



А.Н. Сызғанов атындағы Ұлттық ғылыми хирургия орталығы
Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова
National scientific center of surgery named after A.N. Syzganov

СПЕЦИАЛЬНЫЙ
ВЫПУСК №1, 2023

**ҚАЗАҚСТАН ХИРУРГИЯСЫНЫҢ ХАБАРШЫСЫ
ВЕСТНИК ХИРУРГИИ КАЗАХСТАНА
BULLETIN OF SURGERY IN KAZAKHSTAN**

**ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ҚАТЫСУМЕН АКАДЕМИК М.Ә. ӘЛИЕВТИҢ
90-ЖЫЛДЫҒЫНА АРНАЛҒАН «АКАДЕМИК М.Ә. ӘЛИЕВТИҢ
ҚАЗАҚСТАН ХИРУРГИЯСЫНЫҢ ДАМУЫНА ҚОСҚАН ҮЛЕСІ»
АТТЫ ҚАЗАҚСТАН ХИРУРГТАРЫНЫҢ VIII КОНГРЕСІНІҢ
МАТЕРИАЛДАРЫ**

МАТЕРИАЛЫ

**VIII КОНГРЕССА ХИРУРГОВ КАЗАХСТАНА С
МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «ВКЛАД АКАДЕМИКА
М.А. АЛИЕВА В РАЗВИТИЕ ХИРУРГИИ КАЗАХСТАНА»,
ПОСВЯЩЕННОГО 90-ЛЕТИЮ АКАДЕМИКА М.А. АЛИЕВА**

MATERIALS

**OF VIII CONGRESS OF KAZAKHSTAN SURGEONS WITH INTER-
NATIONAL PARTICIPATION «IMPACT OF THE ACADEMICIAN
M.A. ALIEV IN KAZAKHSTAN SURGERY DEVELOPMENT»
IN 90TH ANNIVERSARY OF THE ACADEMICIAN M.A. ALIEV**

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРЛІГІ
«С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНАЛЫҚ УНИВЕРСИТЕТІ» КЕАҚ,
«А.Н. СЫЗҒАНОВ АТЫНДАҒЫ ҰЛТТЫҚ ҒЫЛЫМИ ХИРУРГИЯ ОРТАЛЫҒЫ» АҚ,
«ҚАЗАҚСТАН ХИРУРГТАР ҚОҒАМЫ» РҚБ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН
НАО «КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д. АСФЕНДИЯРОВА»
АО «НАЦИОНАЛЬНЫЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ХИРУРГИИ ИМЕНИ А.Н. СЫЗГАНОВА»
РОО «КАЗАХСТАНСКОЕ ОБЩЕСТВО ХИРУРГОВ»

MINISTRY OF HEALTHCARE OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN
NCJSC «ASFENDIYAROV KAZAKH NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY»
JSC «A.N. SYZGANOV NATIONAL SCIENTIFIC CENTER OF SURGERY»
RPO «KAZAKHSTAN SOCIETY OF SURGEONS»

**ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ҚАТЫСУМЕН АКАДЕМИК М.Ә. ӘЛИЕВТІҢ
90-ЖЫЛДЫҒЫНА АРНАЛҒАН «АКАДЕМИК М.Ә. ӘЛИЕВТІҢ
ҚАЗАҚСТАН ХИРУРГИЯСЫНЫҢ ДАМУЫНА ҚОСҚАН ҮЛЕСІ»
АТТЫ ҚАЗАҚСТАН ХИРУРГТАРЫНЫҢ VIII КОНГРЕСІНІҢ
МАТЕРИАЛДАРЫ**

**МАТЕРИАЛЫ
VIII КОНГРЕССА ХИРУРГОВ КАЗАХСТАНА С МЕЖДУНАРОДНЫМ
УЧАСТИЕМ «ВКЛАД АКАДЕМИКА М.А. АЛИЕВА В РАЗВИТИЕ
ХИРУРГИИ КАЗАХСТАНА», ПОСВЯЩЕННОГО 90-ЛЕТИЮ
АКАДЕМИКА М.А. АЛИЕВА**

**MATERIALS
OF VIII CONGRESS OF KAZAKHSTAN SURGEONS WITH INTERNA-
TIONAL PARTICIPATION «IMPACT OF THE ACADEMICIAN
M.A. ALIEV IN KAZAKHSTAN SURGERY DEVELOPMENT» IN 90TH
ANNIVERSARY OF THE ACADEMICIAN M.A. ALIEV**

Под редакцией:
д.м.н., профессора, академика НАН РК Баймаханова Б.Б.,
д.м.н. Сагатов И.Е.

АЛМАТЫ / ALMATY, 2023

ер тоқсанда шығып тұратын А.Н. Сызғанов атындағы Ұлттық ғылыми хирургия орталығының ғылыми-тәжірибелік журналы
ежеквартальный научно-практический журнал Национального научного центра хирургии им. А.Н. Сызғанова
a quarterly scientific-practical journal of the National Scientific Center of Surgery named after A.N. Syzganov

БАС РЕДАКТОР

Баймаханов Б.Б.,

«А.Н. Сызғанов атындағы Ұлттық ғылыми хирургия орталығы» АҚ Басқарма Төрағасы, м.ғ.д., профессор, ҚР ҰҒА академигі

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Баймаханов Б.Б.,

Председатель правления АО «Национальный научный центр хирургии им. А. Н. Сызганова», д.м.н., профессор, академик НАН РК

EDITOR IN CHIEF

Baimakhanov B.B.,

Chairman of the Board of «A.N. Syzganov National Scientific Center of Surgery» JSC, D.Med.Sc., professor, academician of NAS RK

БАС РЕДАКТОРДЫҢ ОРЫНБАСАРЫ

Сағатов І.Е.,

ҒЗЖ менеджменті бөлімінің басшысы, м.ғ.д.

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Сағатов И.Е.,

Руководитель отдела менеджмента НИР, д.м.н.

DEPUTY CHIEF EDITOR

Sagatov I.Y.,

Head of scientific management department, Dr. med. sc.

РЕДАКЦИЯ АЛҚАСЫ

Баймаханов Ж.Б., PhD
Нерсесов А.В., м.ғ.д.
Сейсембаев М.А., м.ғ.д., профессор
Сұлтаналиев Т.А., м.ғ.д., профессор
Баимбетов А.К., PhD
Бүлегенов Т.А., м.ғ.д.
Миербеков Е.М., м.ғ.д.
Жураев Ш.Ш., м.ғ.д., профессор
Медеубеков Ұ.Ш., м.ғ.д.
Сағатов І.Е., м.ғ.д.
Мутагиров В.В., м.ғ.к.
Ширтаев Б.К., м.ғ.к.
Мұрадов М.И., м.ғ.к.
Баймаханов А.Н., м.ғ.к.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Баймаханов Ж.Б., Ph.D
Нерсесов А.В., д.м.н.
Сейсембаев М.А., д.м.н., профессор
Сұлтаналиев Т.А., д.м.н., профессор
Баимбетов А.К., Ph.D
Бүлегенов Т.А., д.м.н., доцент
Миербеков Е.М., д.м.н., профессор
Жураев Ш.Ш., д.м.н., профессор
Медеубеков Ұ.Ш., д.м.н.
Сағатов І.Е., д.м.н.
Мутагиров В.В., к.м.н.
Ширтаев Б.К., к.м.н.
Мұрадов М.И., к.м.н.
Баймаханов А.Н., к.м.н.

EDITORIAL BOARD

Baimakhanov Zh.B., PhD
Nersesov A.V., D.Med.Sc.
Seisembayev M.A., D.Med.Sc., prof.
Sultanaliyev T.A., D.Med.Sc., prof.
Baimbetov A.K., PhD
Bulegenov T.A. D.Med.Sc.
Miyerbekov Ye.M., D.Med.Sc., prof.
Zhurayev Sh.Sh., D.Med.Sc., prof.
Medeubekov U.Sh., D.Med.Sc.
Sagatov I.Y., D.Med.Sc.
Mutagirov V.V. Can.Med.Sc.
Shirtayev B.K., Can.Med.Sc.
Muradov M.I., Can.Med.Sc.
Baimakhanov A.N. Can.Med.Sc.

РЕДАКЦИЯ КЕҢЕСІ

Susumu Eguchi (Жапония)
Wojciech Polak (Голландия)
Remzi Emiroglu (Түркия)
Bulent Oktay (Түркия)
Tamer Turan (Түркия)
Subhash Gupta (Индия)
Jeong Tea Kim (Корея)
Владимир Вишнеvский (Ресей)
Иван Стилиди (Ресей)
Олег Руммо (Беларусь)
Hannu Kuokkanen (Финляндия)
Ho-Seong Han (Корея)
Mehmet Habera (Түркия)
Дильгам Магеррамов (Әзірбайжан)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Susumu Eguchi (Япония)
Wojciech Polak (Голландия)
Remzi Emiroglu (Турция)
Bulent Oktay (Турция)
Tamer Turan (Турция)
Subhash Gupta (Индия)
Jeong Tea Kim (Корея)
Владимир Вишнеvский (Россия)
Иван Стилиди (Россия)
Олег Руммо (Беларусь)
Hannu Kuokkanen (Финляндия)
Ho-Seong Han (Корея)
Mehmet Habera (Турция)
Дильгам Магеррамов (Азербайджан)

EDITORIAL COUNCIL

Susumu Eguchi (Japan)
Wojciech Polak (Holland)
Remzi Emiroglu (Turkey)
Bulent Oktay (Turkey)
Tamer Turan (Turkey)
Subhash Gupta (India)
Jeong Tea Kim (Korea)
Vladimir Vishnevskii (Russia)
Ivan Stilidi (Russia)
Oleg Rummo (Belarus)
Hannu Kuokkanen (Finland)
Ho-Seong Han (Korea)
Mehmet Habera (Turkey)
Dilgam Maherramov (Azerbaijan)

Журнал ҚР ақпарат, мәдениет және спорт
Министрлігінде тіркелген.
Журнал ҚР ҒБМ Ғылым және білім саласындағы
бақылау комитеті ұсынған Ғылыми еңбектің
негізгі нәтижелерін жариялау үшін ұсынатын
ғылыми баспалар тізбесі енгізілген.

Тіркеу нөмірі 5564-Ж.

Журналдың иесі – «А.Н. Сызғанов атындағы
Ұлттық ғылыми хирургия орталығы» АҚ.

Баспаның мекен-жайы:

050004, Алматы қ., Желтоқсан көш. 62,

тел. +7(727) 2795306

<http://vhk.kz>, e-mail: inkar_sagatov@mail.ru

Әрленім және беттеу:

«ДАНИЛЕНКО» ЖК-де дайындалған,

Алматы қ., Чайковский көш. 23-3,

тел. +7 (727) 2780172

Таралымы – 100 дана

Корректор: Сапунов А.В.

тел: +7 777 084 70 50

Жарияланатын мақалалардың мазмұнына
авторлар жауапты.

ҚАЗПОЧТА жазылу индексі – 75327

Журнал зарегистрирован в Министерстве
информации, культуры и спорта РК.
Журнал включен в перечень научных
изданий, рекомендуемых Комитетом
по контролю в сфере образования и науки
МОН РК

Регистрационный номер: 5564-Ж.

Владелец журнала – АО «Национальный научный
центр хирургии имени А.Н. Сызганова».

Адрес редакции:

050004, г. Алматы, ул. Желтоқсан, 62,

тел. +7 (727) 2795306

<http://vhk.kz>, e-mail: inkar_sagatov@mail.ru

Дизайн и верстка:

ИП «ДАНИЛЕНКО»,

г. Алматы, ул. Чайковского, 23-3,

тел. +7 (727) 2780172

Тираж – 100 экз.

Корректор: Сапунов А.В.

тел: +7 777 084 70 50

Ответственность за содержание
публикуемых материалов несут авторы.

Подписной индекс КАЗПОЧТЫ – 75327

The journal is registered with the Ministry of
Information, Culture and Sports of the
Republic of Kazakhstan.

The journal is included in the list of scientific
publications recommended by the Committee
for Control of Education and Science, Ministry
of Education and Science of Kazakhstan.

Registration number: 5564-Ж

The owner of the journal – «A.N. Syzganov
National Scientific Center of Surgery» JSC

Editorial address:

62, Zheltoksan street, Almaty, 050004

tel. +7 (727) 2795306

<http://vhk.kz>, e-mail: inkar_sagatov@mail.ru

Design and lead out:

«ДАНИЛЕНКО» SP,

23, Tchaikovsky street, apt.3, Almaty,

tel. +7 (727) 2780172

Edition – 100 copies.

Corrector: Sapunov A.V.

tel: +7 777 084 70 50

The authors are responsible for the content of
published materials.

Subscriber index of KAZPOST – 75327

ОГЛАВЛЕНИЕ

I. ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ

**SURGICAL TACTICS AND TREATMENT
OF ACUTE BILIARY PANCREATITIS**

Aimagambetov M.Zh., Masalov A.E., Omarov N.B., Abdrakhmanov S.T., Auenov M.A. 20

**СЕЛЕКТИВНАЯ КАНЮЛЯЦИЯ СЕЛЕЗЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ
ДЛЯ ПРОГРАММНОГО ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЕЩЕСТВ
В ОРГАН МИШЕНЬ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ**

Айтмолдин Б.А., Доскалиев Ж.А., Рустемова К.Р., Кожахметов С.К.,
Турсынбаев Н.Н., Жалгасбаев Ж.Г., Джумагалиев А.Р., Сулейменов Е.Р. 20

**СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА**

Акбаров М.М., Нишанов М.Ш., Миролимов М.М., Примов З.М., Усманов А.А. 21

**ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА
ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ**

Алиев А.К., Шанаев Д.Т., Куанышбеков Г.О., Бауржанов Р.Б.,
Нуппаева А.С., Конысов М.Н., Медеубаев Р.К. 22

**POSSIBILITIES OF LAPAROSCOPIC-ASSISTED SURGERY FOR
MEKHEL DIVERTICULITIS COMPLICATED WITH BLEEDING**

Alijanov A.A., Iskhakov B.R., Iskhakov N.B. 22

SIMULTANE LAPAROSCOPIC SURGERY IN URGENT ABDOMINAL SURGERY

Alijanov A.A., Iskhakov B.R., Iskhakov N.B., Robiddinov J.B., Robiddinova D.B. 23

**SUBPOPULATION COMPOSITION OF T-LYMPHOCYTES
IN PATIENTS WITH ACUTE PANCREATITIS**

Atadjanov Sh.K., Saparbaeva G.K., Mustafaev A.L. 23

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОВРЕМЕННЫХ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ**

Бабаджанов А.Х., Джуманиязов Д.А., Байбеков Р.Р. 24

**ХРОНИЧЕСКИЕ ДУОДЕНАЛЬНЫЕ ЯЗВЫ, ОСЛОЖНЕННЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЕМ:
ПРЕДИКТОРЫ РЕЦИДИВА, ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА**

Багненко С.Ф., Танцев А.О., Корольков А.Ю., Османов З.Х., Попов Д.Н. 25

БЕРЕМЕННЫЕ И РОЖЕНИЦЫ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОСТРУЮ ХИРУРГИЧЕСКУЮ ПАТОЛОГИЮ: ОСОБЕННОСТИ МАРШРУТИЗАЦИИ, ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АЛГОРИТМЫ Багненко С.Ф., Попов Д.Н., Логвин Л.А., Корольков А.Ю.	26
ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ У БЕРЕМЕННЫХ И РОЖЕНИЦ: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ Багненко С.Ф., Логвин Л.А., Попов Д. Н., Корольков А.Ю.	27
МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ В УСЛОВИЯХ УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ Биржанбеков Н.Н., Тұрарбеков А.Б., Баймаханов Ж.Б., Табынбаев Н.Б.	27
VIDEOTORACOSCOPY PLACE FOR THORACOABDOMINAL INJURIES Djalilov E.T., Iskhakov B.R., Iskhakov N.B., Khudoiberdiev B.A. Robiddinov Sh.B., Robiddinova D.B., Robiddinov J.B.,	28
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ИНТЕРВЕНЦИЙ В ЛЕЧЕНИИ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПОРТАЛЬНОГО ГЕНЕЗА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ Дильдабеков Ж.Б., Абдурахманов Б.А., Аймагамбетов М.Б., Садыков Т.К., Тауасаров Е.М.	28
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЕННЫМ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ Дильдабеков Ж.Б., Абдурахманов Б.А., Аймагамбетов М.Б., Тауасаров Е.М., Садыков Т.К.	29
ОПТИМАЛЬНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ Жакиев Б.С., Суюндиков Т.С., Айтбаева А.М., Жарасова А.Б., Актаев Н.Е.	30
ADVANTAGES OF LAPAROSCOPIC APPENDECTOMY Iskhakov N.B., Iskhakov B.R., Robiddinov J.B.	30
SANATION VIDEOLAPAROSCOPY IN PANCREATOGENIC PERITONITIS Iskhakov N.B., Iskhakov B.R., Alizhanov A.A.	31
ANALYSIS WITH PROGRAMMED LAPAROSCOPIC SANITATION OF THE ABDOMINAL CAVITY IN PATIENTS WITH POSTOPERATIVE PERITONITIS Iskhakov B.R., Iskhakov N.B., Kuldashev D.T., Yokubjonov U.Kh.	32
LAPAROSCOPIC SUTURE OF PERFORATIVE GASTRODUODENAL ULTRASONS Iskhakov B.R., Alizhanov A.A.	32

HYDROPRESSIVE IRRIGOASPIRATION IN LAPAROSCOPIC SANITATION IN PATIENTS WITH POSTOPERATIVE PERITONITIS Iskhakov B.R., Alijanov A.A., Iskhakov N.B., Robiddinova D.B., Dadaboev A.U.	33
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПАРЕЗ КИШЕЧНИКА, ПРОФИЛАКТИКА И КОРРЕКЦИЯ Карсакбаев У.Г., Гайноллина Г.Г., Суиндыков Т.С., Карсакбаев А.У., Байжекенов Т.	33
ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО НАЛОЖЕНИЯ ГАСТРОПАНКРЕАТОЦИСТОСТОМЫ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ Кожаметов С.К., Доскалиев Ж.А., Рустемова К.Р., Турсынбаев Н.Н., Исмаилов А.Ж.	34
ЧАСТЫЕ ПРИЧИНЫ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ Мадьяров В.М., Амантаева К.К., Кузикеев М.А, Темирханова З.С.	35
ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫМИ ВЕНАМИ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА Мукушев М.М., Акатаев Н.А., Жумабаев М.Н., Нурбаева Д.С., Абди Ж.О., Нурманов К.Ж.	35
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ЯЗВЕННОГО ГЕНЕЗА Оразалин Б.Ж., Келимбердиев М.С., Амангельдиев М.А., Султанов Р.А.	36
МЕТОД УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ОЦЕНКИ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ УЩЕМЛЕННОЙ КИШКИ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ Пулатов Д.Т., Пулатов М.М., Шукуров Б.И., Яров Ж.Б., Иброхимов М.Ё.	36
ШКАЛА УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ОЦЕНКИ ОБЪЕМА ГЕМОПЕРИТОНЕУМА ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА Пулатов М.М., Шукуров Б.И., Элмурадов К.С., Иброхимов М.Ё.	37
ОПРЕДЕЛЕНИЕ КРИТЕРИЕВ ВЫБОРА ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ И МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ Тайшибаев К.Р., Джаканов М.К., Курманбаев Б.А., Аубакиров Г.Б., Гайноллина Г.Г., Сағынғанов С.Қ.	38
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЗАВОРОТОМ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ НА ОСНОВЕ НОВОЙ МЕТОДИКИ РНЦЭМП Туляганов Д.Б., Абдулахатов М.Х., Пулатов Д.Т.	38
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ОТКРЫТЫХ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ Хаджибаев А.М., Пулатов Д.Т., Шукуров Б.И., Мансуров Т.Т., Яров Ж.Б.	39

ХИРУРГИЯ ЗАКРЫТОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ ГРУДИ И ЖИВОТА Хаджибаев А.М., Пулатов М.М., Шукуров Б.И., Элмуродов К.С.	40
МЕХАНИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА: ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И СОВРЕМЕННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ Хаджибаев Ф.А., Хашимов М.А., Шукуров Б.И., Хакимов А.Т.	40
НОВОЕ УСТРОЙСТВО ДЛЯ ДОСТАВКИ ПОРОШКООБРАЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ Хаджибаев Ф.А., Ешмуратов А.Б., Мирзакулов А.Г.	42
РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ОСЛОЖНЕННЫЙ РЕЦИДИВНЫМИ ДУОДЕНАЛЬНО-ЕЮНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ Шакеев К.Т., Матюшко Д.Н., Мусаев А.Э., Бобешкин В.П.	43
II. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВОДА, ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА	
ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРЕДОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА В УСЛОВИЯХ РЕГИОНАЛЬНОГО ГОСПИТАЛЯ Алиев А.К., Шанаев Д.Т.	44
THE PLACE OF VIDEOLAPAROSCOPY IN DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF OILING SUSPENSION INCLUSION Alijanov A.A., Iskhakov B.R., Iskhakov N.B.	44
ОСЛОЖНЕНИЯ КОЛОСТОМЫ, ПРИВЕДШИЕ К СТЕНОЗУ Амантаева К.К., Мадьяров В.М., Исабеков Н.А., Алибеков У.А.	45
ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ИЗМЕНЕНИЕ МИКРОБИОТЫ ЖЕЛУДКА Бабаджанов А.Х., Джуманиязов Д.А., Шаниева З.А.	46
ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЖЕЛУДКА Баймаханов Б.Б., Жураев Ш.Ш., Шокебаев А.А., Имаммырзаев Н.Е., Канатов К.М., Орынбасар Н.Т., Казахстан Х., Абдыкадыров М.К., Утқалбаев Г.М., Назар Т.А.	47
ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ПЕРОРАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ МИОТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ С АХАЛАЗИЕЙ ПИЩЕВОДА В ННЦХ ИМЕНИ А.Н. СЫЗГАНОВА Баймаханов Б.Б., Әбдірашев Е.Б., Абдыкадыров М.К., Измагамбетова Ш.С., Ужахов А.М., Шокебаев А.А., Орынбасар Н.Т.	47

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ АНТИРЕФЛЮКСНАЯ ХИРУРГИЯ

Башабаев М.Т., Косамбеков М.А, Соболев А.Н., Ермекпаев К.Ж.,
Абдикаримова Р.О., Есімжомартов Д.А., Амангельды Ш.Ж. 48

ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙІНГІ ІШЕК ПАРЕЗИНІҢ АЛДЫН АЛУ ЖӘНЕ ЕМДЕУ

Ғайноллина Г.Ғ., Джаканов М.К., Тайшибаев К.Р.,
Сағынғанов С.Қ., Курманбаев Б.А., Аубакиров Г.Б. 48

**THE USE OF PLATELET-RICH PLASMA IN THE AREA OF THE FORMED
INTESTINAL ANASTOMOSIS (EXPERIMENTAL STUDY)**

Dzhumabekov B.N., Dzhumabekov A.T., Zharmenov S.M., Artykbaev A.Zh.,
Kalieva S.S., Kanybekov A., Zhanbyrbaev S.Zh. 49

**ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В СИМПТОМАТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ
НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНЫХ СТАДИЙ КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РАКА**

Джуманиязов Ж.А., Лигай Р.Е., Хаджибаев Ж.А., Омонов Р.Р., Нигматуллин Э.И.,
Файзуллаев О.А., Абдукаримов А.Д., Жумабаев Ж. 49

**ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО СИМПТОМАТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
НЕОПЕРАБЕЛЬНЫХ СТАДИЙ РАКА ПИЩЕВОДА**

Джуманиязов Ж.А., Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Хаджибаев Ж.А., Омонов Р.Р.,
Нигматуллин Э.И., Файзуллаев О.А., Абдукаримов А.Д., Авалбаев Ж. 50

**ПРИМЕНЕНИЕ САМОРАСШИРЯЮЩИХСЯ МЕТАЛЛИЧЕСКИХ СТЕНТОВ
У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОЗИРУЮЩИМ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТОМ С СИНДРОМОМ ДИСФАГИИ**

Джуманиязов Д.А., Лигай Р.Е., Нигматуллин Э.И., Бабажанов К.Б., Файзуллаев О.А.,
Абдукаримов А.Д., Мадиев Ю. 50

**ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ:
ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ**

Дильдабеков Ж.Б., Абдурахманов Б.А., Сергазин Ж.Р., Аймагамбетов М.Б. 51

СЛИВ РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА ПРИ МОРБИДНОМ ОЖИРЕНИИ

Ержанов О.Н., Ермекбай. Е.Е., Сарсенбаева Ф., Нурканов М.О. 52

**АНАЛИЗ ПРИЧИН НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ
КАРДИОДИЛАТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С КАРДИОСПАЗМОМ И АХАЛАЗИЕЙ КАРДИИ**

Лигай Р.Е., Цой А.О., Хаджибаев Ж.А., Нигматуллин Э.И., Бекчанов Х.Н., Бабажанов К.Б., Жумабаев Ж. 52

**СТРУКТУРНЫЙ АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ЭКСТИРПАЦИИ ПИЩЕВОДА
С ОДНОМОМЕНТНОЙ ЭЗОФАГОПЛАСТИКОЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ
ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С АХАЛАЗИЕЙ КАРДИИ III-IV СТАДИИ**

Лигай Р.Е., Цой А.О., Хаджибаев Ж.А., Омонов Р.Р., Бекчанов Х.Н.,
Бабажанов К.Б., Абдукаримов А.Д., Авалбаев Ж. 53

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПИЩЕВОДА
 Макаров В.А., Новиков И.И., Олжаев С.Т., Бекботаев Б.Ж., Абжалелов А.Б. 54

СОВРЕМЕННЫЕ ЭНДОВИЗУАЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СИМПТОМАТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ НЕОПЕРАБЕЛЬНЫХ СТАДИЙ РАКА ПИЩЕВОДА И КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ
 Низамходжаев З.М., Джуманиязов Ж.А., Лигай Р.Е., Хаджибаев Ж.А., Омонов Р.Р., Бабаджанов А.С., Нигматуллин Э.И., Файзуллаев О.А., Абдукаримов А.Д. 55

РЕЗУЛЬТАТЫ КАРДИОДИЛАТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ЗАПУЩЕННЫМИ СТАДИЯМИ КАРДИОСПАЗМА И АХАЛАЗИИ КАРДИИ
 Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Цой А.О., Бекчанов Х.Н., Нигматуллин Э.И., Бабажанов К.Б., Файзуллаев О.А., Мадиев Ю. 55

ПРИЧИНЫ НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ БУЖИРОВАНИЯ ПО СТРУНЕ У БОЛЬНЫХ С РУБЦОВЫМИ СТРИКТУРАМИ ПИЩЕВОДА
 Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Хаджибаев Ж.А., Абдуллаев Д.С. 56

RISK FACTORS FOR EARLY RECURRENCE IN ESOPHAGEAL CANCER: ANALYSIS OF TUMOR-INFILTRATING IMMUNE CELLS
 Takahiro Enjoji, Shinichiro Kobayashi, Hanako Tetsuo, Tomohiko Adachi, Kazuma Kobayashi, Akihiko Soyama, Kengo Kanetaka, Shinji Okano, Susumu Eguchi 56

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДОВ ПРОВЕДЕНИЯ БАЛЛОННОЙ ДИЛАТАЦИИ И БУЖИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕОЖОГОВЫМИ РУБЦОВЫМИ СТРИКТУРАМИ ПИЩЕВОДА
 Турсынбаев Н.Н., Исмаилов А.Ж., Кусаинов М.Б. 57

РЕЗУЛЬТАТЫ СТЕНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ СТЕНОЗАМИ ПИЩЕВОДА
 Хаджибаев Ж.А., Джуманиязов Ж.А., Лигай Р.Е., Омонов Р.Р., Нигматуллин Э.И., Абдуллаев Д.С., Файзуллаев О.А., Абдукаримов А.Д. 58

III. МИНИИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИИ

МАЛОИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ АХАЛАЗИИ КАРДИИ
 Баймаханов Б.Б., Жураев Ш.Ш., Шокебаев А.А., Қанатов Қ.М., Имаммырзаев Н.Е., Қазақстан Х., Орынбасар Н.Т., Назар Т. 59

МИНИИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЖЕЛУДКА
 Гуламов О.М., Музаффаров Ф.У., Мухамедов Б.З., Ташкенбаев Ф.Р. 59

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ТОРАКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ
 Ешмуратов Т.Ш., Акимниязова Б.Б., Таменов И.Ж., Сатаев А.И., Шубаткалиева Н.К. 60

БЕЗОПАСНОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ РАКА ЖЕЛУДКА В УСЛОВИЯХ АЛМАТИНСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА
 Избагамбетов Н.А., Балтаев Н.А., Байдилбеков С.А., Ирсадиев Р.К., Жунусов Г.А., Сармаш Г.Е., Каржауов А.Н., Оразбаев А.Б. 60

RECONSTRUCTIVE SURGERY ON THE EXTRANEPTIC BILE TRACTS FROM MINI ACCESS
 Kuderbayev M.T., Botabaev S.I., Alzhikeeva G.M., Sharipov M.S. 61

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В УСЛОВИЯХ ЦГБ Г. КЕНТАУ
 Оразбаков Ж.Б., Мамеков А.Ю., Сейлбеков К.А., Ибадуллаев Ф.Ж. 62

IV. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ХИРУРГИИ

ОДНОМОМЕНТНАЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ С ДУКТОХОЛЕДОХОЛИТОМИЕЙ ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ
 Айтбаева А.М., Жакиев Б.С., Елемесов А.А., Утеулин Н.Е., Актаев Н.Е., Аяпов Б.А. 63

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЕННОГО ЖЕЛЧНЫМИ СВИЩАМИ
 Акбаров М.М., Нишанов М.Ш., Сайдазимов Э.М., Йигиталиев С.Х., Раззаков Н.Р. 63

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОБШИРНЫХ АНАТОМИЧЕСКИХ РЕЗЕКЦИЯХ ПЕЧЕНИ
 Акбаров М.М., Нишанов М.Ш., Йигиталиев С.Х., Каменев А.А. 64

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ
 Бабаджанов А.Х., Махмудов У.М., Туксанов А.И., Байбеков Р.Р., Иброхимов С.С. 64

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ В УСЛОВИЯХ АТЫРАУСКОЙ ОБЛАСТНОЙ БОЛЬНИЦЫ
 Алиев А.К., Шанаев Д.Т. 65

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ
 Бабаджанов А.Х., Махмудов У.М., Байбеков Р.Р., Маткаримов Ш.У. 66

ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ
 Башабаев М.Т., Абдикаримова Р.О., Косамбеков М.А., Соболев А.Н., Ермекпаев К.Ж. 67

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ Дильдабеков Ж.Б., Абдурахманов Б.А., Аймагамбетов М.Б., Садыков Т.К., Тауасаров Е.М.	68
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГАСТРОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРИ ОПУХОЛЯХ ПЕРИАМПУЛЯРНОЙ ЗОНЫ Досханов М.О., Тилеуов С.Т., Баймаханов Б.Б., Джумабеков А.Т., Ибекенов О.Т., Исмаев А.У., Серикулы Е., Мукажанов Д.Е., Скакбаев А.С., Аскеев Б.Т., Хаджиева А.А., Оспан Ж.Р., Теипов Ш.М.	68
ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИИ В МНОГОПРОФИЛЬНОЙ ОБЛАСТНОЙ БОЛЬНИЦЕ Г. КОКШЕТАУ Жаров Н.К., Рашитов А.Ж., Погорелов А.Ю.	69
A NOVEL APPROACH TO LIVER DISEASES THROUGH REGENERATIVE STRATEGY Hanako Tetsuo, Daisuke Miyamoto, Tomohiko Adachi, Manpei Yamashita, Hajime Imamura, Hajime Matsushima, Takanobu Hara, Akihiko Soyama, Kengo Kanetaka, Susumu Eguchi	69
ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В «ННМЦ» Калина В.О.	70
ПРИМЕНЕНИЕ КРИТЕРИЕВ IWATE ПРИ СТАРТЕ ПРОГРАММЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ Кирковский Л.В., Чернышов Т.М., Федорук Д.А. Щерба А.Е., Коротков С.В., Руммо О.О.	71
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ Мукажанов Д.Е., Досханов М.О., Ибекенов О.Т., Скакбаев А.С., Серикулы Е.С., Тилеуов С.Т., Исмаев А.У., Хаджиева А.А., Оспан Ж.Р., Теипов Ш.М., Баймаханов Б.Б., Сейсембаев М.А., Каниев Ш.А.	71
КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИСТОЗНОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ: ОПЫТ ННЦХ ИМЕНИ А.Н. СЫЗГАНОВА Нагасбеков М.С., Баймаханов Ж.Б., Досханов М.О., Каниев Ш.А., Баймаханов Б.Б.	72
ALGORITHM OF PROACTIVE THERAPY OF HEMOSTASIS DISORDERS IN PATIENTS WITH MECHANICAL JAUNDICE IN THE INTRA- AND POSTOPERATIVE PERIOD Orazgalieva M.T., Aimagambetov M.Zh., Akbayeva M.M., Shortombayev A.A., Yermukhambetov B.Ye.	72
КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПОСЛЕ ГАСТРОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ Рахимова Ф.С., Бебезов Б.Х., Суров Э.А., Мамашев Н.Д.	73

КЛЕТОЧНАЯ ТЕРАПИЯ ПЕРВИЧНОГО БИЛИАРНОГО ХОЛАНГИТА

Сайпиева Д.Т., Аскарров М.Б., Туганбеков Т.У., Омарбеков А.Ж., Изимбергенов М.Н.,
Адайбаев К.Т., Туребаев Д.К., Есенбаев Д.Б. 73

**ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ БОЛЬШИХ РЕЗЕКЦИЯХ ПЕЧЕНИ И РЕКОНСТРУКТИВНЫХ
ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКАХ И СПОСОБЫ ИХ ЛЕЧЕНИЯ**

Сараева В.А., Гурмиков Б.Н., Гончаров А.Б., Жаворонкова О.И., Степанова Ю.А., Чжао А.В.74

ЧРЕСКОЖНОЕ ЧРЕСПЕЧЕНОЧНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Соболев А.Н., Ермекпаев К.Ж., Башабаев М.Т. 75

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ И ОТКРЫТОЙ
ДИСТАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

Тилеуов С.Т., Досханов М.О., Баймаханов Б.Б., Джумабеков А.Т., Ибекенов О.Т.,
Каниев Ш.А., Исматов А.У., Серикулы Е., Мукажанов Д.Е., Скакбаев А.С.,
Аскеев Б.Т., Хаджиева А.А., Оспан Ж.Р., Теипов Ш.К. 75

НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ ХОЛАНГИОЦЕЛЛЮЛЯРНОГО РАКА

Чжао А.В., Коваленко Ю.А., Гурмиков Б.Н.76

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ АЛЬВЕОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Юрковская А.И., Чжао А.В., Степанова Ю.А., Ионкин Д.А., Маринова Л.А.76

V. ХИРУРГИЯ ЭНДОКРИННЫХ ОРГАНОВ

**ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ
ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА**

Агаев Р.М., Садыхов Ф.Г., Алиев Ф.Х. 78

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ АДРЕНАЛЭКТОМИЯ

Башабаев М.Т., Абдикаримова Р.О., Соболев А.Н., Ермекпаев К.Ж.,
Амангельды Ш.Ж., Есімжомартов Д.А. 78

ЗАГРУДИННЫЙ ЗОБ И ДРУГИЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ

Коньсов М.Н., Шанаев Д.Т., Тасмаганбетов Б., Коньсова С.А., Сагинбаева Б.М. 79

**НАШ ОПЫТ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ПАЦИЕНТОВ
С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

Нургазиев М.Е., Мукантаев Т.Е., Толеп К.О., Утегалиев Т.К. 80

МЕРЫ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРАЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ

Шегай В.К., Пак В.И., Усманов А.Р. 80

VI. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ И ПОЧЕК

**ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПЕЧЕНИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН:
СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ**

Акбаров М.М., Исмаилов С.И., Назыров Ф.Г., Джанбеков Т.А.,
Сёмаш К.О., Бабаджанов А.Х., Ибадов Р.А., Усмонов А.А., Байбеков Р.Р. 81

**ОЦЕНКА СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ
ПЕЧЁНОЧНОЙ ФУНКЦИИ**

Бабаджанов А.Х., Хайбуллина З.Р., Махмудов У.М., Байбеков Р.Р., Тургунбоев Э.К. 81

**SPECIFICITY OF RECONSTRUCTION OF HEPATIC VEINS V AND VIII SEGMENTS
IN LIVING RELATED DONOR LIVER TRANSPLANTATION USING RIGHT LOBE**

Baimakhanov B., Doskhanov M., Skakbayev A., Askeyev B., Seisembaev M., Kaniev S.,
Serikuly E., Tileuov S., Ismatov A., Mukazhanov D. 82

INFLUENCE OF WARM AND COLD ISCHEMIC TIME ON THE OUTCOME OF TRANSPLANTATION

Baimakhanov B.B., Madadov I.K., Belgibaev E.B., Dabyldaeva K.S.,
Nabiev E.S., Saduakas N.T., Rgebayev B.G. 82

**ОСОБЕННОСТИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА
У ПАЦИЕНТОВ ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ**

Баймаханов Б.Б., Енин Е.А., Мададов И.К., Дабылтаева К.С., Белгибаев Е.Б.,
Набиев Е.С., Пребаев Б.Г., Сәдуақас Н.Т., Болысбаева Ф.П. 82

**МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ВЫЯВЛЕНИЯ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСА И ПОЛИОМАВИРУСА
У РЕЦИПИЕНТОВ ПОЧКИ С ДИСФУНКЦИЕЙ ТРАНСПЛАНТАТА**

Баймаханов Б.Б., Енин Е.А., Мададов И.К., Дабылтаева К.С.,
Белгибаев Е.Б., Набиев Е.С., Пребаев Б.Г., Сәдуақас Н.Т., Болысбаева Ф.П. 83

**ЛЕЧЕНИЕ АНАСТОМОТИЧЕСКИХ СТРИКТУР ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ
ПЕЧЕНИ ОТ ЖИВОГО ДОНОРА**

Баймаханов Б.Б., Эбдірашев Е.Б., Досханов М.О., Абдыкадыров М.К., Скакбаев А.С. 84

**1000 ТРАНСПЛАНТАЦИЙ ПОЧКИ ОТ ЖИВОГО РОДСТВЕННОГО ДОНОРА:
АНАЛИЗ НЕПОСРЕДСТВЕННЫХ И ОТДАЛЁННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАЦИЙ,
ВЫПОЛНЕННЫХ В ГУ «РСНПМЦХ ИМЕНИ АКАДЕМИКА В. ВАХИДОВА»**

Бахритдинов Ф.Ш., Маткаримов З.Т., Собиров Ж.Г., Комилова Д.Н.,
Элмурадова Н.Б., Рустамов М.О., Уринов Ж.Б., Саатова У. М. 84

**ОПЫТ ОДНОГО ЦЕНТРА: ПЕРВЫЕ НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ
В ПРАКТИКУ МЕТОДИКИ ПОДГОТОВКИ БОЛЬНЫХ ПЕРЕД ТРАНСПЛАНТАЦИЕЙ ПОЧКИ
С ВЫСОКИМ ИММУНОЛОГИЧЕСКИМ РИСКОМ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ**

Бахритдинов Ф.Ш., Маткаримов З.Т., Собиров Ж.Г., Комилова Д.Н.,
Элмурадова Н.Б., Рустамов М.О., Уринов Ж.Б. 85

СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ ОТ ЖИВОГО РОДСТВЕННОГО ДОНОРА Джанбеков Т., Сёмаш К., Акбаров М.	86
ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ МЕТАСТАЗАХ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЕЙ Ефимов Д.Ю., Щерба А.Е., Штурич И.П., Коротков С.В., Дзядзько А.М., Руммо О.О.	87
МИНИИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БИЛИАРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ Исмаилов С.И., Назыров Ф.Г., Бабаджанов А.Х., Байбеков Р.Р., Джуманиязов Д.А.	87
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭТАПА ВНЕДРЕНИЯ ПРОГРАММЫ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН Исмаилов С.И., Назыров Ф.Г., Бабаджанов А.Х., Махмудов У.М., Байбеков Р.Р., Султанов С.А., Шарифджанов С.М., Тургунбаев Э.К., Иброхимов С.С., Маткаримов Ш.У.	88
РОДСТВЕННАЯ ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПЕЧЕНИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН: НЫНЕШНЕЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ Исмаилов С.И., Назыров Ф.Г., Бабаджанов А.Х., Акбаров М.М., Джанбеков Т.А., Байбеков Р.Р., Усманов А.А., Тургунбаев Э.К.	89
РЕКОНСТРУКЦИЯ ГЕПАТОКАВАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ ОТ ЖИВОГО ДОНОРА Исмаилов С.С., Гулшанова С.Ф., Миргозиев М.М.	89
ФАКТОРЫ РИСКА ОСТРОГО ПОЧЕЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ Коротков С.В., Штурич И.П., Щерба А.Е., Руммо О.О.	90
РОЛЬ ИНДЕКСИРОВАННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СКЕЛЕТНОЙ МУСКУЛАТУРЫ В ОЦЕНКЕ СТЕПЕНИ РАЗВИТИЯ САРКОПИИ У ПАЦИЕНТОВ, ОЖИДАЮЩИХ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ Салимов У.Р., Стома И.О., Федорук Д.А., Ковалев А.А., Щерба А.Е., Руммо О.О.	90
ЗАВИСИМОСТЬ ЧАСТОТЫ РАЗВИТИЯ САРКОПИИ ОТ ЭТИОЛОГИЧЕСКОГО ФАКТОРА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ЛИСТА ОЖИДАНИЯ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ Салимов У.Р., Стома И.О., Федорук Д.А., Ковалев А.А., Щерба А.Е., Руммо О.О.	91
РАЗЛИЧИЕ МИКРОБИОТИЧЕСКИХ СИГНАТУР У ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ В ЛИСТЕ ОЖИДАНИЯ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ Салимов У.Р., Стома И.О., Ковалев А.А., Руммо О.О.	91

АНАЛИЗ ЗАВИСИМОСТИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО РЕЗЕРВА ПЕЧЕНИ ОТ МИКРОБИОТИЧЕСКОЙ ПАЛИТР РЕЦИПИЕНТОВ НАХОДЯЩИХСЯ В ЛИСТЕ ОЖИДАНИЯ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ Салимов У.Р., Стома И.О., Ковалев А.А., Руммо О.О.	92
ДИАГНОСТИКА, ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ ОТ ЖИВОГО РОДСТВЕННОГО ДОНОРА Сёмаш К., Джанбеков Т., Акбаров М.	93
БИЛИАРНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПРАВОЙ ДОЛИ ПЕЧЕНИ ВЗРОСЛЫМ Скакбаев А.С., Досханов М.О., Баймаханов Б.Б., Сейсембаев М.А., Каниев Ш.А., Тилеуов С.Т., Исматов А.У., Серикулы Е., Хаджиева А.А., Оспан Ж., Мукажанов Д.Е.	93
ОПЫТ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С ИММУНОЛОГИЧЕСКИМ РИСКОМ Турганбекова А.А., Сапарбай Д.Ж., Асыкбаев М.Н., Абдрахманова С.А., Жанзакова Ж.Ж., Сипенова А.М., Жангазиева К.Х.	93
ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ПЕРЕД РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИЕЙ ПЕЧЕНИ Хайбуллина З.Р., Бабаджанов А.Х., Махмудов У.М., Байбеков Р.Р., Маткаримов Ш.У., Иброхимов С.С., Усмонов К.С.	94

VII. ХИРУРГИЯ

ОСОБЕННОСТИ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ РЕКАНАЛИЗАЦИИ ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ Абдуллаев С.А., Махмудов Т.Б.	95
РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, НАПРАВЛЕННОГО НА УЛУЧШЕНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ Айтбеков Б.К., Джумабеков А.Т., Алыбаев Э.У., Жарменов С.М., Калиева С.С., Каныбеков А., Жанбырбаев С.Ж., Артыкбаев А.Ж.	95
ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ Алиев М.Ф., Джексенова А.М., Койгельдиев Т.Т., Оркашбаев Н.С.	96
РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ КРАНИОПЛАСТИК ПРИ ВДАВЛЕННЫХ ПЕРЕЛОМАХ НАРУЖНОЙ СТЕНКИ ЛОБНЫХ ПАЗУХ Ахметов К.К., Кадралиева Э.И.	97

**СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ОСТРЫХ
МАЛЫХ СУБДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ**
Ахметов К.К., Кадралиева Э.И., Рустемова К.Р., Сулейменов А.А.....97

**РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО
КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ**
Аширбаев Е.Д., Рустемова К.Р., Мухаметкалиев С.С., Турсынбаев Н.Н. 98

**APPLICATION OF THE DOUBLE-LOOP NODE –
«KAZYK BAU» IN APPENDECTOMY IN EXPERIMENTAL ANIMALS**
Babakhanov A.T., Dzhumabekov A.T., Zharmenov S.M., Artykbaev A.Zh.,
Kalieva S.S., Kanybekov A., Zhanbyrbaev S.Zh. 99

**УСОВЕРШЕНСТВОВАННЫЙ ГЕЛЬ НА ОСНОВЕ РЕКОМБИНАТНОГО
АНГИОГЕНИНА ЧЕЛОВЕКА КАК СПОСОБ УСИЛЕНИЯ ПРОТИВОМИКРОБНОГО,
ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО И РАНОЗАЖИВЛЯЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ**
Бокебаев Ж.Т., Тайгулов Е.А., Нуртазина Г.С., Омарбеков А.Ж. 99

**ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ТКАНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ
И ПРОЛЕНОВОГО ПРОТЕЗА ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ ИНФРАКРАСНОГО
ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ**
Гуламов О.М., Мухамедов Б.З., Ташкенбаев Ф.Р., Азизов Т.А., Максудов М.Т..... 100

**ПРИЧИНЫ ОБРАЗОВАНИЯ КОЖНО-ПРОТЕЗНЫХ СВИЩЕЙ ПОСЛЕ
АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ ГРЫЖАХ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ**
Гуламов О.М., Мухамедов Б.З., Ташкенбаев Ф.Р., Азизов Т.А., Максудов М.Т..... 100

**ВЫБОР СПОСОБА ОПТИМАЛЬНОЙ ПРОТЕЗНОЙ
ПЛАСТИКИ СЛОЖНЫХ И ГИГАНТСКИХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ
С УЧЕТОМ ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ**
Гуламов О.М., Музаффаров Ф.У., Мухамедов Б.З., Ташкенбаев Ф.Р., Азизов Т.А., Максудов М.Т. 101

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЗАДНЕЙ СТЕНКИ ТРАХЕИ
Джаркеев К.С., Смаилов М.Б., Мусабеков Д.К. 101

**ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ЛУЧЕВЫХ И СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕТОДОВ
ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ОСТРОМ НАРУШЕНИИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ
В КАРДИОХИРУРГИИ**
Джураева Н.М., Бабаджанов А.Х., Амирхамзаев А.Т., Ибрагимов С.Х..... 102

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ
ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ ПОЛОСТИ**
Дильдабеков Ж.Б., Абдурахманов Б.А., Аймагамбетов М.Б., Астанаев А.К.,
Садыков Т.К., Сапарбеков А.Д. 103

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ В ЛЕЧЕНИИ ФИБРОМИОМ МАТКИ Дильдабеков Ж.Б., Абдурахманов Б.А., Аймагамбетов М.Б., Гульметов С.И.....	104
ТАКТИКА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ЧРЕЗМЫЩЕЛКОВЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ Дуйсенов Н.Б., Кожаканов Б.К., Сукбаев Д.Д., Исаев Н.Н.	104
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КСЕНОДЕРМЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ РАН ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ Екибаев Т.Р., Нуралин Р.Ш., Пашимов М.О., Даньярова Л.Б.....	105
ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПОЯСНИЧНАЯ СИМПАТЭКТОМИЯ ПРИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ С ТРОФИЧЕСКИМИ И ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ Ержанов О.Н., Варнавский Т.Н., Нурканов М.О., Балыкбаева А.М.	105
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ С ХОБЛ Ешмуратов Т.Ш., Акимниязова Б.Б., Таменов И.Ж., Сатаев А.И., Шубаткалиева Н.К.	106
КЕУДЕ ДЕФОРМАЦИЯСЫНЫҢ NUSS БОЙЫНША ХИРУРГИЯЛЫҚ КОРРЕКЦИЯСЫНЫҢ КӨРСЕТКІШТЕРІ Ешмуратов Т.Ш., Акимниязова Б.Б., Таменов И.Ж., Сатаев А.И., Шубаткалиева Н.К.	107
ДЕРМАТОМНАЯ КОЖНАЯ ПЛАСТИКА ПРИ ЗАКРЫТИИ РАНЕВЫХ ДЕФЕКТОВ У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ОТМОРОЖЕНИЯ Жамашев Д.К., Желдибаев Е.М., Алимжанов А.К., Головня М.А., Калымбетов Б.Б., Байкубесов К.Б.	107
НЕВРАЛГИЯ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА Зайтенова Г.Б., Изенбаев Н.Б., Джунусова Г.И., Мугалбаева М.А.	108
НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ СУСТАВОВ Зайтенова Г.Б., Изенбаев Н.Б., Джунусова Г.И., Мугалбаева М.А.	109
ПЕРВЫЙ ОПЫТ БАЛЛОННОЙ МИТРАЛЬНОЙ ВАЛЬВУЛОПЛАСТИКИ ТОЛЬКО ПОД ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ КОНТРОЛЕМ Зуфаров М.М., Им В.М., Хамдамов С.К.....	109
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ БАЛЛОННОЙ МИТРАЛЬНОЙ ВАЛЬВУЛОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ С МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ Зуфаров М.М., Им В.М., Хамдамов С.К.....	110

АБДОМИНАЛЬНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В РАЗВИТИИ СЕПСИСА Ибадильдин А.С., Ли И.И., Исакова Т.А., Ибадильдина С.А.	110
THE ROLE OF VIDEOLAPAROSCOPY IN THE COMPLEX TREATMENT OF COMPLICATIONS OF INTRAUTERINE CONTRACEPTION Iskhakov N. B., Alijanov A.A., Iskhakov B. R., Robiddinov J.B.	111
SURGICAL TREATMENT OF ANEURYSMS OF AORTIC ARCH BRANCHES AND VESSELS OF THE UPPER EXTREMITIES Khanchi Mead, Matkerimov A.Zh., Tergeussizov A.S., Demeuov T.N., Zhakubayev M.A., Khanchi M.M., Shamshiev A.S.	112
SURGICAL TREATMENT OF ARTERIAL ANEURYSMS OF THE LOWER LIMB Khanchi Mead, Matkerimov A.Zh., Tergeussizov A.S., Demeuov T.N., Zhakubayev M.A., Khanchi M.M., Shamshiev A.S.	113
SURGICAL TREATMENT OF VISCERAL AND RENAL ABDOMINAL ARTERY ANEURYSMS OF VARIOUS ETIOLOGY Khanchi Mead, Matkerimov A.Zh., Tergeussizov A.S., Demeuov T.N., Zhakubayev M.A., Khanchi M.M., Baubekov A.A., Tajibayev T.K., Yerkinbayev N.N., Saduakas A.E., Makkamov R.O.	113
ЭНДОВЕНОЗНАЯ ЛАЗЕРНАЯ КОАГУЛЯЦИЯ ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРА АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ Г. АКТОБЕ Кононенко А.Ф., Жакиев Б.С., Кононенко А.А., Иралин И.А., Кеншиликова Г.Б., Сакен С.Н.	114
ПРОФИЛАКТИКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ Мадьяров В.М., Мошкал К.А., Амантаева К.К., Абдулла Н.К.	115
БЕЗИНТУБАЦИОННЫЕ ВИДЕО-АССИСТИРОВАННЫЕ ТОРАКОСКОПИЧЕСКИЕ (NI-VATS) РЕЗЕКЦИИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ЛЕГКИХ Макаров В.А., Баймухаметов Э.Т., Мусанов Е.Т., Олжаев С.Т., Новиков И.И., Бекботаев Б.Ж., Аджибаев Б.Ж., Маханбетов Б.А., Кусманов М.С., Оспанов С.С., Ожарова А.С.	115
ВАРИАНТЫ ЧАСТИЧНОЙ ДУПЛИКАЦИИ МОЧЕТОЧНИКА В ПРАКТИКЕ АО «НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ПЕДИАТРИИ И ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ» Махнева А.Ф., Бекишева А.Н., Жандильдина Д.Т.	116
ПРИМЕНЕНИЕ ВАКУУМ-ПОВЯЗОК В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ Мукушев М.М., Нурбаева Д.С., Турышев А.А., Абди Ж.О., Манбетжанов Б.Е.	117

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПУНКЦИОННО-ДРЕНИРУЮЩИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ОГРАНИЧЕННЫХ ЖИДКОСТНЫХ СКОПЛЕНИЙ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ Назыров Ф.Г., Бабаджанов А.Х., Маткаримов Ш.У., Байбеков Р.Р.....	117
РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МИКРОБНЫХ БАКТЕРИОЦИНОВ ДЛЯ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ РАН ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ Нуралин Р.Ш., Екибаев Т.Р., Пашимов М.О., Даньярова Л.Б.....	118
ПРИМЕНЕНИЕ ИНТЕРАКТИВНЫХ ПОВЯЗОК С ЭРИТРОПОЭТИНОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ Нуралин Р.Ш., Екибаев Т.Р., Пашимов М.О., Даньярова Л.Б.....	119
АБДОМИНАЛЬДІ АОРТА АНЕВРИЗМАСЫНЫҢ ЖЫРТЫЛУЫ – АМАН ҚАЛУ ЖӘНЕ ЛЕТАЛЬДІ ПРОГНОСТИКАЛЫҚ ФАКТОРЛАРЫ Нұрмағамбет А.Е., Мадешов Е.К., Кадиров Ж.Е., Таскалиев Ш.Б., Арапов М.О., Конысова С.А., Конысов М.Н.	119
СОЗЫЛМАЛЫ ГЕМОРОЙМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫ ЕМДЕУГЕ АРНАЛҒАН ОҢТАЙЛАНДЫРЫЛҒАН БАҒДАРЛАМАНЫ ҚОЛДАНУ АРҚЫЛЫ ПАЦИЕНТТЕРДІҢ ӨМІР СҮРУ САПАСЫН БАҒАЛАУ Нуспекова Д.Т., Джумабеков А.Т., Жарменов С.М., Каныбеков А.К., Артыкбаев А.Ж., Агибаева А.Г.	120
FIXATION OF AN UNSTABLE LEFT VENTRICULAR LEAD WITH A CORONARY STENT IN THE CARDIAC VEIN DURING CRT-D IMPLANTATION Sapunov A.V., Sagatov I.Y., Bigeldiev N.Zh., Baimbetov A.K.	121
ОЦЕНКА РОЛИ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ У КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА Сарсенбаева Г.И., Бердибеков А.Б.	122
ПРИМЕНЕНИЕ ТРАСПЕДИКУЛЯРНОЙ ФИКСАЦИИ ПРИ КОМПРЕССИОННЫХ ПЕРЕЛОМАХ ПОЗВОНОЧНОГО СТОЛБА У ДЕТЕЙ Сауранбай Д.А., Ибрагимов М.Д., Нусипкожаев А.И., Курманалиев М.Б.	122
РЕВЕРСИЯ НЕЙРОМЫШЕЧНОГО БЛОКА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ДЛИТЕЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ Чынгышова Ж.А., Тилеков Э.А., Раимбеков Ж.А.	123
ВЛИЯНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖИ НА ПЕРИОПЕРАЦИОННЫЕ ПАРАМЕТРЫ ПОСТУРАЛЬНОГО БАЛАНСА И ОСАНКИ Эшонходжаев О.Д., Дёмин Н.А.....	123

**VIII. СЕКЦИЯ МОЛОДЫХ УЧЁНЫХ (В ВОЗРАСТЕ ДО 35 ЛЕТ):
«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИИ»**

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ КТ- ВИРТУАЛЬНОЙ ТРАХЕОБРОНХОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ РУБЦОВОГО СТЕНОЗА ТРАХЕИ	
Адильбек А.А., Конысова С.А., Кадиоров Ж.Е., Конысов М.Н., Шанаев Д.Т., Алиев А.К.	125
THE RESULT OF THE USE OF ENDOSCOPIC HEMOSTASIS IN BLEEDING OF THE UPPER GASTROINTESTINAL TRACT	
Berkinbay A.B., Baymakhanov A.N., Almataev U.K., Raimhanov A.D., Kaziyeva A.M.	125
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ В СРАВНЕНИИ С ТРАДИЦИОННЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ	
Замзам Н.Е., Нагасбеков М.С., Нурланбаев Е.К., Асланов П.М., Ермашов Б.Ш., Баймаханов Б.Б.	126
ОЦЕНКА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ ХИРУРГИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН И КЛИНИЧЕСКИХ НАСТАВНИКОВ ДЕЙСТВУЮЩЕЙ СИСТЕМОЙ ОЦЕНКИ ХИРУРГИЧЕСКИХ КОМПЕТЕНЦИЙ В ВУЗАХ	
Жунусов Е.С., Аманова Д.Е., Болатбекова А.А., Матюшко Д.Н.	127
СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КИСТОЗНОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ	
Илияс Б.С., Нагасбеков М.С., Ермашов Б.Ш., Нурланбаев Е.К., Досханов М.О., Каниев Ш.А., Баймаханов Б.Б.	127
«CRITICAL VIEW OF SAFETY» ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ В ОБУЧЕНИИ РЕЗИДЕНТОВ	
Кожаметов А.М., Абдикаримов А.М., Калина В.О., Ильясов Н.К., Нургалиев Е.Г., Сабербеков С.О., Джанканова Д.С.	128
ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ И МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ	
Масалов А.Е., Абдрахманов С.Т., Әуенов М.Ә., Жансеитов Т.Б., Мұқаш Е.Ә., Смагулов А. Т., Оразғалиева М.Т.	128
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПИЩЕВОДА	
Муканова А.Д., Нагимова Д.М., Нурмуканова А.С.	130
МИНИИНВАЗИВНАЯ КОРРЕКЦИЯ БИЛИАРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ ОТ ЖИВОГО РОДСТВЕННОГО ДОНОРА	
Мусина А.С., Досханов М.О., Каниев Ш.А., Баймаханов Б.Б.	130
ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ АЛЬВЕОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ	
Юрковская А.И., Чжао А.В., Степанова Ю.А., Ионкин Д.А., Маринова Л.А.	130

I. ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ

SURGICAL TACTICS AND TREATMENT OF ACUTE BILIARY PANCREATITIS

**Aimagambetov M.Zh., Masalov A.E., Omarov N.B.,
Abdrakhmanov S.T., Auenov M.A.**

*Semey Medical University, Department of Hospital Surgery,
Anesthesiology and Intensive Care, Semey, Kazakhstan*

Introduction. Pancreatitis of biliary origin accounts for from 26% to 60% of cases of acute inflammation of the pancreas (Vasiliev Yu.V. et al., 2011, et al., 2016). Chronization of acute biliary pancreatitis reaches 43% of cases (Kachabekov M.S., 2015). As a morphological substrate for the occurrence of ductal hypertension, biliary concretions are most often diagnosed, provoking acute pancreatitis with «transient» passage, or with infringement in the large duodenal papilla. With prolonged traumatization of the mucous membrane of the ducts, a cicatricial stricture of the distal choledochus is formed, which is included in the pathogenesis of chronic biliary pancreatitis along with concretions. The importance of microcholedocholithiasis at an early stage of the development of cholelithiasis in the genesis of such structures is not taken into account by all researchers (Girsa V.N. et al., 2013, Ser Yee Lee et al., 2017).

The total mortality in acute pancreatitis over the past 10 years has been approximately at the same level and varies, depending on the specific gravity of destructive forms of the disease, in the range of 3% - 6%. At the same time, mortality in severe forms of pancreatitis remains very high, reaching 30-55% (Bagnenko S.F. et al., 2007).

The aim of the work: improving the results of surgical treatment of biliary pancreatitis.

Materials and methods. The set of materials was carried out on the basis of the University Hospital of the NAO «MUS». We will conduct a prospective analysis of 37 patients diagnosed with acute pancreatitis of varying severity from January to October 2022. Of the total number of subjects, there were n=25 women (67,6%), and n=12 men (32,4%). The average age was 53,63 (M=49, Q1-24, Q3-82). According to the severity of acute pancreatitis, patients were divided as follows: mild pancreatitis was in n=27 (73%) patients, moderate severity - in n=7 (19%) and severe in n=3 (8%). According to the method of treatment, the patients were divided into groups with conservative treatment n=19 (51,4%) patients and surgical treatment - n=18 (48,6%). With surgical methods of treatment, the following types of operations were performed in patients: OLC + choledocholithotomy + drainage of the CBD - in n=12 (66,6%), OLC + choledocholithotomy + CHDA + drainage of the CBD - in n=3 (16,7%), laparotomy + cholecystectomy + drainage of the CBD + cystojejunostomosis - in n=2 (11,1%) and laparotomy + cholecystectomy + CBD drainage + omentobursostomy + retroperitoneostomy - in n=1 (5,6%) patient.

Results. When studying the immediate results of treatment of acute biliary pancreatitis, it was found that the average leukocyte count in the blood during conservative treatment on day 3 was 15,3

$\times 10^9/l$, on day 6 $11,6 \times 10^9/l$ and on day 9 was $7,3 \times 10^9/l$. The average leukocyte count in the blood during surgical treatment on day 3 was $19,5 \times 10^9/l$, on day 6 $13,4 \times 10^9/l$ and on day 9 was $5,2 \times 10^9/l$. The average patient stay in the hospital (bed-days) with conservative treatment was 14 bed-days, and with surgical treatment 17 bed-days. Mortality in conservative treatment of patients was n=3 (8,1%), and in operative treatment - n=1 (2,7%). The cause of death in both groups was multiple organ failure syndrome.

Conclusions. With conservative treatment of patients with acute biliary pancreatitis, leukocytosis with positive dynamics normalized on day 9, mortality was 8.1%. The indication for surgical treatment was the lack of effect from conservative treatment, an increase in SPON and severe forms of pancreatic necrosis. With surgical treatment of patients, leukocytosis also returned to normal on day 9, and the mortality rate was 2,7%. The cause of the deaths was the MODS.

СЕЛЕКТИВНАЯ КАНЮЛЯЦИЯ СЕЛЕЗЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ ДЛЯ ПРОГРАММНОГО ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ Веществ в орган мишень при ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

**Айтмолдин Б.А.², Доскалиев Ж.А.², Рустемова К.Р.¹,
Кожаметов С.К.¹, Турсынбаев Н.Н.², Жалгасбаев Ж.Г.²,
Джумагалиев А.Р.², Сулейменов Е.Р.²**

*¹ НАО «Медицинский университет Астана», кафедра
хирургических болезней с курсами кардиоторакальной
хирургии и ЧЛХ, г. Астана, Казахстан,*

² ГКП на ПХВ «ГМБ №2, г. Астана», Казахстан

Актуальность. Лечение пациентов с острым деструктивным панкреатитом является очень сложной задачей для клиницистов, в связи с неуклонным ростом данного заболевания и высокой летальностью. В связи с этим появляются многочисленные публикации об успехе различных методов лечения острого панкреатита в сочетании с медикаментозной терапией, включая использование новых ингибиторов протеаз.

Цель исследования - улучшение результаты лечения пациентов с острым деструктивным панкреатитом с использованием способа введения ингибиторов протеаз в «орган мишень» поджелудочную железу.

Материалы и методы. На базе ГКП на ПХВ «Городская больница №2 г. Астана» с 2020 по 2023 г. пролечено 62 пациента с острым деструктивным панкреатитом. Из них мужчин было 43 (59,7%) и женщин – 29 (40,3%). Средний возраст составил $47,1 \pm 1,2$ лет. Все пациенты при поступлении обследованы в соответствии с клиническим протоколом «Острый панкреатит» (Протокол № 60, МЗ РК от 29 марта 2019 г.). Статистический анализ результатов проводили с использованием методов вариационной статистики с расчетом $M \pm SD$. Различия между группами сравнения анализировали с использовани-

ем критерия Вилкоксона-Мана-Уитни считали статистически значимыми за $p \leq 0,05$. Всем пациентам была выполнена рентгенэндоваскулярная селективная канюляция селезеночной артерии для проведения в последующем программного введения лекарственных веществ в орган «мишень» поджелудочную железу, включая ингибиторы протеаз (улинастатин, контрикал, гордокс), вазодилататоры и антибиотики.

Результаты. Эффективность программного лекарственного ведения медикаментов в «орган мишень» оценивалась на основании проведенной сравнительной оценки общего статуса и лабораторных показателей пациентов. При использовании программного введения медикаментов в селезеночную артерию на вторые сутки от начала терапии наблюдали улучшение общего состояния больных, которые выражались в уменьшении уровня интоксикации, снижении показателей СРБ, осмолярности, АЛТ, АСТ и прокальцитонина, а также общего билирубина и панкреатической амилазы. Так, в динамике наблюдения среднее значение уровня амилазы снижался с 2165 Ед/л при поступлении до 51 Ед/л к 5 дню. В тоже время при традиционном лечении пациентов с деструктивным панкреатитом за этот промежуток времени положительные результаты установлены не были у 90% больных.

Средняя продолжительность нахождения в стационаре у пациентов, которым была выполнена селективное программное введение препаратов была на $7,4 \pm 0,2$ суток меньше в сравнении с больными, которым проводилось традиционное лечение.

Выводы. Наши исследования показывают, что при остром деструктивном панкреатите наиболее лучшие результаты были достигнуты при использовании программного введения лекарственных веществ в «орган мишень», включая ингибиторы протеаз (улинастатин, контрикал, гордокс), вазодилататоры. По нашему мнению решающую роль в подавлении воспаления поджелудочной железы сыграл препарат улинастатин, механизм действия, которого описан фирмой производителем (БХАРТ СЕРУМС, Индия).

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Акбаров М.М., Нишанов М.Ш., Миролимов М.М.,
Примов З.М, Усманов А.А.

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

Цель исследования - улучшение результатов комплексного лечения больных с тяжелыми формами острого панкреатита путем выбора наиболее рациональной хирургической тактики.

Материал и методы. За последние 10 лет в Республиканском специализированном центре хирургии имени академика В. Вахидова с диагнозом острый панкреатит находились на лечении 290 больных. Среди них мужчин было 117 (40,3%), женщин – 173 (59,7%). Больные, поступившие в наш Центр, распределены в соответствии с международной классифика-

цией, предложенной в г. Атланте. Отечный панкреатит диагностирован в 114 случаях. У 176 больных выявлен панкреонекроз. Среди них стерильный панкреонекроз диагностирован у 60 больных и инфицированный панкреонекроз – у 116 больных. Наиболее частым этиологическим фактором явилась патология билиарных протоков (201 больной). Также встречались алиментарный (51 больной) и посттравматический (13 больных) панкреатит. У 25 больных панкреатит развился после эндоскопических вмешательств. У 35 больных выявлено тотальное поражение поджелудочной железы, у 45 – очаговое поражение и у 98 больных – субтотальное. Среди осложнений острого панкреатита наиболее часто встречаемым оказался парапанкреатический инфильтрат, который выявлен у 138 (47,5%) больных. Также встречались такие осложнения, как ферментативный перитонит (83 больных), механическая желтуха (83 больных) и флегмона забрюшинной клетчатки (35 больных). Диагностика острого панкреатита была комплексной и включала в себя общепринятые и специальные методы исследования. Критерии тяжести состояния больных производились по шкалам Ranson и APACHE-II. При оценке исходного состояния больных по шкалам Ranson и APACHE II острый отечный панкреатит выявлен у 159 (54,8%) больных. В группу тяжелых форм панкреатита отнесен 131 больной. Из них 62 больных с тяжелыми осложненными формами заболевания.

Показаниями к оперативному лечению при панкреонекрозе явились: инфицированный панкреонекроз и/или панкреатогенный абсцесс, септическая флегмона забрюшинной клетчатки, гнойный перитонит; стойкая или прогрессирующая полиорганная дисфункция/недостаточность, сохраняющиеся симптомы системной воспалительной реакции, независимо от факта инфицирования при проведении компетентной консервативной базисной терапии и ее неэффективности в течение 3-7 суток.

Результаты. Из 290 больных, пролеченных в нашем центре, у 114 консервативное лечение оказалось эффективным. 176 больные оперированы в различные сроки от начала заболевания. В послеоперационном периоде встречались следующие виды осложнений: аррозивное кровотечение у 9 (5,1%) больных, экссудативный плеврит – у 29 (16,5%), кровотечение из ЖКТ – у 11 (6,3%), ТЭЛА – у 7 (3,9%) и полиорганная недостаточность наблюдалась у 33 (18,5%) больных. У 3 больных с аррозивным профузным кровотечением произведена релапаротомия с остановкой кровотечения. Общая летальность составила 12,41% (36 больных), послеоперационная летальность 20,5%. В группе больных с тяжелыми формами острого панкреатита (суммарные баллы от 3 до 9 по интегральной шкале RANSON и от 9 до 20 по APACHE II) летальность составили 13% и 33%.

Выводы. Анализ летальности в зависимости от показателя APACHE II в послеоперационном периоде у больных с инфицированным панкреонекрозом показывает их прямую корреляционную связь. Выбранная нами и применяемая в ежедневной практике активно-выжидательная тактика при лечении больных с острым панкреатитом обязательно должна быть обоснована результатами различных методов обследований, динамическим мониторингом, достоверной оценкой тяжести функционального состояния жизненно-важных органов по системе RANSON и APACHE II.

ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Алиев А.К.¹, Шанаев Д.Т.¹, Куанышбеков Г.О.¹,
Бауржанов Р.Б.¹, Нуппаева А.С.², Конысов М.Н.²,
Медеубаев Р.К.²

¹Атырауская областная больница, г. Атырау, Казахстан,

²Атырауский областной кардиологический центр,
г. Атырау, Казахстан

Цель работы – снизить показатели летальности, рецидивов и оперативной агрессии при желудочно-кишечных кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Материалы и методы. С сентября 2016 года по июнь 2023 года в Атыраускую областную больницу и областной кардиологический центр поступило 675 пациентов с признаками ЖКК, в отделении эндоскопии выполнено 463 манипуляций по эндоскопическому гемостазу 411 пациенту. 25 (3,7%) пациентам выполнена лапаротомия в экстренном порядке, в виду отсутствия технической возможности для эндоскопического гемостаза (профузные кровотечения, не выявлен источник кровотечения и т.д.). 239 (35,4%) пациентов получали консервативное лечение (с признаками состоявшегося кровотечения без риска рецидива). Из 411 пациентов выполненным эндоскопический гемостаз, 61 (14,8 %) пациент поступили в экстренном порядке с кровотечением из ВРВ пищевода и желудка. Из них 6 ти пациентам выполнено склерозирований ВРВ пищевода и желудка и 55 лигирований ВРВ пищевода. У пациентов с ВРВ пищевода в 6 (9,8%) случаях лигирование выполнено на высоте кровотечения, остальным 49 (91,2%) пациентам установлен зонд Блэкмора. Все они позже были лигированы в «холодный» период в плановом порядке. Из 6 склерозирований (использовался вспененный 1% раствор этоксисклерола от 2,0 до 6,0 мл) при ВРВ желудка составили 3 пациента из них один на высоте кровотечения и 2 в «холодный период». 3 пациентам выполнено склерозирование ВРВ пищевода на высоте кровотечения при отсутствии стабильного гемостаза после роспуска зонда Блэкмора. У 92 (22,4%) пациентов выявлено продолжающееся кровотечение с синдромом Мэллори-Вейсса. У 47 (51%) пациентов был выполнен инъекционный гемостаз с 0,0018% р-ром адреналина, оставшимся 45 (49%) пациентам выполнен комбинированный гемостаз инъекции р-ра адреналина, наложение эндоскопических клипс, монополярной или аргоноплазменной коагуляцией. Основную массу обращений с ЖКК 211 (51,3%) составили пациенты с ЯБЖ и ЯБДПК Инъекционный гемостаз выполнен в 84 (39,8%) случаях, у 127 (60,2%) пациентов был применен комбинированный эндоскопический гемостаз. В 63 (15,4%) случаев имело место кровотечение из эрозивных поражений пищевода, желудка и ДПК. Применялся инъекционный гемостаз в ряде случаев в комбинации с аргоноплазменной коагуляцией. 17 (4,1%) пациентов было доставлено на высоте кровотечения с впервые выявленными или установленными диагнозами злокачественных и доброкачественных образований, преимущественно для гемостаза использована монополярная или аргоноплазменная коагуляция, для достижения временно гемостаза и подготовке к оперативным вмешательствам. У

6 (1,5%) пациентов кровотечение было из язв или эрозий анастомозов в раннем или позднем послеоперационном периоде. 13 (3,2%) пациентов с различными заболеваниями (синдром Дьелафуа и др).

Результаты. Рецидив кровотечения в течение 2-3 дней отмечен у 52 больных (12,6%) с язвами Дьелафуа, язвами желудка и двенадцатиперстной кишки при артериальных кровотечениях, выполнен повторный эндоскопический гемостаз с хорошим эффектом. Летальных исходов наблюдалось у 10 (1,4%) пациентов. 26 (6,3%) пациентам потребовалось оперативное вмешательство для окончательного гемостаза.

Заключение. Эндоскопические технологии являются лечебными мероприятиями «первой линии», которые позволяют остановить и снизить угрозу рецидива желудочно-кишечного кровотечения, а активная эндоскопическая тактика на высоте кровотечения в большинстве случаев является успешной. Основным препятствием для повсеместного внедрения данных технологий в ежедневную практику экстренных хирургических стационаров является отсутствие должного финансирования в приобретении расходных материалов и инструментария.

POSSIBILITIES OF LAPAROSCOPIC-ASSISTED SURGERY FOR MEKKEL DIVERTICULITIS COMPLICATED WITH BLEEDING

Alijanov A.A., Iskhakov B.R., Iskhakov N.B.

Namangan branch of the Republican emergency medical service,
Namangan, Uzbekistan

Introduction. Meckel's diverticulum is the most common congenital abnormality of the gastrointestinal tract, and its incidence in the population is 2%. Life-threatening complications of D.M. occur in 4–6% of cases. Thus, the frequency of bleeding in children under two years of age is 64.7%, while for those over the age of 8 years is 25% (Schoenwolf G.C., Larsen W.J. 2009). Bleeding is caused by ectopia of the gastric mucosa or pancreatic cells in the diverticulum; in these areas, secretion of hydrochloric acid or alkaline pancreatic juice occurs, which leads to the formation of ulcers of the mucous membrane of the ileum (Higaki S, 2001). Mortality in DM is 2.5-15.0% (Timerbulatov M.T. 2017).

Purpose: to familiarize practicing surgeons with a clinical case of Meckel's diverticulum complicated by bleeding.

Case study. Patient T.U., 15 years old, was admitted to the Namangan branch of the RSCMP with complaints of severe weakness, loose stools mixed with blood. From the 1'anamnesis, it became clear that the patient was in the private proctological clinic «Zh. Erkin» for four days, where hemorrhoids were examined and excluded.

Upon admission, the condition was grave, and the position was passive. The skin and visible mucous membranes are pale. Blood pressure 100/60 mm Hg. Art. Pulse 100 per minute. The abdomen is soft, painless in all parts. Intestinal peristalsis is active. Symptoms of peritoneal irritation are negative. The liver and kidneys are not palpable. Installed a gastric tube. By gastric tube - there is no blood impurity in the washings.

Rectal examination: gloved feces with cherry-colored

blood. Fibrogastroduodenoscopy (FGDS) and fibrocolonoscopy (FCS) were urgently performed: the source of bleeding was not found. Indicators of laboratory tests upon admission: (Hb 51 g/l, erythrocytes – $2,01 \times 10^{12}/l$, Ts.p – 0,6, leukocytes – $5,8 \times 10^9/l$, P – 3%, C – 64%, Lymph – 26%, Monocytes – 6%. Eosinophils – 1%, ESR – 6 mm/h, Total protein – 54,2 g/l, urea in the blood – 7,2 mmol/l, creatinine – 74,48 mmol/l, creatinine – 74,48 mmol/l, blood sugar 6,4 mmol/l, bilirubin in the blood: total – 19,8, ALT – 0,8. Diastasis in the blood 16 units. Coagulogram: recalcification time – 76 sec, thrombotest 5 – degree, ethanol test – neg, fibrinogen 1,44 g/l, HT 24%). The specific gravity of urine is 1020. Protein – avs, Lake – 3-4, era 1-0 in field of view.

Infusion and hemostatic therapy were performed and transfused 1500 ml of fresh frozen plasma, 1350 ml of erythrocyte mass. The patient's condition stabilized, hemodynamics within 110-120/65-70 mm Hg. After 24 hours, there were signs of ongoing bleeding. EGD and FKS were repeated – the source of bleeding was not found. Considering the ineffectiveness of conservative therapy, continued bleeding, an increase in anemia (Hb 30 g/l, erythrocytes – $1,01 \times 10^{12}/l$), indications for surgical intervention were set. After 24 hours from the moment of admission, the patient was taken for diagnostic laparoscopy.

The first trocar is inserted supraumbilically for 5 mm and 10mm manipulation through both iliac regions. At the diagnostic stage of laparoscopy: in the abdominal cavity, about 200 ml of serous exudate. During revision: the large intestine is moderately swollen throughout its entire length, increased in diameter along its total length up to 8-10 cm, there is blood and gases in the lumen. The jejunum is collapsed, the terminal ileum is enlarged, and contains blood. Upon further revision, at 1,0 m from the ileocecal angle, an ileal diverticulum with a size of 4x2.5 cm with a broad base was found, blood is distal to the diverticulum throughout the lumen of the small intestine, blood is proximal to the diverticulum in the small intestine for 50 cm, blood is above the small intestine sleeping state. It was decided to perform a laparoscopically assisted diverticulectomy. The trocar wound was enlarged to 3,5 cm, and the diverticulum was removed from the damage. The D.M. was opened: in the lumen, there was dark blood with clots, on the apex from the side of the mucous membrane, the lumen was ulcerated, and a venous vessel up to 2-3 mm in diameter was found. Extraperitoneal wedge-shaped excision of Meckel's diverticulum was performed.

Postoperative diagnosis: Meckel's diverticulum is complicated by diverticulitis and intestinal bleeding. Severe post-hemorrhagic anemia. Multiple organ failure. The patient was discharged home on the 6th day after the operation in satisfactory condition. At discharge: HB 82 g/l, erythrocytes – $2,95 \times 10^{12}/l$.

Conclusion. In the presence of ongoing bleeding from the gastrointestinal tract, when no sources of bleeding have been identified with FGDS and FCS, the diagnosis «Meckel's diverticulum of the ileum, complicated by bleeding» comes to the fore. Diagnosis of Meckel's diverticulum is rarely diagnosed in the absence of complications. One of the popular methods for diagnosing Meckel's diverticulitis is diagnostic laparoscopy. This clinical case proves once again that in adults, the diagnosis of Meckel's diverticulum should be considered when bleeding from the gastrointestinal tract occurs.

SIMULTANE LAPAROSCOPIC SURGERY IN URGENT ABDOMINAL SURGERY

**Alijanov A.A., Iskhakov B.R., Iskhakov N.B.,
Robiddinov J.B., Robiddinova D.B.**

*Namangan branch of the Republican emergency medical service,
Namangan, Uzbekistan*

During the last 20 years of work, we have performed 6197 laparoscopic cholecystectomies. We have experience performing 601 (9,7%) simultaneous surgical interventions for combined pathology of the abdominal cavity and abdominal wall organs. The most common combinations of laparoscopic operations were cholecystectomy and procedures for concomitant gynecological pathology.

In 120 (20,0%) patients, the second laparoscopic intervention was performed for ovarian cysts, 5 to 10 cm in size. Tubal sterilization was performed in 302 (50,2%) patients, salpingoovariolysis and salpingostomy with hydrosalpinx – in 47 (7,8%). In 61 (10,1%) patients, laparoscopic cholecystectomy was preceded by hernioplasty of the umbilical ring. In Knoch's syndrome, dissection of adhesions was performed – in 68 (11,4%). In 3 (0,5%) cases, laparoscopic cholecystectomy was combined with cystectomy (echinococcectomy, fenestration of solitary liver cysts) from the liver.

First of all, the intervention was carried out on the tiny infected organs. To extract the gallbladder and ovarian cyst from the abdominal cavity, we used the access at the paraumbilical point. During the operation, there was no need to introduce an additional trocar into the abdominal cavity. Abdominal complications were not observed. The postoperative period in all patients was uneventful.

Comparative analysis of the surgical treatment of groups of patients who underwent simultaneous laparoscopic interventions showed that the severity of the postoperative period, the length of hospital stay, and the duration of temporary disability did not change.

The more active introduction of simultaneous laparoscopic operations in surgical practice allows the patient to be provided with qualified assistance. It will reduce financial costs without resorting to reoperation, especially laparotomy.

SUBPOPULATION COMPOSITION OF T-LYMPHOCYTES IN PATIENTS WITH ACUTE PANCREATITIS

Atadjanov Sh.K., Saparbaeva G.K., Mustafayev A.L.
*Emergency Medicine of the Republican Research Center of
Emergency Medicine, Tashkent, Uzbekistan.*

Introduction. As it is known, cellular immunity is represented by various populations of T- and B-lymphocytes, the ratio of which plays an important role in assessing the state of this link of immunity. T-lymphocytes are the lymphocytes whose maturation occurs in the thymus and they control the work of B-lymphocytes responsible for the formation of antibodies, i.e., for the humoral immune response. T-helper cells are a type of T-lymphocytes which carry structures on their surface facilitating the recognition of

antigens represented by auxiliary cells, participate in the regulation of the immune response, producing various cytokines. Cytotoxic T-cells recognize antigen fragments on the surface of target cells, orient their granules towards the target and release their contents in the area of contact with it.

The aim of the study was to evaluate changes in the composition of lymphocyte subpopulations reflecting the development of T-lymphocytes immune suppression at acute pancreatitis.

Materials and methods. The subpopulation composition of T-lymphocytes represented by the relative number (%) of CD3+, CD4+, CD8+ markers, as well as the immune regulation index was studied in this research. The peripheral blood of 18 patients with acute pancreatitis was examined for the analysis of lymphocytes. 17 blood samples from healthy donors were analyzed as a control.

Results. The analysis of mature T-lymphocytes (CD3+) relative number, «responsible» for cellular immunity reactions and performing immunological supervision of antigenic homeostasis in the body was reduced in the group of patients with acute pancreatitis. The average index made up $47,76 \pm 1,18$ ($P < 0,001$). The analysis of the relative number of T-helpers revealed a statistically significant tendency to increase CD4+ cells in the group of patients with acute pancreatitis and this indicator was $29,05 \pm 1,96$ ($P < 0,01$) in compare with the control group ($36,0 \pm 0,91$). When assessing the relative number of CD8+, increased values of this indicator were revealed in patients with acute pancreatitis ($28,52 \pm 2,42$) ($P > 0,05$) versus the control group ($23,5 \pm 0,95$). According to the results obtained, changes in the subpopulation composition also affected the immunoregulation index (CD4/CD8). Evaluation of the immunoregulatory index in patients with acute pancreatitis showed reduced indicators ($1,06 \pm 0,05$) ($P < 0,001$) versus the values of the control group ($1,75 \pm 0,1$).

Conclusion. Changes in cellular immunity were detected in patients with acute pancreatitis, which may indicate the possible development of secondary immunodeficiency. This is probably due to the formation of immune suppression, as evidenced by an increase in the content of T-lymphocytes.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОВРЕМЕННЫХ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Бабаджанов А.Х., Джуманиязов Д.А., Байбеков Р.Р.

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

Актуальность. В хирургическом лечении язвенных кровотечений необходим индивидуальный подход к выбору лечебной тактики. В последнее время эндоскопический гемостаз чаще упоминается как альтернативный метод, хотя ряд авторов считают, что он является широко доступным, быстро выполнимым и в то же время высоко информативным. Большим преимуществом является то, что с помощью эндоскопии осуществляется не только диагностика, но и одномоментное устранение желудочно-кишечных кровотечений.

Цель работы – изучение эффективности эндоскопического гемостаза при эрозивно-язвенных процессах желудка и двенадцатиперстной кишки

Материалы и методы. Проведен анализ результатов у 204 пациентов в группе сравнения и 121 больного в основной группе.

При анализе сводной частоты рецидива кровотечения после эндоскопического гемостаза становится очевидным, что при острой язве в основной группе за счет применения нового метода лечения удалось значительно снизить частоту рецидивов кровотечения при всех степенях ЖКК, суммарно с 10,7% до 1,4% ($\chi^2=5,498$; $df=1$; $p=0,020$). При хронической язве картина аналогичная, частота рецидивов в группе сравнения составила в итоге 14,1%, в основной же группе – 3,8% ($\chi^2=3,765$; $df=1$; $p=0,053$).

Результаты. Если суммировать все язвы, то следует констатировать тот факт, что благодаря применению новых технологий в основной группе удалось снизить количество рецидивов ЖКК с 12,3% до 2,5%, что почти в 5 раз ниже ($\chi^2=9,219$; $df=1$; $p=0,003$).

Если анализировать частоту рецидива кровотечений после эндоскопического гемостаза в зависимости от тяжести по Forrest (1974), то становится очевидным, что наибольшая разница отмечена в группе сравнения у больных с Ф-Ia и Ф-Ib степенью ЖКК с симптоматическими факторами риска ($\chi^2=4,305$; $df=1$; $p=0,039$). В целом, если взять всех пациентов, то при Ф-Ia и Ф-Ib степени ЖКК удалось сократить частоту рецидивов с 20,0% в группе сравнения до 5,3% в основной группе ($\chi^2=4,126$; $df=1$; $p=0,043$). При Ф-IIa и Ф-IIb степени ЖКК частота рецидивов кровотечения уменьшилась с 9,0% в группе сравнения до 1,2% в основной группе ($\chi^2=5,568$; $df=1$; $p=0,019$). Уменьшение рецидивов кровотечения в 4-7 раз значительно улучшает результаты лечения пациентов, сокращает сроки реабилитации.

При сравнении эффективности первичного и вторичного эндоскопического гемостаза в зависимости от наличия лекарственных факторов риска оказалось, что несмотря на то, что в основной группе даже без лекарственных факторов риска, потребность в повторном гемостазе и оперативном лечении составляла всего 1,5% против 7,5% в группе сравнения, при наличии симптоматических факторов риска эта разница была еще более ощутимой и уже достоверной. Так, в группе сравнения повторный эндогемостаз понадобился в 12 (12,2%) случаях, тогда как в основной группе у 1 (1,8%) пациента, прибегнуть к хирургическим методам пришлось в 5 (5,1%) случаях в группе сравнения и лишь в 1 (1,8%) случаев в основной группе ($\chi^2=6,396$; $df=2$; $p=0,041$). Суммарно, независимо от наличия лекарственных факторов риска в основной группе в 118 (97,5%) случаях удалось избежать повторного эндогемостаза и оперативного лечения против 179 (87,7%) случаев в группе сравнения ($\chi^2=9,234$; $df=2$; $p=0,010$).

При сравнении эффективности эндоскопического гемостаза в группе ЯБДПК выявлено в основной группе в 68 (97,1%) случаях удалось избежать повторного эндогемостаза и оперативного лечения против 108 (88,5%) случаев в группе сравнения ($\chi^2=4,501$; $df=2$; $p=0,106$).

При сравнении эффективности эндоскопического гемостаза в группе ЯБЖ разница между группами еще более ощути-

мая, в основной группе в 50 (98,0%) случаев удалось избежать повторного эндогемостаза и оперативного лечения против 71 (86,6%) случаев в группе сравнения ($\chi^2=5,143$; $df=2$; $p=0,077$).

При сравнении эффективности эндоскопического гемостаза в группе с кровотечениями Ф-Ia и Ib, независимо от наличия лекарственных факторов риска в основной группе в 36 (94,7%) случаев удалось избежать повторного эндогемостаза и оперативного лечения против 48 (80,0%) случаев в группе сравнения ($\chi^2=4,151$; $df=2$; $p=0,126$). При сравнении эффективности эндоскопического гемостаза в группе с кровотечениями Ф-IIa и IIb отмечается картина, аналогичная предыдущей, в основной группе в 82 (98,8%) случаев удалось избежать повторного эндогемостаза и оперативного лечения против 131 (91,0%) случаев в группе сравнения ($\chi^2=5,619$; $df=2$; $p=0,061$).

При сравнении эффективности эндоскопического гемостаза у всех больных в основной группе отмечено достоверное повышение эффективности в основной группе за счет применения лазерной фотокоагуляции. Суммарно в группе сравнения эффективность первичного эндогемостаза составила 179 (87,7%) случаев, в основной группе – 118 (97,5%), летальность в группе сравнения составила 3 (1,5%), в основной группе летальности не отмечено ($\chi^2=9,555$; $df=3$; $p=0,023$).

Повторное эндоскопическое исследование было выполнено 92 пациентам в группе сравнения и 59 больным в основной группе. Исследование в динамике осуществлялось на 4-5 сутки после эндоскопического гемостаза. Следует еще раз отметить, что во всех случаях в обеих группах консервативная терапия была одинаковой. Сравнительная динамика по сокращению диаметра язвенного дефекта показывает схожие размеры язвы в начале лечения 1,54/1,56 см ($t=0,26$; $p>0,05$) и более выраженное уменьшение в диаметре в основной группе в динамике 1,24/0,97 см ($t=3,43$; $p<0,05$).

Выводы. Предложенный способ эндоскопической лазерной ретракции кровяного сгустка на поверхности язв слизистой желудка и ДПК (при кровотечениях типа Ф-Ia-б и IIa-б) обеспечивает хороший гемостатический эффект, позволяет снизить частоту рецидива кровотечения с 12,3% (у 25 из 204 пациентов в группе сравнения) до 2,5% (у 3 из 121 пациента в основной группе; критерий $\chi^2= 9,219$; $df=1$; $p=0,003$). В зависимости от тяжести кровотечения эффективность первичного эндоскопического гемостаза в группе с Ф-Ia и Ib увеличилась с 80,0% (у 48 из 60 пациентов в группе сравнения) до 94,7% (у 36 из 38 пациентов в основной группе), в группе с Ф-IIa и IIb с 91,0% (у 131 из 144 пациентов в группе сравнения) до 98,8% (у 82 из 83 пациентов в основной группе). В целом частота эффективного первичного эндогемостаза возросла с 87,7% (у 179 из 204 пациентов в группе сравнения) до 97,5% (у 118 из 121 пациента в основной группе), вторичный гемостаз был достигнут в 8,8% (18 пациентов) и 1,7% (2 пациента) соответственно, доля оперативного лечения сократилась с 3,4% (7 пациентов) до 0,8% (1 пациент; критерий $\chi^2= 9,234$; $df=2$; $p=0,010$). На фоне применения предложенного способа отмечена более выраженная регенерация язвенных дефектов, так в группе сравнения в динамике на 4-5 сутки после эндогемостаза диаметр язв сократился с 1,54±0,44 см до 1,24±0,45 см, тогда как в основной группе с 1,56±0,47 см до 0,97±0,49 см ($t=3,43$; $p<0,05$). До-

стигнутая эффективность эндоскопического гемостаза позволила сократить количество госпитальных койко-дней с 5,8±1,3 суток до 4,6±1,1 суток ($t=8,74$; $p<0,05$).

ХРОНИЧЕСКИЕ ДУОДЕНАЛЬНЫЕ ЯЗВЫ, ОСЛОЖНЕННЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЕМ: ПРЕДИКТОРЫ РЕЦИДИВА, ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА

**Багненко С.Ф., Танцев А.О., Корольков А.Ю.,
Османов З.Х., Попов Д.Н.**

*ФГБОУ ВО Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет имени академика И.П. Павлова МЗ РФ,
НИИ хирургии и неотложной медицины, г. Санкт-Петербург, РФ*

Актуальность. Кровотечение язвенной этиологии по настоящее время остается жизнеугрожающим осложнением язвенной болезни, и представляют смертельную опасность для больного. Технический прогресс и развитие фармацевтической промышленности позволили изменить лечебную тактику при язвенных кровотечениях коренным образом. Несмотря на успехи консервативного лечения и снижение хирургической активности, послеоперационная и общая летальность при данной патологии сохраняется на высоком уровне.

Цель работы – провести многоцентровой ретроспективный анализ и выявить предикторы риска рецидива кровотечения и летального исхода у пациентов с хроническими дуоденальными язвами, осложненных кровотечением.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни в 3 стационарах города Санкт-Петербург за период с 2018 по 2021 г. В выборку были включены 280 пациентов с хроническими язвами двенадцатиперстной кишки осложненных кровотечением. Оценивались такие показатели как размер и локализация язвы, тип кровотечения по Forrest, вид первичного гемостаза, частота рецидива, наличие коморбидной патологии, прием антикоагулянтов/антиагрегантов, койко-день, летальность.

Результаты. Средний возраст пациентов составил 59,4±12,5 лет, средний койко-день 20,1±10,3, общая летальность 15,7% (n=44), частота рецидива 20,3% (n=57). Наибольшую долю составили язвы с локализацией по передней и задней стенкам двенадцатиперстной кишки, размером до 1 см, осложненные кровотечением Forrest Ib и IIb. В большинстве случаев применялся комбинированный эндогемостаз с использованием инъекирования и коагуляции. При анализе летальности установлено, что частота рецидива у умерших пациентов составила 29,8% (n=17). Анализ пациентов с рецидивным кровотечением показал, что подавляющее большинство язвенных дефектов имели размер 2 см и более (47,9%), располагались по передней/задней стенке двенадцатиперстной кишки (33% и 29%), с типом кровотечения Forrest IIb (35,50%), более половины пациентов имели коморбидную патологию (55%) и принимали антикоагулянты/антиагреганты (52%). При проведении ROC анализа полученных данных было установлено, что при наличии 3х и более вышеуказанных критериев вероятность рецидива

кровотечения составляет >80% (AUC = 0,849314; Sp83,48%; Se82,01%). На основании полученных результатов в ПСПБГМУ имени академика И.П.Павлова с середины 2022 г. применяется следующий алгоритм в лечении язвенных кровотечений ДПК. Пациенту с кровотечением из язвы ДПК размером 2 см и более выполняется гибридный гемостаз (комбинированный эндогемостаз+ангиоэмболизация). При наличии 3х и более критериев в срочном порядке выполняется оперативное лечение. При размере язвы не более 2х см. применялась клипса OVESCO. За указанный период выполнено 15 гибридных гемостазов из них 12 с оперативным вмешательством в срочном порядке (в течение 12-48 часов), 3 эндогемостаза при помощи OVESCO. Рецидивов кровотечения и послеоперационной летальности не наблюдалось.

Выводы. Высокий показатель летальности (15,7%) у больных с дуоденальными язвами ассоциирован с большой частотой рецидива кровотечения ($p < 0,001$). Основными предикторами рецидива кровотечения у пациентов с дуоденальными язвами являются язва больше 2х см, локализация по задней/передней стенке, кровотечение Forrest IIb, наличие коморбидной патологии, прием пероральных антикоагулянтов/антиагрегантов. При наличии 3х и более указанных факторов, риск рецидива кровотечения более 80%. Нет единого подхода в хирургической тактике лечения кровотечений из хронических язв ДПК размером 2 и более см. Перспективным направлением в лечении данной категории больных является применение гибридного гемостаза.

БЕРЕМЕННЫЕ И РОЖЕНИЦЫ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОСТРУЮ ХИРУРГИЧЕСКУЮ ПАТОЛОГИЮ: ОСОБЕННОСТИ МАРШРУТИЗАЦИИ, ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АЛГОРИТМЫ

Багненко С.Ф., Попов Д.Н.,
Логвин Л.А., Корольков А.Ю.

ФГБОУ ВО Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет имени академика И.П. Павлова
МЗ РФ, г. Санкт-Петербург, РФ

Актуальность. В последние десятилетия отмечается увеличение экстрагенитальных заболеваний, которые нередко проявляются во время беременности. При этом острая хирургическая патология оказывает негативное влияние на развивающийся плод и ухудшает перинатальные исходы. Заболеваемость острым животом у беременных составляет по разным данным 1 случай на 500–635 беременностей. Оперативное вмешательство при возникновении экстрагенитальной хирургической патологии требуется в 0,75–4,8% случаев. Почти в одной трети случаев перинатальной смертности новорожденных у матерей выявляется экстрагенитальная патология. Таким образом, любое острое хирургическое заболевание, развивающееся у беременной женщины, следует рассматривать как прямую угрозу жизни матери и плода.

Цель работы – проанализировать структуру заболеваемости и потоки маршрутизации у беременных и рожениц с экстрагенитальной хирургической патологией в г. Санкт-Петербург.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ данных о законченных случаях лечения беременных пациенток с экстрагенитальной хирургической патологией в период с 2018 по 2021 год в 14 многопрофильных стационарах г. Санкт-Петербург. Оценена структура заболеваемости, сроки доставки в стационар, структура оперативных вмешательств, исходы лечения. Не включались пациентки с острой гинекологической, урологической, сердечно-сосудистой (кроме осложнений варикозной болезни) патологиями, а также с травмами, ожогами и обморожениями.

Результаты. Всего в период с 2019 по 2021 год в экстренном порядке с различной патологией было госпитализировано 698 504 беременных, из них с подозрением на острую хирургическую патологию - 6 834 (1,0%). Экстренные и неотложные оперативные вмешательства были выполнены у 2 681 пациентки (35,1%). Наибольшую долю (44,7%) среди пролеченных консервативно составляют беременные с купированным болевым абдоминальным синдромом, расцененным как кишечная колика. Среди хирургической патологии требующей консервативной терапии наибольшую долю составляют пациентки с варикозной болезнью вен нижних конечностей, осложненные тромбозами и тромбозами, а также осложненное течение геморроя и желчекаменной болезни с печёночной коликой. Наибольшую долю в структуре оперативных вмешательств у пациенток с неотложной экстрагенитальной хирургической патологией составили открытая аппендэктомия (27%), лапароскопическая аппендэктомия (19%) и ПХО ран различных локализаций (18%). При анализе маршрутизации беременной с подозрением на острую хирургическую патологию было отмечено, что после первичного обращения в скорую медицинскую помощь в стационары было доставлено 67,9% пациенток, 20,8% были переведены из родильных домов, из женских консультаций было направлено 7,5% и самостоятельно обратились в приёмный покой стационаров 5,7%. При этом наибольшее время от начала заболевания до поступления в стационар отмечалось при первичном обращении в родильный дом и последующем переводе ($37,2 \pm 5,1$ ч; $p > 0,05$).

Выводы. В структуре неотложных и экстренных госпитализаций у беременных экстрагенитальная хирургическая патология составляет около 1%. Наибольшую долю (44,7%) среди пролеченных консервативно составляют беременные с купированным болевым абдоминальным синдромом, расцененным как кишечная колика. Среди хирургической патологии требующей консервативной терапии большую долю составляют пациентки с ВРВ нижних конечностей, осложненные тромбозами и тромбозами, а также осложненное течение геморроя и ЖКБ с печеночной коликой. Общая доля оперативных вмешательств у пациенток с экстрагенитальной патологией составляет 35,1%. При этом наибольшую долю в структуре операций занимают открытая аппендэктомия – 27%, ЛС аппендэктомия – 19% и ПХО ран – 18%. Маршрутизация беременной с подозрением на хирургическую патологию путем первичного обращения в родильный дом увеличивает ($p < 0,05$) среднее время до поступления в хирургический стационар.

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ У БЕРЕМЕННЫХ И РОЖЕНИЦ: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ

Багненко С.Ф., Логвин Л.А.,
Попов Д. Н., Корольков А.Ю.

ФГБОУ ВО Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет имени академика И.П. Павлова
МЗ РФ, г. Санкт-Петербург, РФ

Актуальность. Острый аппендицит (ОА) является наиболее распространенной хирургической патологией во время беременности. Постановка правильного и своевременного диагноза представляет собой сложную задачу даже для опытных специалистов, несмотря на использование современных методов диагностики, ввиду неспецифичности классических симптомов ОА, которые могут сопровождать нормальное течение беременности. Поздняя диагностика значительно увеличивает риск возникновения осложненных форм ОА, что может привести к прерыванию беременности и гибели плода. В тоже время гипердиагностика влечет за собой высокую частоту негативных аппендэктомий, что сопряжено с вероятностью интра- и послеоперационных осложнений. Выбор способа оперативного лечения является предметом дискуссий на разном сроке гестации.

Цель работы — улучшить результаты лечения беременных женщин с подозрением на острый аппендицит.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни беременных, госпитализированных в экстренном порядке в ПСПбГМУ имени академика И.П. Павлова в период с 2010 по 2020 г., с подозрением на ОА. В исследование включено 162 оперированных беременных с диагнозом «острый аппендицит». Все пациентки были разделены на две группы: 1) период 2010-2014; 2) период 2015-2020. Такое разделение связано с реструктуризацией университета в 2015 и формированием НИИ хирургии и открытием в его составе СтОСМП. До 2015 года все беременные с болевым абдоминальным синдромом поступали в акушерский приемный покой, находящийся в отдельном корпусе, где были ограничены диагностические возможности, отсутствовали специалисты других специальностей. Обе группы сравнены по таким параметрам, как среднее время от момента поступления до постановки диагноза, соотношение лапароскопических и открытых оперативных вмешательств, количество «отрицательных» аппендэктомий, средний койко-день, количество экстренных срочных и преждевременных родов.

Результаты. В результате сравнения отмечено появление в структуре оперативных вмешательств лапароскопических аппендэктомий с 2015 года, однако увеличились сроки постановки диагноза (3,7; 7,5 ч, $p>0,05$), что, вероятней всего, связано с более тщательной диагностикой. Уменьшилось количество экстренных срочных и преждевременных родов (27,3%; 9,4%, $p<0,01$). Уменьшилось количество «отрицательных» аппендэктомий, однако разница недостоверна и процент их по-прежнему оставался высоким (48,5%; 38,5%, $p=0,209$). Был проанализирован алгоритм обследования беременных с

подозрением на острый аппендицит до 2020 года: он заключался в проведении динамического наблюдения и консервативной терапии, а в случае сомнительного диагноза выполнялось оперативное вмешательство. Для улучшения качества диагностики ОА с 2021 года алгоритм был дополнен выполнением МРТ для 2-3 триместра и лабораторными исследованиями (КАК, СРБ и прокальцитонин) через 6 часов при сомнительном диагнозе. Для оценки модифицированного алгоритма проведено проспективное исследование в период с января 2021 по май 2023 года, пролечено 27 пациенток на сроке беременности 2-3 триместра, которым в результате обследования по новому алгоритму, был установлен диагноз ОА. Внедрение данного алгоритма позволило в значительной степени уменьшить количество отрицательных аппендэктомий (7,4%, $p=0,011$). Помимо этого, отмечен рост доли лапароскопических операций по сравнению с ретроспективной группой (13,5; 70,4%, $p<0,0001$).

Выводы. Изолированное использование лабораторных и инструментальных методов диагностики, не позволяет с достаточной достоверностью установить или исключить диагноз ОА, что приводит к высокой вероятности «негативной» аппендэктомии. Внедрение в структуру многопрофильного стационара СтОСМП и лапароскопических технологий позволяет улучшить результаты лечения у беременных с ОА. Использование нового алгоритма диагностики ОА у беременных в ПСПбГМУ с 2021 года позволило значительно уменьшить частоту «отрицательных» аппендэктомий ($p=0,011$), а также сократить количество срочных и преждевременных родов ($p<0,001$).

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ В УСЛОВИЯХ УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ

Биржанбеков Н.Н., Тұрарбеков А.Б.,
Баймаханов Ж.Б., Табынбаев Н.Б.

ГКП на ПХВ «Центральная городская клиническая больница»
УОЗ, г. Алматы, Казахстан

Актуальность. Хирургические вмешательства у больных с механической желтухой, выполняемые по экстренным показаниям, сопровождаются большим числом осложнений, а летальность достигает 15-30%, что в 4 раза выше, чем в тех случаях, когда механическую желтуху удается разрешить до основной операции. Преимуществами чрескожно-чреспеченочных вмешательств под УЗ-контролем являются малотравматичность и сопровождаются меньшим осложнением, чем традиционные открытые вмешательства с дренированием желчных путей при механической желтухе.

Цель исследования - провести ретроспективный анализ результатов лечения пациентов с клиникой механической желтухи различного генеза.

Материалы и методы. В период с 01.01.2023 г. по 31.05.2023 г. в «ЦГКБ» г. Алматы госпитализированы 25 пациентов. Причинами механической желтухи тяжелой степени были: опухоль головки поджелудочной железы у 7 пациентов,

опухоли БДС и терминальных отделов желчных путей у 2 пациентов, рубцовые стриктуры желчных путей у 2 пациентов, опухоль Клацкина у 2 пациентов, холедохолитиаз у 8 пациентов, Синдром Мириizzi у 1 пациента, опухоли печени со сдавлением желчных протоков у 3 пациентов. Всем пациентам были выполнены чрескожно-чреспеченочные вмешательства под УЗ и Рентген контролем для наружного и внутреннего дренирования желчных протоков.

Результаты. Средний показатель общего билирубина в биохимическом анализе крови составлял 325 ммоль/л (124-690 ммоль/л). Средний показатель лейкоцитов в общем анализе крови – $18 \cdot 10^9/L$ ($9-27 \cdot 10^9/L$). Средний возраст пациентов составлял 58 лет (31-86 лет). Средняя длительность пребывания пациентов в стационаре - 9 койко-дней (min 5 – max 13 койко-дней).

Эффективность чрескожно-чреспеченочных вмешательств составляет 23 (92%). В 2-х случаях у пациентов с желтухой смешанного генеза отмечалась картина печеночной недостаточности, которым приходилось совмещать с аппаратами гемодиализации.

При неоперабельных случаях, из-за распространения опухолевого процесса 2 пациентам, вторым этапом выполнены антеградные стентирования желчных путей металлическими стентами. После улучшения общего состояния и предоперационной подготовки 2 пациентам была проведена радикальная операция в объеме - стандартная гастропанкреатодуоденальная резекция. У 5 пациентов ЧХС остается основным методом лечения для разрешения механической желтухи из-за наличия отдаленных метастазов.

ЭРХПГ, ЭПСТ с холедохолитэкстракцией выполнено всем пациентам вторым этапом на 3-4 сутки после ЧХС. Послеоперационные осложнения у пациентов не наблюдались. Летального исхода в период наблюдения не отмечалось.

Заключение. Чрескожно-чреспеченочные вмешательства под УЗ-контролем являются эффективным методом лечения для разрешения механической желтухи в условиях ургентной хирургии.

VIDEOTORACOSCOPY PLACE FOR THORACOABDOMINAL INJURIES

Djalilov E.T., Iskhakov B.R., Iskhakov N.B., Khudoiberdiev B.A. Robiddinov Sh.B., Robiddinova D.B., Robiddinov J.B., Robiddinov B. S.

Namangan branch of the Republican emergency medical service, Namangan, Uzbekistan

We have analyzed cases of therapeutic and diagnostic videothoracoscopy for the period from 2002 to 2020 performed on 430 patients with chest injuries, of whom 320 (74,4%) were men and 110 (25,2%) were women aged 14 to 66 years. All victims with chest trauma were examined by X-ray. The indication for emergency videothoracoscopy was the presence of small and medium hemopneumothorax. The thoracoscopic equipment of the Karl Storz company was used.

Isolated chest injury was found in 126 patients; in 148 patients, a closed chest injury was combined with craniocerebral trauma of varying degrees, in 42 with damage to the abdominal organs, in 62 with fractures of the limb bones and with a complicated fracture of the thoracolumbar vertebrae - in 12.

In 72 (16,7%) patients with multiple rib fractures complicated by bleeding from the intercostal vessels, hemostasis was achieved by clipping the intercostal vessels and bipolar diathermy coagulation. In 54 (12,5%) patients with damage to the visceral pleura and small ruptures of the lung parenchyma, hemostasis was achieved by the imposition of endosutures. Superficial pleural rupture without signs of active bleeding was observed in 84 (19,5%) patients. Rib fractures without pleural damage were diagnosed in 43 (10,0%) patients.

Contusion and hematoma of the lungs were observed in 75 (17,4%), mediastinal organs in 25 (5,8%) patients. In all cases, the pleural cavity is drained. The reason for the conversion (transition to thoracotomy) in 22 (5,1%) patients was a ruptured lung with ongoing bleeding.

The intraoperative complication in the form of bleeding from the intercostal veins at the injection site of the thoracoport was observed in 3 patients in whom hemostasis was achieved by bipolar diathermocoagulation

Twelve (2,8%) patients died from causes unrelated to thoracoscopy (open traumatic brain injury + rib fractures and severe concomitant injury, contusion of the lung and mediastinal organs + fracture of the thoracolumbar spine).

Thus, the use of videothoracoscopy in urgent thoracic surgery made it possible to reduce the percentage of diagnostic errors and shorten the time to establish a diagnosis. The use of videothoracoscopy in polytrauma changes the tactics of treating patients and, in most cases, is an alternative to thoracotomy.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ИНТЕРВЕНЦИЙ В ЛЕЧЕНИИ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПОРТАЛЬНОГО ГЕНЕЗА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Дильдабеков Ж.Б.^{1,2}, Абдурахманов Б.А.^{1,2}, Аймагамбетов М.Б.², Садыков Т.К.², Тауасаров Е.М.²

¹ГКП на ПХВ «Областная клиническая больница УОЗ Туркестанской области», ²АО «Южно-Казахстанская медицинская академия», г. Шымкент, Казахстан

Цель работы – оценка эффективности эндоскопических методов в лечении кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и кардии желудка (ВРВПЖ) у больных циррозом печени (ЦП).

Материалы и методы. Анализируются результаты эндоскопических вмешательств у 50 экстренных больных, при этом у 27 больных произведена эндоскопическое склерозирование (ЭС), у 23 – лигирование (ЭЛ). Мужчин было 31 (62%), женщин – 19 (38%). Согласно классификации степени ВРВПЖ А.Г. Шерцингера (1986) I степень выявлена у 10%, II степень – у 74% и III степень – у 16%. При последовательной обработке

стволов обычно проводили до 4 сеансов ЭС в течение 2–5 недель. ЭЛ ВРВПЖ выполняли натошак, за 30 минут до процедуры проводили промедол 2% – 1,0 внутримышечно, метацин – 1,0 подкожно, реланиум 2,0 – внутримышечно. Всего за сеанс использовали от 4 до 10 лигатур. Число сеансов варьировало от 4 до 6, их проводили с интервалом 5–7 дней до облитерации узлов. Сеансы ЭС завершали установкой зонда-обтуратора для усиления эффекта манипуляции. Для оптимизации лечения ЭС и ЭЛ сочетали с терапией вазоконстрикторами, понижающими давление в системе воротной вены. Применение внутривенно капельно 10 мг 1% спиртового раствора нитроглицерина на 400 мл раствора Рингера со скоростью 10–15 капель в минуту.

Результаты. В ближайшем периоде в группе экстренных больных после ЭС у 9 из 27 отметили рецидивы кровотечения, следовательно, стойкий гемостаз после ЭС сохранялся в 66,7% наблюдений. Рецидив кровотечения возникал в течение одних суток ($n=2$) или на 5–7-й день после ЭС из постсклеротических изъязвлений ($n=7$). У 1 пациента из В – класса, произведена гастротомия с прошиванием ВРВПЖ. Во всех наблюдениях раннего рецидива кровотечения после ЭС источником являлся дефект варикозной вены вне зоны склеротерапии. Остальные 8 больных с ранним рецидивом кровотечения пролечены эндоскопически: 7 – повторным обкалыванием склерозанта, 1 – проведением ЭЛ. У 7 больных рецидив кровотечения развился на 5–6-е сутки после ЭС и был связан с формированием постсклеротических изъязвлений в местах введения склерозанта. Всего в ближайшем периоде на фоне прогрессирующей полиорганной недостаточности умерло 5 (18,5%) больных. Из 5 умерших больных у 4 смерть наступила от полиорганной недостаточности на фоне декомпенсации ЦП. В группе экстренных больных, перенесших ЭЛ ВРВПЖ ($n=23$), ближайший период протекал без осложнений у 20 (86,9%) пациентов. Осложнения в виде рецидива кровотечения отмечены у 3 (13,1%) больных. Рецидив кровотечения возникал в течение первых суток ($n=1$) или на 7–10-й день после ЭЛ ($n=2$). Кровотечение возникло у 1 больного из группы В–С и у 2-х из группы С. Больного удалось спасти введением зонда-обтуратора и паравазальным склерозированием дефекта 0,5% раствором этоксисклерола.

Заключение. Летальность в ближайшем периоде после экстренного ЭЛ составила 8,7% (2 больных) и была связана с рецидивом кровотечения и печеночной недостаточностью на фоне острой кровопотери. Гемостатический эффект метода составила 86,9%. Результаты ЭС и ЭЛ не подлежат сравнению, поскольку в группе склеротерапии число больных ЦП с В–С и С классами в 1,6 раза больше (55,6 против 34,8%) и когда другие методы лечения, включая ЭЛ, больными были непереносимы. Кроме того, летальность после экстренного ЭС составила 18,5% по сравнению с 8,7% при ЭЛ ($p=0,001$). Оптимальным является достижение временного гемостаза на фоне медикаментозной терапии и баллонной тампонады, с проведением лечебных эндоскопических вмешательств в отсроченном порядке, что позволяет стабилизировать общее состояние больного, создать оптимальные условия для осмотра источника геморагии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЕННЫМ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Дильдабеков Ж.Б.^{1,2}, Абдурахманов Б.А.^{1,2},
Аймагамбетов М.Б.², Тауасаров Е.М.², Садыков Т.К.²
¹ГКП на ПХВ «Областная клиническая больница УОЗ Туркестанской области», ²АО «Южно-Казахстанская медицинская академия», г. Шымкент, Казахстан

Цель работы – оценка эффективности и изучение результатов консервативной терапии больных циррозом печени (ЦП), осложненным кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода и кардии желудка (ВРВПЖ).

Материалы и методы. Анализированы результаты лечения 29 экстренных больных ЦП, осложненным кровотечением из ВРВПЖ. Возраст больных колебался от 16 до 83 лет. Согласно классификации степени ВРВПЖ по А.Г. Шерцингеру (1986) II степень эктазии выявлена у 22 (75,9%) больных, III степень патологии – у 7 (24,1%) пациентов. Консервативные мероприятия проводили согласно рекомендациями Ерамищанцева А.К. и соавт. (2006). При этом после выявления ВРВПЖ всем больным незамедлительно устанавливали зонд-обтуратор Сенгстагена-Блекмора с предварительной внутримышечной премедикацией 2%–1,0 раствором промедола или 0,5%–2,0 реланиума. Одновременно продолжали интенсивную инфузионную терапию, назначали гемостатические препараты, а также препараты, снижающие давление в системе воротной вены. С этой целью вводили внутривенно капельно 10 мг 1% спиртового раствора нитроглицерина на 400 мл раствора Рингера со скоростью 10–15 капель в минуту, в суточной дозе 0,43 мг/кг. Применяли также ингибиторы фибринолиза – 5% раствор ϵ -аминокапроновой кислоты по 100 мл и ингибиторы протеаз контрикал в суточной дозе до 60 000 МЕ. По показаниям переливали эритроцитную массу и свежезамороженную плазму. Назначали белковые препараты – альбумин, протеин, солевые растворы, препараты, улучшающие реологические свойства крови. Для коррекции гепатогенной энцефалопатии применяли осмотически активный препарат «Нормазе», в суточной дозе из расчета 1–1,5 мл на 1 кг массы тела. Коррекцию гиповолемии проводили препаратами желатиноль, полиглюкин, альбумин. Для блокировки действия гистамина на проницаемость капилляров назначали антагонисты гистамина – димедрол, супрастин, тавегил. Из гемостатических препаратов применяли 1% раствор викасола по 6 мл/сут, раствор хлористого кальция 10% – 10,0, дицинон по 4 мл, затем по 2 мл через каждые 4–6 часов. По мере стабилизации гемодинамики назначали препараты, улучшающие реологию крови – реополиглюкин, глюкозо-новокаиновую смесь. В комплексной терапии также применяли сердечные гликозиды, гепатопротекторы, витамины, концентрированные растворы глюкозы, глюкокортикоидные гормоны для оказания антиоксидантного действия.

Результаты. В результате комплексной терапии с применением зонда обтуратора из 29 больных получивших консервативные методы лечения, временный гемостаз, достигнут у 27 (93,1%). У 2 больных эффекта от лечения не было, что приве-

ло к летальному исходу в обоих наблюдениях на фоне кровотечения с развитием печеночной недостаточности. Из общего числа больных рецидивы кровотечения развились в 7 (24,1%) наблюдениях, летальность наступила у 9 (31,0%) больных. Из 29 больных с временным гемостазом у 5 отмечены ВРВПЖ III степени. Осложнения после удаления зонда-обтуратора отмечены у 2 (6,9%) больных. Это развитие пролежней слизистой оболочки пищевода (n=1), аспирационная пневмония (n=1). Назначение противовоспалительной терапии у больного с пролежнем слизистой пищевода привело к выздоровлению.

Заключение. Таким образом, при применении консервативных методов временный гемостаз получен у 27 (93,1%) больных, летальность, обусловленная развитием печеночной недостаточности и рецидивами кровотечений, составила 31,0%. Основная роль в достижении гемостаза в комплексе консервативных методов принадлежит зонду-обтуратору, медикаментозная терапия играет вспомогательную роль. У больных с суб- и декомпенсированными ЦП и ПГ, осложненным кровотечением из ВРВПЖ, консервативные методы гемостаза должны явиться терапией «первой линии».

ОПТИМАЛЬНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

**Жакиев Б.С., Суюндиков Т.С., Айтбаева А.М.,
Жарасова А.Б., Актаев Н.Е.**

*НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет
имени М.Оспанова», г. Актобе, Казахстан*

Введение. Результаты хирургического лечения острого деструктивного панкреатита (ОДП) за последние два десятилетия претерпели существенные изменения, что обусловлено дифференцированным подходом к выбору показаний и тактике оперативных вмешательств в зависимости от клинко-патоморфологической формы заболевания.

Цель работы – улучшение результатов лечения больных острым деструктивным панкреатитом на основании оптимизации методов диагностики и лечения стерильного панкреонекроза.

Материалы и методы. В основу работы положены результаты лечения 145 больных со стерильным панкреонекрозом за период с 2011 по 2021 год, в возрасте от 20 до 76 лет. Женщин - 54 (37,2%), мужчин - 91 (62,8%). Сроки с момента заболевания до поступления в клинику составили от 3 до 6 суток. Всем больным при поступлении выполняли ультразвуковое исследование, а в дальнейшем – с интервалом 2-3 сут компьютерная томография (КТ) с болюсным контрастированием. Повторное исследование осуществляли через 7-10 дней. Используя данные компьютерной томографии, проводили оценку поражения поджелудочной железы и окружающих тканей.

Результаты. При неэффективности комплексной консервативной терапии в течение как минимум 3 суток пребывания больных в стационаре выполняли лапароскопию, во время которой определяли степень обширности некротического поражения поджелудочной железы (ПЖ) и выделяли больных с распространенным и ограниченным стерильным панкреонекрозом (ПН). Критериями распространенного панкреонекроза у 59 (41%) больных

считали наличие некротических тканей в более чем одном отделе ПЖ с обязательным вовлечением в патологический процесс клетчатки различных областей забрюшинного пространства (парапанкреальной, паракольной (справа, слева), паранефральной (справа, слева), малого таза и/или клетчаточных структур брюшной полости (брыжеечного аппарата тонкой, толстой кишки, малого и большого сальника). При ограниченном панкреонекрозе ПЖ 86 (59%) больных содержала мелкие (до 1 см) и/или крупные (более 1 см) очаги некроза с формированием области некротической деструкции лишь в пределах какого-либо одного отдела ПЖ и соответствующего ему парапанкреальной клетчатки. С ограниченным стерильным ПН у 86 больных основным и единственным хирургическим пособием являлась лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости. Средняя продолжительность стационарного лечения больных составила $14,02 \pm 0,82$ койко-дней. Летальный исход отмечен в одном случае - от тромбоэмболии легочной артерии. При распространенном стерильном панкреонекрозе у 17 больных из 59 проводились повторные лапароскопические санации (11 – двукратно, 6 – трехкратно) и удалось достичь отчетливого клинического эффекта. Средняя продолжительность стационарного лечения больных составила $17,06 \pm 0,93$ койко-дней. У остальных 42 больных при повторной лапароскопии выявлен переход стерильного некроза в инфицированную форму. Эти больные оперированы открытым способом – лапаротомия, оментопанкреатобурсостомия, люмботомия, сквозное дренирование сальниковой сумки, санация. В послеоперационном периоде проводили программируемые лапарооментобурсосанации (двукратно – 8, трехкратно – 22, четырехкратно и более – 12). Летальный исход наблюдался у 13 (30,9%) больных, из них 10 от прогрессирующего эндотоксикоза и абдоминального сепсиса, 2 – от аррозивного кровотечения и 1 – от высокого тонкокишечного свища. Средний срок пребывания больных в стационаре составил $35,4 \pm 1,48$ койко-дней.

Заключение. Оптимальной хирургической тактикой при остром деструктивном панкреатите является дифференцированный подход к выбору показаний и характеру оперативных вмешательств в зависимости от клинко-патоморфологической формы заболевания.

ADVANTAGES OF LAPAROSCOPIC APPENDECTOMY

Iskhakov N.B., Iskhakov B.R., Robiddinov J.B.

*Namangan branch of the Republican emergency medical service,
Namangan, Uzbekistan*

In emergency surgery, the diagnosis and treatment of acute appendicitis have been and remains one of the urgent problems. The use of laparoscopy made it possible to reach a new level in the diagnosis of various forms of acute appendicitis and promptly resolve surgical treatment in the most difficult diagnostic cases.

Over the past ten years, 9818 patients were operated on for acute appendicitis in the Namangan branch of the RSCEMA, of which 1663 patients underwent laparoscopic appendectomy, which amounted to 16,9%. Of the 1663 patients operated on for acute appendicitis by the laparoscopic method, 701 (42,2%) men and 962

(57,8%) women aged from 5 to 67 years. Pediatric and adolescent patients accounted for 24,3% (404 patients). When studying the path of hospitalization, it was revealed that 673 (40,5%) patients were delivered by ambulance, 907 (54,5%) by gravity, and referral from the clinic - 83 (5%).

Up to 6 hours, 404 (24,3%) patients were admitted, within 7-24 hours 934 (56,2%) and more than 24 hours - 325 (19,5%). The appendectomy was completed by the laparoscopic method in 1447 (87%) patients; the transition to the traditional way was performed in 179 (10,7%), to the central midline laparotomy in 37 (2,3%). The reasons for the conversion were retrocecal, retroperitoneal location of the appendix, widespread peritonitis, periappendicular abscess.

By the nature of inflammatory changes: catarrhal appendicitis was detected in 97 (5,8%) patients, phlegmonous - 1151 (69,2%), gangrenous - 262 (15,8%). Periappendicular abscess was diagnosed in 20 (1,2%) patients, and empyema of the appendix in 133 (7,9%). The introduction of diagnostic laparoscopy and laparoscopic operations made it possible to reduce the number of unsupported operations. As a rule, all laparoscopic appendectomies were performed after confirmation of the diagnosis during a diagnostic laparoscopy.

We used a laparoscopic stand made by Karl Storz and Horman in which the first one is in 10mm. The trocar for the laparoscope was inserted supraumbilically. The second one will be in 10 mm. a trocar for removal of the appendix was inserted along with the McBurney point on the right. Third, 5mm. a trocar for the manipulator was introduced by puncture of the left iliac region.

The duration of the operation ranged from 20 minutes to 35. The abdominal cavity was sanitized with saline or furacilin solution using an irrigoaspirator «BRUSAN.» The pelvic cavity and the right iliac region were drained only in diffuse peritonitis every 10 mm trocar on the right. The intraperitoneal method of processing the mesentery and stump of the appendix using the ligature method was used in children.

Extraperitoneal processing of the mesentery and stump of the appendix by the immersion method was used in most patients. At the diagnostic stage of laparoscopy, only one 10 mm was used when the chew-like process was available for review. A feature of laparoscopically augmented appendectomy (LDA) was the expansion of the trocar wound with the parietal peritoneum up to 1,5-2 cm and the extraction of the appendix into the damage. Atypical location of the appendix with a mobile cecum was found in 5 patients. In all, the operation was completed laparoscopically with an additional 10 mm insertion. Trocar through the epigastric left and right hypochondrium regions.

Relaparoscopy to diagnose postoperative intra-abdominal complications and debridement in continuing peritonitis was used in 18 (1,1%) patients. Complications after laparoscopic appendectomy were observed in 128 (7,7%) patients. In 24 cases (1,4%), there was a suppuration of the surgical wound; in 36 (2,2%), there was infiltration in the injury. There were no deaths after laparoscopic appendectomy. The average bed-day was 2,8 days.

Thus, emergency laparoscopy allows timely verification of the diagnosis of acute appendicitis and an adequate video laparoscopic intervention, which has an undoubted advantage over traditional operations. (Low invasiveness, pharmacoeconomic and cosmetic effect). We believe that laparoscopically augmented appendectomy can be used in the treatment of acute appendicitis.

SANATION VIDEOLAPAROSCOPY IN PANCREATOGENIC PERITONITIS

Iskhakov N.B., Iskhakov B.R., Alizhanov A.A.

Namangan branch of the Republican emergency medical service, Namangan, Uzbekistan

Over the past ten years, in the complex treatment of 52 patients with destructive pancreatitis (DP), we have included the technique of laparoscopic video sanitation (VLS) of the abdominal cavity + intra-aortic antibiotic therapy.

DP was established in all patients during laparoscopy, including in 21 - a subtotal lesion of the body and tail of the pancreas (RV) with large-focal hemorrhagic necrosis of parapancreatic tissue, in 12 - fatty necrosis, mainly of the head and body of the RV with massive infiltration and imbibition of the hepatoduodenal ligament, perirenal and paracolic tissue, in 19 - small focal and mixed necrosis of the body and tail of the pancreas with infiltration and imbibition of the mesentery root of the transverse colon and parapancreatic tissue.

In the course of VLS, 30 patients (first group) underwent several interventions: aspiration of exudate and sanitation with antiseptics, drawing of drainage tubes in an amount from 3 to 5 into sloping places of the abdominal cavity; novocaine blockade of the mesentery root of the transverse colon, parapancreatic tissue and the round ligament of the liver, debridement, and drainage of the omental bursa (SS) (14), laparoscopic cholecystostomy in the presence of biliary hypertension (3), laparoscopic cholecystectomy (LCE) in the destruction of the gallbladder, LCE with external drainage of the common bile duct through the stump of the cystic duct (2), transition to laparotomy and removal of necrotic areas of the pancreas (7).

In 22 (second group), during VLS, the spread of pancreatonecrosis is established, active aspiration of enzymatic effusion, sanitation, and drainage of sloping areas of the abdominal cavity for peritoneal lavage according to indications, cholecystostomy or LCE with decompression of the biliary ducts is carried out. At the same time, in no case were active interventions performed in the pathological process area (dissection, drainage, and tamponation of the SS, necrosectomy from the pancreas, retroperitoneal tissue (PCF), etc.). A single IVL was performed in 10 patients, two times - 6, three times - 4, four times - 2.

In patients of the first group (30), VLS and intra-aortic catheter therapy turned out to be effective and allowed to achieve relief of the inflammatory process in 23 (76,7%). In 7 (23,3%), the zones of necrosis of the pancreas and PCD were infected. These patients underwent traditional «open» operations programmed. 4 (13,3%) patients died after surgery. In patients of the second group (22), we did not observe the progression of pancreatonecrosis and retroperitoneal sequestration.

It should be noted that this tactic was effective in all patients of the second group. There were no complications or deaths. In our opinion, such results in patients of the second group are associated precisely with the minimum volume of interventions in the area of necrotic foci of the pancreas and PCD.

Thus, the results suggest that even destructive pancreatitis diagnosed upon admission is not always an indication for urgent

surgery. The use of advanced technology - laparoscopic video sanitation and primary pathogenetic therapy - will naturally decrease mortality in this severe category of patients.

ANALYSIS WITH PROGRAMMED LAPAROSCOPIC SANITATION OF THE ABDOMINAL CAVITY IN PATIENTS WITH POSTOPERATIVE PERITONITIS

**Iskhakov B.R., Iskhakov N.B., Kuldashev D.T.,
Yokubjonov U.Kh.**

*Namangan branch of the Republican emergency medical service,
Namangan, Uzbekistan*

From 2000 to 2020, in the Namangan branch of the NBREMS, programmed video laparoscopic abdominal sanitation (PVPS) for postoperative peritonitis (POP) was performed in 145 patients, aged 14 to 77 years.

In 17 patients at the diagnostic stage of laparoscopy, serous, serous-fibrinous exudate was detected in an amount of 100 to 500 ml. In this category of patients, the diagnosis was excluded; progressive POP and laparoscopy were completed by aspiration of exudate, drainage of the corresponding areas of the abdominal cavity.

One-time video-laparoscopic sanitation was performed in 116 patients, two times - 20, three times - 6, four times - 3. The duration of the sanitation laparoscopy was varied from 20 to 35 minutes. The choice of the method of anesthesia and the achievement of its adequacy was carried out on the basis of an assessment of the severity of the patient's condition according to the Maygemy sky peritoneal index.

All patients received intravenous calypso-sibazon anesthesia for spontaneous breathing. For premedication, intramuscular administration of 0,01 mg/kg of atropine, 0,3 mg/kg of diphenhydramine and 0,3 mg/kg of promedol was used. Induction into anesthesia was carried out by administering sibazon (10 mg) and calypso (2 mg/kg). Maintaining general anesthesia was achieved by fractional administration of calypsol (1/2 of the initial dose) with an interval of 10-15 minutes.

The assessment of the adequacy of general anesthesia was carried out based on a complex of clinical and physiological data: systolic and diastolic blood pressure, heart rate, central venous pressure, ECG, and diuresis control.

After induction doses of calypsol and sibazon, there was an increase in systolic and diastolic blood pressure by 10-15 mm Hg, which was maintained throughout the entire sanitation stage. After induction, the heart rate increased by 8-10 beats per minute, and it remained stable, not exceeding the initial level during the entire PVLS stage. For adequate sanitation of the abdominal cavity, the transition to relaparotomy (laparotomy after laparoscopic operations) was carried out in 14 (10,2%) patients. These patients underwent intubation anesthesia with the use of muscle relaxants.

Thus, the obtained data suggest that intravenous calypsol-sibazonic anesthesia is controlled and provides the main components of anesthetic protection during programmed video laparoscopic sanitation of the abdominal cavity.

LAPAROSCOPIC SUTURE OF PERFORATIVE GASTRODUODENAL ULTRASONS

Iskhakov B.R., Alizhanov A.A.

*Namangan branch of the Republican emergency medical service,
Namangan, Uzbekistan*

For the period from 2000 to 2020. One thousand five hundred sixty-two patients with perforated gastroduodenal ulcers aged from 10 to 60 years were operated on in the Namangan branch of the NBREMS.

Traditional laparotomic suturing of the perforated gastroduodenal ulcer was performed in 1330 (85,4%) patients, and the laparoscopic method was used in 232 (17,4%). Of the 232 patients operated on by the laparoscopic technique, there were 209 (90,1%) men and 23 (9,9%) women.

The time from the moment of perforation to the operation ranged from 3,5 to 12 hours. A perforated ulcer was localized in the duodenal bulb in 227 (97,8%) patients, in the stomach in 5 (2,2%) patients. In all patients, the perforated hole was localized on the anterior wall of the duodenal bulb or in the pylorus. The defect size is in the range from 4 to 8 mm. with an ulcerative-infiltrative shaft around up to 10-15 mm.

The patients admitted within the period from 6 to 12 hours revealed: local peritonitis in 50, unlimited local - 56, diffuse - 25. The nature of the peritoneal exudate was fibrinous, fibrinous-bile in an amount of 300 to 1200 ml.

In 14 (6,0%) patients covered with a round ligament of the liver, gallbladder, perforation of duodenal ulcers presented in more than 12 hours (with negative radiological signs of free gas and lack of free fluid in the abdominal cavity during ultrasound), the diagnosis was made during a diagnostic laparoscopy.

We used a Karl Storz laparoscopic stand. Suturing of the perforated hole was performed with an atraumatic needle, straightening it to pass through the 10/5 mm adapter. We used mainly nylon 3/0. To achieve tightness in 22 (9,5%) patients, it took two interrupted sutures. In 14 (6,0%) cases, we used a spiral Malkov needle to suture the ulcer defect. In other cases, one row of interrupted sutures was applied with tamponade with a strand of the greater omentum. The node was formed intracorporeally.

The duration of the operation ranged from 30 minutes to 60 minutes. The abdominal cavity was sanitized using an irrigoaspirator. Tubular control drainage into the subhepatic space was left for 1-3 days, and the small pelvis was drained only in case of diffuse peritonitis after 10 mm. trocar on the left. Conservative antiulcer therapy, including antisecretory and anti-Helicobacter drugs, began in the early postoperative period. The nasogastric tube was removed, and liquid food was started on the 3rd day.

Conversion laparotomy was performed in 22 (9,5%) patients with perforated performative duodenal ulcers admitted within 12 hours with concomitant pathologies (diabetes mellitus, perforation of disintegrating gastric cancer, old age). Relaparoscopy was performed in 4 patients at 3 and 7 days after surgery with ongoing peritonitis and early postoperative adhesive intestinal obstruction. Relaparoscopy was completed in 3 patients by laparoscopic sanitation of the abdominal cavity with repeated drainage of the

corresponding areas of the abdominal cavity and dissection of adhesions, restoration of intestinal patency.

With the failure of the sutures of the sutured duodenal ulcer by widespread purulent peritonitis, a conversion laparotomy was performed in one patient. Postoperative complications in the group of patients undertaken for laparoscopic suturing were observed in 7 (3,01%) patients, in the group operated on by the traditional method in 56 (4,2%). 3 (1,3%) patients died after laparoscopic operations, 52 (3,9%) after traditional operations.

The cause of mortality in patients: ongoing peritonitis, transmural myocardial infarction complicated by left ventricular failure, multiple organ failure associated with diabetes mellitus, and stroke. The average bed-day after laparoscopic suturing of gastroduodenal ulcers was 4,3, while with laparotomic suturing, it was 7,5.

Thus, the laparoscopic video technique contributes to the timely diagnosis of covered and atypically flowing perforated gastroduodenal ulcers and can take the central place in the treatment of uncomplicated perforated pyloroduodenal ulcers.

HYDROPRESSIVE IRRIGOASPIRATION IN LAPAROSCOPIC SANITATION IN PATIENTS WITH POSTOPERATIVE PERITONITIS

**Iskhakov B.R., Alijanov A.A., Iskhakov N.B.,
Robiddinova D.B., Dadaboev A.U.**

*Namangan branch of the Republican emergency medical service,
Namangan, Uzbekistan*

Over the past decades, a fundamentally new direction in conducting minimally invasive surgical procedures using video-laparoscopic techniques has been formed in surgical practice. Postoperative laparoscopy and diagnosing postoperative peritonitis (POP) make it possible to influence the course of the inflammatory process in the abdominal cavity (Bulynin V.I., Glukhov A.A., 1999., Konstantin Frantzaides, 2000).

In practice, to improve the results of treatment of patients with postoperative peritonitis, we have applied the method of laparoscopic video sanitation (VLS) of the abdominal cavity using the PULSAVAC apparatus manufactured in the USA. Hydropressive technologies are based on the local use of high-pressure antiseptic solutions to treat the abdominal cavity.

For postoperative laparoscopy we used a Karl Storz laparoscopic stand. The study was carried out intravenously, less often by intubation anesthesia, and in all cases, anesthesia was achieved sufficient for sanitation of the abdominal cavity.

Methodology. Clamps were preliminarily applied to the drainage tubes left during the first operation and sealing sutures around the drainage tubes. The trocar for the laparoscope was inserted supraumbilically, removing one skin-aponeurotic suture using a 10 mm metal guide. The value of carboxyperitoneum was 8-10 mm Hg. The pathological exudate was sequentially aspirated, and fibrinous overlays were removed. With widespread peritonitis, to facilitate the removal of exudate, the operating table was given maximum deviations in the head, leg, and lateral directions. To sanitize the abdominal cavity, the irrigation aspirator is connected with sterile hoses to the PULSAVAC device.

FLS with hydropressive technology for EPP was performed in 72 (out of 85) patients. The transition to relaparotomy (laparotomy after laparoscopic operations) was carried out in 10 (7,2%) patients. The reasons for the conversion were massive viscerovisceral adhesions, widespread purulent peritonitis, necrosis of the hollow organ wall, and the need for nasointestinal intubation of the intestine.

The dynamics of peritonitis determined the frequency of laparoscopic debridement in the postoperative period. A single IVS was performed in 59 patients. Programmable VLS was performed in 13 patients: two times - 8 patients, three times - 4, four times - 1. A total of 72 patients underwent 91 IPL.

Complications in the form of subcutaneous emphysema and supuration of trocar wounds were observed in 5 patients.

The advantage of the PULSAVAC device is that it delivers the antiseptic solution in a pulsating mode under high pressure (2-4 kg/cm²). The required solution supply pressure is regulated by the knob on the front panel of the device. When a pulsating stream of fluid is directed into the interloop spaces, the pockets in the abdominal cavity have a separating effect on loose viscerovisceral adhesions, removes fibrinous overlays and fixed blood clots from the surface of the peritoneum. One laparosanation session consumed an average of 5 to 12 liters of antiseptic liquid.

Thus, video-laparoscopic sanitation of the abdominal cavity using hydropressive technology allows for targeted non-traumatic complete removal of pathological exudate from the abdominal cavity, eliminating the need for a wide laparotomy. This technique is an alternative to such traumatic methods of treating patients with EPP as relaparotomy, programmed relaparotomy.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПАРЕЗ КИШЕЧНИКА, ПРОФИЛАКТИКА И КОРРЕКЦИЯ

**Карсакбаев У.Г.¹, Гайноллина Г.Г.¹, Суиндыков Т.С.²,
Карсакбаев А.У.¹, Байжекенов Т.¹**

*¹НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет
имени М.Оспанова», г. Актобе, Казахстан,*

*²ГКП на ПХВ «Актюбинский медицинский центр»,
г. Актобе, Казахстан*

Цель работы – оптимизация методов комплексной профилактики и коррекции послеоперационного пареза кишечника у беременных и родильниц после операций по поводу острой хирургической патологии, на основании данных литературы и собственного опыта.

Материал и методы. В рамках работы Центра по оказанию неотложной хирургической помощи беременным и родильницам произведен сравнительный анализ влияния полиионных растворов на основе многоатомных спиртов в виде препарата Сорбилакт и традиционных (неинвазивных) способов коррекции нарушений моторно – эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта в послеоперационном периоде у 138 пациентов с острой хирургической патологией у данной категории больных.

Результаты. По результатам исследования моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта было под-

тверждено, что исходно перистальтика ЖКТ имели хаотичный характер, были значительно замедлены, вплоть до полного их отсутствия.

После первой процедуры введения сорбилакта отмечались усиления активности кишечника. Однако, они были непродолжительными (7–8 часов) и неустойчивыми. Вторая процедура введения сорбилакта, на фоне стандартизированной базовой медикаментозной и инфузионной терапии, способствовала улучшению сократительной способности верхних отделов пищеварительного тракта, проявившаяся появлением отчетливых клинических признаков восстановления моторно-двигательной активности кишечника (перистальтические шумы, отхождение газов), которые полностью нормализуются к 2-3 сутки.

Положительная динамика моторно–эвакуаторной функции кишечника коррелировала с позитивными изменениями общего состояния больного.

С профилактической целью в первые 6 часов послеоперационного периода вводили Сорбилакт, к концу 1-х и отмечали меньшее вздутие живота, в отличие от больных, которые для разрешения послеоперационного пареза кишечника получали традиционное лечение. К тому же у этих больных отмечалась более отчетливая перистальтика к началу 2-х суток послеоперационного периода.

Заключение. В результате проведенных исследований мы пришли к следующим выводам:

1. У беременных и родильниц после операций по поводу острой хирургической патологии, применение полиионных растворов на основе многоатомных спиртов в виде препарата Сорбилакт в комплексной терапии в раннем послеоперационном периоде показывает его высокую эффективность в профилактике и коррекции функциональных моторно-эвакуаторных нарушений кишечника.

2. Патогенетически обоснованной программой профилактики и лечения парезов кишечника у беременных и родильниц после операций по поводу острой хирургической патологии, упреждающий характер применения полиионных растворов на основе многоатомных спиртов в виде способствует раннему восстановлению функций желудочно-кишечного тракта и предупреждает развитие осложнений в послеоперационном периоде.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО НАЛОЖЕНИЯ ГАСТРОПАНКРЕАТОЦИСТОСТОМЫ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Кожухметов С.К.¹, Доскалиев Ж.А.²,
Рустемова К.Р.¹, Турсынбаев Н.Н.²,
Исмаилов А.Ж.²

¹НАО «Медицинский университет Астана», кафедра хирургических болезней с курсами кардиоторакальной хирургии и ЧЛХ, г. Астана, Казахстан,

²ГКП на ПХВ «ГМБ №2, г. Астана», Казахстан

Актуальность. Острый деструктивный панкреатит является одной из важнейших проблем неотложной хирургии органов

брюшной полости. Заболевание по данным различных авторов характеризуется неуклонным ростом, увеличением частоты осложнений и высокой летальностью. Причем, при деструктивной форме панкреатита летальность без учета клинической формы составляет 20-45%, и достигает при инфицированном панкреонекрозе 85%, а при фульминантном течении заболевания - 100% (Ермолов А.С., Иванов П.А., Благостнов Д.А., и др. 2013). Одним из осложнений острого деструктивного панкреатита является формирование ложных кист и чаще всего в сальниковой сумке. Необходимо отметить, что выпот в последней появляется уже в первые сутки заболевания, который имеет тенденцию к распространению в забрюшинное пространство.

Цель исследования - клиническая оценка эффективности формирования эндоскопической гастропанкреатоцистостомии при деструктивном панкреатите у тяжелых больных.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе ГКП на ПХВ «Городская больница №2 г. Астана». Все пациенты при поступлении обследованы в соответствии с клиническим протоколом «Острый панкреатит» (Протокол № 60, МЗ РК от 29 марта 2019 г.). За период с 2020 по 2023 г. нами 59 больным с острым деструктивным панкреатитом проведены различные вмешательства с использованием эндоскопической техники. Причем, у 5 из них в результате формирования ложных кист поджелудочной железы произведена эндоскопическая гастропанкреатоцистостомия, в том числе у трех пациентов она сочеталась с установкой дренажа. Было прооперировано мужчин – 5 и женщин – 3. Средний возраст составил 47,1±1,2 лет.

Эндоскопическую гастропанкреатоцистостомию выполняли с помощью фиброгастроскопа фирмы «Олимпус». После визуальной ревизии полости желудка на задней стенке препилорического отдела (ориентиром явился пилорический угол) проводили коагуляцию всех слоев органа до появления жидкого отделяемого из кисты. Далее проводили поперечное рассечение стенки желудка до 4 сантиметров с одновременной эвакуацией содержимого кисты. С целью профилактики облитерации сформированного соустья в просвет кисты устанавливали дренаж «Пиктейля». Последний проводили под визуальным контролем с помощью струны-проводника (double pigtail) диаметром 10 Fr и длиной 10 см. Содержимое кисты как правило собирали в стерильный шприц для цитологического, микробиологического и биохимического исследования. Динамический контроль состояния кисты проводили с помощью УЗИ и МРТ. Дренаж из полости кисты удаляли после полной облитерации полости кисты.

Результаты. Ближайшую клиническую эффективность эндоскопического формирования гастропанкреатоцистостомии пациентам с тяжелым состоянием с острым деструктивным панкреатитом оценивали по изменениям гомеостаза в целом и лабораторным данным. После проведения эндоскопического вышеописанного вмешательства постепенно стали регрессировать синдром полиорганной недостаточности вызванной интоксикацией и высокой ферментемии. Это проявлялось улучшением общего состояния и показателей лабораторных данных.

В непосредственном послеоперационном периоде осложнений, связанных с вмешательством, не наблюдали. По данным динамического УЗИ и МРТ объем панкреатической кисты на 3 сутки был уменьшен в 4 раза и на 6 сутки он был незначительным от исходного уровня. В 3 наблюдениях через 2 недели

сформировалась панкреатическая киста в результате полной облитерации соустья. Для профилактики последней у 3 пациентов устанавливали дренажи «Пиктейля» и их удаляли после полной облитерации полости кисты.

Выводы. На основании анализа результатов использования первых клинических опытов эндоскопической гастропанкреато-цистостомии предполагаем возможным сделать следующие выводы:

Эндоскопическая гастропанкреатоцистостомия показана больным с деструктивным панкреатитом с тяжелыми полиорганными нарушениями в результате выраженной интоксикации и септического состояния, а также синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови.

Эндоскопическая гастропанкреатоцистостомия на фоне активной консервативной терапии, позволяет купировать патологический процесс и избежать открытых оперативных вмешательств.

Наряду с вышеизложенным, экономическая эффективность выражалась в уменьшении показателя «Средняя продолжительность пребывания пациента в стационаре», которая составила 17,02 суток.

ЧАСТЫЕ ПРИЧИНЫ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

**Мадьяров В.М., Амантаева К.К.,
Кузиков М.А., Темиргалиев З.С.**

*Казахстанско-Российский медицинский университет, кафедра хирургии с курсом анестезиологии и реанимации,
г. Алматы, Казахстан*

Несмотря на достижение современной хирургии, все еще наиболее грозной патологией в urgentной хирургической практике остается острая кишечная непроходимость, летальность при которой составляет от 13 до 26%. Это требует серьезно изучения причин неблагоприятных исходов и поиска новых более совершенных методов диагностики, хирургического лечения, интенсивной предоперационной и послеоперационной терапии.

Частота спаечной кишечной непроходимости в среднем составила 70%, с колебаниями в различные годы от 65 до 73%. Отмечается неуклонный рост обтурационной толстокишечной непроходимости на почве злокачественных опухолей (от 1,8% в 1959–1963 гг. до 10–14% в последние годы), тогда как частота других форм ОКН пребывает на стабильном уровне. Так, странгуляционные формы ОКН в 1959–63 гг. составляли 6,5%, в последующие годы колеблются в пределах 3,2–3,8%.

Под нашим наблюдением находилось 131 пациент с острой кишечной непроходимостью. Мужчины составили 44%, женщины – 56%, в возрасте от 12 до 96 лет.

Основной метод обследования – обзорная рентгеноскопия брюшной полости, по показаниям – контрастное исследование тонкой кишки (пассаж), использование контрастных меток по Ю. Л. Шалькову, при толстокишечной непроходимости – ирригоскопия и –графия.

На основе анализа лечения 2780 больных с острой кишеч-

ной непроходимостью изучены причины неблагоприятных исходов. Это атипичность и стертость клинической картины, рост доли обтурирующих толстую кишку опухолей, позднее поступление больных, переоценка эффективности консервативной терапии, фактические и тактические ошибки в дооперационном, интраоперационном и послеоперационном периодах.

ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫМИ ВЕНАМИ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

**Мукушев М.М., Акатаев Н.А., Жумабаев М.Н.,
Нурбаева Д.С., Абди Ж.О., Нурманов К.Ж.**

Западно-Казахстанский медицинский университет имени М.Оспанова, г. Актобе, Казахстан

Актуальность. Наиболее значимыми осложнениями цирроза печени считаются портальная гипертензия и кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ). Смертность от кровотечения достигает 8%. Даже если кровотечение из ВРВПЖ остановлено, более чем у 60% пациентов оно рецидивирует, а смертность от повторного кровотечения составляет 78%.

В настоящее время имеются 3 основных метода лечения портальной гипертензии: оперативное лечение, эндоваскулярные вмешательства и эндоскопическое лечение.

Оперативные методы лечения имеют свои ограничения: инвазивность, послеоперационные осложнения, включая тромбоз воротной вены, травматизация слизистой желудка и гастростаз, энцефалопатия и прогрессирование печеночной недостаточности. В этой связи оперативные вмешательства не являются методом выбора первой линии для пациентов с кровотечением из ВРВПЖ, а для больных с печеночной недостаточностью ПН класса В и С по Child –Pugh считаются противопоказанными.

Малоинвазивные методы включают эндоскопическую склеротерапию, лигирование, эндоваскулярное трансюгулярное внутривенное портосистемное шунтирование, эндоваскулярную чрескожно-чреспеченочную эмболизацию гастроэзофагеальных варикозов.

Эндоскопические вмешательства эффективны в профилактике и лечении кровотечений из вен пищевода, но они не являются способом декомпрессии портальной гипертензии, и выполнение их достаточно сложно при варикозных венах пищевода с переходом на желудок или изолированных поражениях. Эффективным методом снижения портального давления и профилактики повторных кровотечений является трансюгулярное внутривенное портосистемное шунтирование (TIPS), но в послеоперационном периоде может прогрессировать печеночная недостаточность и энцефалопатия (до 29%). Поэтому TIPS не рекомендуется в качестве метода первого выбора для предотвращения повторного кровотечения. Ее скорее применяют при рецидивирующих кровотечениях после других малоинвазивных методов. Эндоваскулярная редукция селезеночного кровотока эффективна у пациентов с гиперспленизмом

Цель исследования - определить эффективность эндоваскулярных методов лечения и профилактики кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка.

Материал и методы. В многопрофильной областной больнице в рамках мастер класса выполнена эмболизация ВРВПЖ 5 больным. Основным критерием отбора больных было наличие цирроза печени с кровотечением из ВРВПЖ в анамнезе. Во всех случаях портальная гипертензия имела характер внутривенного блока, т.е. цирроз печени, причиной которого в 86% случаев был вирусный гепатит, в 14% – ассоциация алкогольного и вирусного гепатитов.

Пункцию ветвей воротной вены осуществляли под местной анестезией при задержке дыхания из 7-8-9 межреберья по средней подмышечной линии справа. Эмболизацию проводили введением в качестве эмболов: металлических спиралей, гемостатической губки в сочетании со склерозирующими веществами, такими как 96% этиловый спирт, 3% тромбовар. Контроль качества эмболизации осуществлялся путем повторной портографии.

Результаты. Постэмболизационный период протекал относительно удовлетворительно. У 2 (40%) пациентов впервые 2-е суток больные отмечали тянущие, тупые боли в правом подреберье и эпигастральной области, которые купировались введением нестероидных анальгетиков. Таких осложнений как кровотечение в брюшную полость и тромбоз воротной вены и мезентериальных сосудов не наблюдалось.

Заключение. Эндovasкулярные методы лечения высокоэффективны, поскольку результаты именно этих операций в последние годы дают надежную гарантию профилактики кровотечения из ВРВПЖ. Чреспеченочные эндovasкулярные вмешательства являются методом выбора профилактики и лечения кровотечений из ВРВП у больных с циррозом печени.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ЯЗВЕННОГО ГЕНЕЗА

Оразалин Б.Ж., Келимбердиев М.С., Амангельдиев М.А., Султанов Р.А.

НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова», г. Актюбе, Казахстан

Актуальность. В числе неотложных хирургических патологий пациенты с язвенными гастродуоденальными кровотечениями (ЯГДК) по разным источникам составляют 8,2-11,4%. Общая летальность остается на уровне 5-12%, а послеоперационные осложнения при операциях по поводу ЯГДК наблюдаются в 31,9% случаев, послеоперационная летальность при этом находится в пределах 10,5%. В этой связи проблема достижения надежного гемостаза при гастродуоденальных кровотечениях язвенной этиологии на сегодняшний день, по-прежнему, актуальна.

Цель работы – улучшение результатов лечения гастродуоденальных кровотечений язвенного генеза.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 350 пациентов (n=350) с ЯГДК, пролеченных в Актюбинской области в период с января 2020 г. по июнь 2021 г. Мужчин 262, женщин 88. Средний возраст пациентов составил 59±18 лет. По локализации кровоточащие язвы желудка отмечены в 127 случаях (36,3%), язвы двенадцатиперстной кишки в 218 случаях

(62,3%), в сочетании - 5 случаев (1,42%). В зависимости от вида лечебной тактики пациенты распределены на 2 группы. В первой группе применены традиционные методы лечения, включая хирургические операции (n=222 пациента), во второй комбинированный эндоскопический гемостаз + ингибиторы протонной помпы (n=128 пациентов).

Результаты. В первой группе Forrest 1a наблюдался в 8 случаях (3,6%), далее Forrest 1b – 64 (28,8%), Forrest 2a - 32 (14,4%), Forrest 2b – 114 (51,35%), Forrest 2c - 4 (1,8%). Случаи рецидива кровотечения отмечены в 38 случаях (17,1%). Проведено 28 операций, из них 6 повторных. Оперативная активность составила 12,6%. Следует отметить, что основная доля пациентов в этой группе приходится на Forrest 2b, где язвенное кровотечение менее интенсивно и носит эпизодический характер. Несмотря на это летальность в этой группе составила - 3 пациента (1,3%), послеоперационная летальность – 3(10,7%). Рецидивы кровотечения имели место в 36 случаях (16,2%).

Во второй группе (2) Forrest 1a наблюдался у 12 пациентов (9%), Forrest 1b – 77 (60%), Forrest 2a – 35 (27%), Forrest 2b – 4 (3%). Рецидивы кровотечения отмечены в 7 случаях (5,5%). Неэффективность консервативного гемостаза в 5 случаях (3,9%). Проведено 4 операции. Оперативная активность составила 3,1%. В этой группе не отмечено летальных исходов.

Заключение. Комбинированный эндоскопический гемостаз (инфильтрационное обкалывание, аргоно-плазменная коагуляция, термо-электрокоагуляция, клипирование, клеевая аппликация и т.д.) в сочетании с лекарственной терапией препаратами группы ингибиторов протонной помпы, как отмечено в этой работе, позволил снизить случаи рецидивов кровотечения не менее чем в 4 раза, что в свою очередь дало возможность избежать вынужденных операций и связанных с ними тяжелых осложнений.

МЕТОД УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ОЦЕНКИ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ УЩЕМЛЕННОЙ КИШКИ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Пулатов Д.Т., Пулатов М.М., Шукуров Б.И., Яров Ж.Б., Иброхимов М.Ё.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, г. Ташкент, Узбекистан

С целью оценки информативности УЗИ в диагностике острой кишечной непроходимости (ОКН) были отобраны 50 больных с клиникой илеуса. При УЗИ диагностике ОКН использовали 5 основных критериев, которые характеризуют как морфологическую, так и функциональное состояние кишки: наличие расширенных петель, нарушения перистальтических движений, расширение стенки кишки, появление и расширение складок слизистой оболочки кишки, наличие свободной жидкости в брюшной полости. В зависимости от выраженности этих признаков морфофункциональные изменения стенки кишки были разделены на три категории: неосложненная стенка кишки, отек стенки кишки, некроз стенки кишки.

На рентгенограммах брюшной полости и интраоперационно результаты УЗИ были подтверждены у 47 (94%) из 50 больных, в том числе наличие ОКН была подтверждена у 28 (56%) па-

циентов, отсутствие ОКН – у 19 (38%). Из числа 28 больных с подтвержденной ОКН наличие «неизменной стенки» кишки (изменение цвета кишки без нарушения ее перистальтики и пульсации сосудов) констатировано у 12 пациентов, «обратимый отек стенки» (восстановление цвета, перистальтики и пульсации кишки после устранения непроходимости) – у 14 и некроз кишки – у 2 пациентов.

У 1 пациента с ложноположительным результатом УЗИ на диагностической лапароскопии был выявлен туберкулезный энтероколит без явлений ОКН. У 2 пациентов, у которых УЗИ не смог найти сонографические признаки ОКН (ложноотрицательный результат), по данным рентгенологического обследования и последующей операции была выявлена спаечная ОКН без нарушения жизнеспособности кишки.

Все 12 больных с УЗ-признаками «неизменной стенки» кишки были подвергнуты успешному лапароскопическому рассечению спаек.

Из числа 14 больных с «обратимым отеком стенки» 6 пациентам удалось выполнить лапароскопическое рассечение спаек, еще у 4 пациентов операция начала с диагностической ВЛС с последующей конверсией в лапаротомию и в 4 случаях выполнена первичная открытая операция. Во всех 14 случаях с истинно положительным результатом «обратимый отек стенки» операция была завершена рассечением спаек без резекции кишки.

2 больных с УЗ-признаками некроза кишки были оперированы в экстренном порядке без предварительного применения консервативных мероприятий. В обоих случаях был подтвержден некроз кишки и была выполнена резекция соответствующего сегмента органа. В выявлении признаков ОКН УЗИ имеет чувствительность 93,33% (95% ДИ 82,7-96,5%, LR+ 18,67) и специфичностью 95,0% (95% ДИ, 79,1–99,7%, LR– 0,07), с PPV (положительное прогностическое значение) 96,6% и NPV (отрицательное прогностическое значение) 90,5% в диагностике кишечной непроходимости.

У всех 12 больных с сонографическими признаками неизменной стенки кишки операцию начали с применения лапароскопии. Показатель конверсии в этой группе пациентов составил 25,0% (3 случая), а у остальных 9 (75,0%) больных ОКН удалось ликвидировать эндовидеохирургическим способом.

Значительно более осторожно лапароскопию применили у пациентов с УЗ-признаками обратимого отека стенки – этот метод использовано только у 6 (42,9%) из 14 больных, но тем не менее в половине случаев – у 3 пациентов – вмешательство удалось завершить миниинвазивным способом. УЗ-признаки некроза кишки мы считаем противопоказанием к применению лапароскопии, в связи с чем в 2 подобных случаях была выполнена первичная широкая лапаротомия.

Таким образом, применение предлагаемых нами ультразвуковой градации тяжести поражения стенки кишки при ОКН (неосложненная, осложненная и некроз стенки кишки) и критериев их оценки позволяет конкретизировать показания к использованию лапароскопии и способствует увеличению доли успешных случаев лапароскопического разрешения илеуса до 75% у отобранных с помощью УЗИ больных с сонографическими признаками сохранной жизнеспособности кишечной стенки.

ШКАЛА УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ОЦЕНКИ ОБЪЕМА ГЕМОПЕРИТОНЕУМА ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА

Пулатов М.М., Шукуров Б.И.,
Элмурадов К.С., Иброхимов М.Ё.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, г. Ташкент, Узбекистан

С учетом доступности и других общеизвестных преимуществ УЗИ в диагностике травм живота, нами изучена целесообразность и эффективность использования, так называемого FAST-протокола (Focused Assessment with Sonography in Trauma), в определении тактики хирургического лечения больных с закрытой травмой живота (ЗТЖ). Для исследования были отобраны 67 пациентов с ЗТЖ, у которых проведена оценка соотношения объема гемоперитонеума, оцененного интраоперационно, и ширины и распространенности свободной жидкости в брюшной полости, оцененного с помощью УЗИ.

У больных с ЗТЖ чувствительность, специфичность и точность УЗИ в выявлении свободной жидкости в брюшной полости составили, соответственно, 88,3, 87,8 и 88,1%. Выявлено наличие ярко выраженной обратной корреляции ($R=-0,9934$) между возможностью полноценного использования лечебных возможностей лапароскопической техники и, соответственно, прямую корреляцию ($R=0,9148$) между частотой конверсии и объемом гемоперитонеума. На основе сопоставления распространенности и толщины сонографически выявленной свободной жидкости с объемом интраоперационно удаленной из брюшной полости крови позволили разработать «Шкалу УЗ-оценки объема гемоперитонеума у больных с травмой живота».

С учетом выявленной корреляционной связи между количеством гемоперитонеума и тяжестью травмы нами разработан алгоритм выбора тактики хирургического лечения ЗТЖ, где центральное место занимает сонографическая оценка объема свободной жидкости в брюшной полости. При этом в качестве метода оценки объема свободной жидкости использована авторская «Шкала УЗ-оценки объема гемоперитонеума у больных с травмой живота», а в качестве главного критерия выбора тактики хирургического лечения – количество жидкости менее или более 500 мл.

Наши расчеты показывают, что при выявлении на УЗИ менее 500 мл свободной жидкости показатель «абсолютный риск наличия значимых повреждений органов брюшной полости» составляет 44,1% ($EER=0,441$), а величина относительного риска (RR) – 0,472 единиц (сомнительный признак). Наиболее высокий показатель относительного риска (RR) был характерен для объема свободной жидкости в брюшной полости более 500 мл, когда вероятность наличия серьезного внутрибрюшного повреждения (EER) составляет 93,5%, а достоверность величины относительного риска представляется абсолютным и составляет 4,862 единиц с 95%ДИ в диапазоне от 3,074 до 7,692 единиц.

Таким образом, предлагаемый подход к ультразвуковой оценке дискретных объемов свободной жидкости в брюшной

полости, основанная на учете толщины слоя жидкости и ее распространенности в зонах брюшной полости, не усложняет и не удлинняет процедуру FAST-протокола, позволяет определить критические объемы гемоперитонеума, имеющие решающее значение в выборе тактики хирургического лечения ЗТЖ.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ КРИТЕРИЕВ ВЫБОРА ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ И МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Тайшибаев К.Р., Джаканов М.К.,
Курманбаев Б.А., Аубакиров Г.Б.,
Файноллина Г.Ф., Сағынғанов С.Қ.

НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет имени М.Оспанова», г. Актобе, Казахстан

Актуальность. В настоящее время желчнокаменная болезнь встречается более чем у 10% населения земного шара. По данным Галленгер Ю.И., наиболее частым осложнением желчнокаменной болезни является острый калькулезный холецистит у 15-20% больных и холедохолитиаз у 15-33%. Недовольствительностью результатами хирургического лечения больных с острым холециститом ставит проблему повышения эффективности лечения в разряд актуальных.

Цель исследования - определение критериев для выбора способов хирургического вмешательства - лапароскопии или лапаротомии с целью улучшения результатов лечения больных с острым холециститом, осложненных механической желтухой.

Материал и методы. Нами было исследовано 45 больных с острым калькулезным холециститом, осложненных холедохолитиазом и механической желтухой. Из них 20-и проведен ретроспективный анализ, результатом которого явилось определение клинических, лабораторных и инструментально-диагностических критериев, которые дали бы возможность в последующем изначально выбрать наиболее адекватный метод оперативного вмешательства – лапароскопию или лапаротомию, что позволило бы, в первую очередь, исключить конверсию.

При проведении ретроспективного анализа нами определено, что у всех пациентов, перенесших лапароскопическое вмешательство без конверсии в отличие от лапаротомического и лапароскопического с конверсией выявлены следующие постоянно наблюдаемые критерии: уровень билирубина не выше 60 ммоль/л; свертываемость крови от 3,2 до 7 мин.; УЗИ, КТ и МРТ - признаки увеличения желчного пузыря до 9 см.; УЗИ, КТ и МРТ – признаки наличия одиночных камней в холедохе; УЗИ, КТ и МРТ – признаки отсутствия перипузырного инфильтрата; УЗИ, КТ и МРТ – признаки расширения холедоха до 1 см. При этом установлены следующие статистически значимые критерии в пользу выбора лапароскопического вмешательства: уровень билирубина не выше 60 ммоль/л

($p=0,00053$); УЗИ-признаки увеличения желчного пузыря не более 9 см ($p=0,02746$); УЗИ и КТ, МРТ – признаки наличия одиночных камней в холедохе ($p=0,03306$; $p=0,00196$); УЗИ и КТ, МРТ – признаки отсутствия перипузырного инфильтрата ($p=0,00053$; $p=0,00012$), КТ и МРТ – признаки расширения холедоха не более 1 см ($p=0,01480$), отсутствие УЗИ - признаков холангита ($p=0,01269$), отсутствие ахоличности кала ($p=0,00137$) и отсутствие заболеваний сердечно-сосудистой системы ($p=0,00058$). Статистически значимыми критериями в пользу выбора лапаротомии были наличие УЗИ - признаков холангита, ахоличность кала и наличие сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Заключение. Достоверными критериями в пользу выбора лапароскопического вмешательства при остром калькулезном холецистите, осложненного холедохолитиазом и механической желтухой в порядке снижения значимости критерия являются УЗИ, КТ, МРТ – признаки отсутствия перипузырного инфильтрата, уровень билирубина не выше 60 ммоль/л, отсутствие заболеваний сердечно-сосудистой системы, УЗИ, КТ, МРТ – признаки наличия одиночных камней в холедохе, отсутствие ахоличности стула, отсутствие УЗИ - признаков холангита, КТ и МРТ – признаки расширения холедоха до 1 см., УЗИ - признаки увеличения желчного пузыря не более 9 см. Достоверными критериями в пользу выбора лапаротомии в порядке снижения значимости критерия являются наличие сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой системы, ахоличность стула и наличие УЗИ - признаков холангита.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЗАВОРОТОМ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ НА ОСНОВЕ НОВОЙ МЕТОДИКИ РНЦЭМП

Туляганов Д.Б., Абдулахатов М.Х., Пулатов Д.Т.
«Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи», г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Заворот кишок – патологическое состояние, обусловленное изменением положения кишечника в виде перекрута и образования петли. Заворот сигмовидной кишки являясь опасным для жизни пациента состоянием, возникает в результате вращения сигмовидной кишки вдоль оси своей брыжейки и приводит к обструкции просвета кишечной петли. ЗСК относится к относительно редким заболеваниям, составляя от 3% до 8% от общего числа всех видов непроходимостей кишечника.

Основной вид лечения при остром завороте - хирургический, однако, в современной литературе мнения об объеме и способах оперативных вмешательств разноречивы. Некоторые исследователи предлагают паллиативные вмешательства выполнять только в экстренном порядке, объясняя данный подход меньшей травматичностью, в то время как другие считают, что оперативные вмешательства всегда должны носить радикальный характер. Паллиативные вмешательства (нерезекционные методы) не только не предотвращают возмож-

ности рецидивов в дальнейшем и не устраняют имеющуюся патологию полностью, но и могут усугубить имеющиеся расстройства моторики толстой кишки. Совершенствование диагностики и хирургической тактики при лечении заворота сигмовидной кишки, определение показаний к консервативному и оперативному лечению, разработка новых способов оперативного вмешательства являются, несомненно, актуальными в современной хирургии.

Цель исследования - оценка значимости результатов диагностики и лечения больных с заворотом сигмовидной кишки на основе алгоритма ведения больных с ЗСК, разработанного в РНЦЭМП.

Материал и методы. Наш опыт основан на анализе результатов комплексного обследования и лечения 156 пациентов РНЦЭМП, страдавших заворотом сигмовидной кишки и получивших комплексное лечение в период с 2001 по 2022 г.

Результаты. Наш опыт основан на лечении 156 больных. Возраст больных варьировал от 20 до 90 лет (средний возраст больных составил 56 лет). Мужчин было 106, женщин – 50. Летальность зависела от сроков поступления пациентов в стационар с момента начала заболевания, возраста и наличия сопутствующих патологий.

Из 156 больных в 5 случаях был выявлен перитонит при поступлении, остальные 151 – без перитонита. Из анамнеза - в 53 случаях был отмечен неоднократный рецидив заболевания. Количество больных с первичным эпизодом заболевания составило 100. Консервативное лечение имело положительный эффект в 17 случаях. 134 пациентам была проведена лапаротомия: из них в 133 случаях признаков некроза не выявлено, а в 5 случаях был определен некроз сигмовидной кишки и данным больным была наложена сигмостома. Межкишечный анастомоз в модификации РНЦЭМП был выполнен у 10 пациентов, у которых жизненные показатели сигмовидной кишки были сохранены. Новый метод, разработанный и внедренный в РНЦЭМП для лечения такой категории больных, заключается в наложении анастомоза между нисходящей и сигмовидной кишками межкишечным анастомозом «бок в бок». Данная методика является малотравматичной и при этом резекция части кишечника или наложение стомы не требуется, уменьшается риск развития рецидива заболевания.

Заключение. Заворот сигмовидной кишки является частой причиной острой кишечной непроходимости. Это потенциально фатальное состояние может иметь место у пациентов любого возраста с фактором риска рецидивирования. Несмотря на то, что некоторые консервативные мероприятия могут быть использованы с целью снижения симптоматики заворота, операция Сигмопликации на данный момент остается основным методом лечения больных при сигмовидных заворотах. Однако этот вид хирургического вмешательства очень часто приводит к рецидивам заболевания с дальнейшим ухудшением состояния больного.

Основываясь на полученные результаты, новый метод, который был впервые применен в нашем центре у данной категории больных, даёт возможность проведения данной операции в экстренном порядке, что предотвращает риск возникновения рецидивов заболевания.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ОТКРЫТЫХ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Хаджибаев А.М., Пулатов Д.Т., Шукуров Б.И., Мансуров Т.Т., Яров Ж.Б.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, г. Ташкент, Узбекистан

Изучены результаты хирургического лечения 640 больных со спаечной кишечной непроходимостью (СКН), из них 448 (70,0%) больным была выполнена первичная лапаротомия, 192 (30,0%) – видеолапароскопия (ВЛС). Видеолапароскопические операции старались выполнять у лиц, ранее перенесших не более 2-х абдоминальных операций. Среднее число предыдущих абдоминальных операций в анамнезе в группе ВЛС составило $1,25 \pm 0,43$, а в группе лапаротомии – $1,47 \pm 0,84$ ($p < 0,001$).

Подбор больных к ВЛС вмешательствам с учетом наличия и числа предыдущих вхождений в брюшную полость статистически достоверно отразилась в характере распространенности спаечного процесса ($p < 0,001$) и длительности хирургического вмешательства ($p < 0,01$) у больных двух сравниваемых групп. Так, у 130 (67,7%) больных, подвергнутых лапароскопическому адгезиолизису, хирург имел дело с единичными спайками, вызвавшие ОКН, тогда как в группе первичной широкой лапаротомии более чем в половине случаев – у 263 (58,7%) пациентов – приходилось выделять и рассекать множественные спайки. Кроме того, у больных, подобранных для выполнения ВЛС, интраоперационно несколько реже находили признаки некроза кишечника, требовавших конверсии и последующей резекции некротизированного сегмента (6,3% против 10,5%, $p = 0,09$).

Ввиду меньшей выраженности спаечного процесса у больных группы ВЛС, средняя продолжительность хирургического вмешательства у них ($105,78 \pm 29,04$ мин) была достоверно короче по сравнению с аналогичным показателем группы открытых вмешательств ($117,54 \pm 27,70$ мин). Меньшая распространенность спаечного процесса в группе ВЛС также благотворно отразилась в частоте интраоперационного повреждения кишечной стенки (7,8% против 12,1% в группе первичной лапаротомии, $p = 0,113$).

При одиночных спайках в брюшной полости, результативность лапароскопического адгезиолизиса составляет 86,9%, тогда как при множественных спайках этот показатель снижается до 32,3%. При выявлении во время лапароскопической ревизии признаков некроза ущемленной петли кишечника, что имело место у 12 больных, во всех случаях прибегали к конверсии и резекции кишки открытым способом. В общей структуре показаний к конверсии ($n = 59$) доля некроза ущемленной кишки составляет 20,3%.

Показатель ранних послеоперационных осложнений также был достоверно ниже у пациентов, у которых удалось выполнить адгезиолизис лапароскопическим способом, не прибегая к конверсии (5,3% против 30,5% в подгруппе конверсии, $p < 0,001$), что благотворно отразилось в частоте по-

вторных операций (3,0% против 15,3% в подгруппе конверсии, $p=0,002$). Все 5 случаев летального исхода в группе первичной ВЛС относились к больным, у которых пришлось выполнить конверсию ввиду тяжести ОКН или возникших технических сложностей. Средние сроки стационарного лечения у больных с видеолaparоскопическим адгезиолизисом было достоверно меньше аналогичного показателя пациентов, подвергнутых конверсии ($4,94 \pm 0,66$ койко-дней против $8,2 \pm 1,37$ дней, $p < 0,05$).

По сравнению с группой первичной широкой лапаротомии после ВЛС адгезиолизиса статистически значимо ($< 0,001$) меньше наблюдали развитие ранних послеоперационных осложнений (43,5 против 13,0%). 13 (6,8%) больных группы ВЛС, у которых имели место специфические послеоперационные осложнения, были подвергнуты реоперациям, в том числе в 3 (23,1%) случаях из них внутрибрюшные осложнения операции удалось устранить путем релапароскопии. В группе первичной широкой лапаротомии частота реопераций/релапаротомий составила 65 (14,5%) случаев.

Общая летальность у больных со спаечной кишечной непроходимостью составило 4,2%, при этом после ВЛС вмешательств этот показатель статистически незначимо был ниже по сравнению с группой первичной лапаротомии (2,6% против 4,9%, $p=184$). Применение видеолaparоскопического доступа при выполнении адгезиолизиса у больных со спаечной кишечной непроходимостью способствовало сокращению сроков стационарного лечения с $9,31 \pm 3,31$ койко-дней до $5,94 \pm 1,78$ дней ($p > 0,05$).

ХИРУРГИЯ ЗАКРЫТОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ ГРУДИ И ЖИВОТА

**Хаджибаев А.М., Пулатов М.М.,
Шукуров Б.И., Элмуродов К.С.**

*Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи, г. Ташкент, Узбекистан*

Изучены результаты хирургического лечения 242 больных с закрытой сочетанной травмой груди и живота (ЗСТГЖ), госпитализированных в РНЦЭМП за период с 2017 по 2022 г. Средний возраст больных составил $38,5 \pm 13,3$ лет с диапазоном от 18 до 69 лет.

Для ЗСТГЖ характерным является высокая частота (213; 88,0%) перелома ребер, при этом у большинства этой категории больных (155; 64,0%) наблюдается переломы 2 и более ребер. Подкожная эмфизема при осмотре и на рентгенограммах была выявлена у 175 (72,3%) пациентов. У всех 242 больных с ЗСТГЖ, включенных в данное исследование, мы констатировали наличие рентгенологических признаков гемоторакса (88; 36,4%), пневмоторакса (44; 18,2%) и гемопневмоторакса (110; 45,5%). Частота повреждения легкого различной степени при ЗСТГЖ составляет 77,7% (188/242). Кровотечение из межреберных сосудов было выявлено в 54 (22,3%) случаях. В 6 (2,5%) случаях источником постравматического пневмоторакса был разрыв поверхностных булл легкого. В одном случае у больного с переломом грудины интраоперационно была выявлена гематома переднего средостения без признаков повреждения сердца и крупных сосудов

средостения. Частота повреждения диафрагмы у больных с ЗСТГЖ составляет 29,3% (71/242). При этом в два раза чаще повреждается левый купол диафрагмы (48/23), чем правый.

В структуре травм органов брюшной полости при ЗСТГЖ ведущее место занимают повреждения печени – имели место у 75 (31,0%) пострадавших. Далее по частоте идут травмы селезенки (27,3%), почек (24,4%), поджелудочной железы (16,9%) и полых органов (14,5%). Закрытым повреждениям наименее подвержены мочевыводящие пути – имели место у 29 (12,0%) больных, в том числе у 16 (6,6%) – разрыв уретры, у 13 (5,4%) – мочевого пузыря.

Главным критерием определения очередности вмешательства на грудной клетке или в брюшной полости служил объем гемоторакса и гемоперитонеума. Если по данным УЗИ и рентгенографии преобладали признаки кровотечения из органов грудной клетки, то вмешательство начинали с торакоскопии (92) или торакотомии (8), а если превалировал гемоперитонеум, первым этапом прибегали к видеолaparоскопии (29) или лапаротомии (91). При идентичных объемах крови в этих смежных полостях предпочтение отдавали торакальному этапу вмешательства. У 22 (9,1%) больных с малым гемотораксом и/или пристеночным пневмотораксом без продолжающегося внутриплеврального кровотечения предоперационное дренирование плевральной полости стало окончательным вмешательством на грудной клетке.

Широкая торакотомия (без первичной видеоторакоскопии) первым этапом (8) и после абдоминального этапа (2) выполнена всего у 10 (4,1%) пациентов, тогда как показания к первичной широкой лапаротомии были у 162 (66,9%) пострадавших с ЗСТГЖ, в том числе у 91 (37,6%) больных лапаротомия выполнена первым этапом, у 71 (29,3%) – после торакального этапа. Указанные цифры отражают не только более частое доминирование внутрибрюшных повреждений, но и более ограниченные лечебно-диагностические возможности видеоэндохирургической техники при травмах живота, в связи с чем у этой категории пострадавших видеолaparоскопия применена только в 80 (33,1%) случаях. В то же время, видеоторакоскопия являлась основным хирургическим доступом торакального этапа вмешательства и была использована в 210 (86,8%) случаях со средним показателем конверсии 17,1% (36/210).

Из общего числа 242 больных с ЗСТГЖ открытые вмешательства на обеих смежных полостях выполнено всего в 8 случаях (3,3%), а у всех остальных пострадавших лечебно-диагностические возможности видеоэндохирургической техники позволило избежать травматичного широкого хирургического доступа в обеих (41; 16,9%) или в одном (193; 79,8%) из смежных полостей.

МЕХАНИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА: ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И СОВРЕМЕННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

**Хаджибаев Ф.А., Хашимов М.А.,
Шукуров Б.И., Хакимов А.Т.**

*Республиканский научный центр экстренной медицинской
помощи, г. Ташкент, Узбекистан*

Изучены результаты комплексного обследования и эндобилиарного и/или открытого хирургического лечения 3014 больных с механической желтухой доброкачественного генеза (МЖДГ).

ЭРПХГ с целью диагностики причины непроходимости магистральных ЖВП выполнена 2745 (91,1%) больным: в 1874 (68,3%) случаях выявлен холедохолитиаз, в 615 (22,4%) – стеноз БДС и ТОХ, в 140 (5,1%) – признаки стриктуры ЖВП. У 1941 (70,7%) больного ЭРПХГ выявила расширение внутрипеченочных ЖВП, что явилось показанием к эндоскопической транспапиллярной декомпрессии ЖВП. Значительные технические сложности для выполнения ЭРПХГ возникали при наличии парафатеральных дивертикулов, что имело место у 58 (2,1%) больных. В 7 (12,1%) случаях нам не удалось выполнить ЭРПХГ. Другим моментом, усложняющим выполнение ЭРПХГ и снижающим ее информативность, являются рубцовые стриктуры ЖВП, что было констатировано у 92 (5,1%) больных. Так, в 41 (29,3%) случае удалось контрастировать только дистальный отдел холедоха и определить лишь предположительный уровень рубцовой стриктуры без возможности оценки состояния проксимальных отделов ЖВП. В 29 (20,7%) эпизодах мы не смогли провести проводник и катетеризировать терминальный отдел гепатикохоледоха в связи с его грубой деформацией и облитерацией. Только у 22 (15,7%) больных с неполной стриктурой гепатикохоледоха нам удалось с определенными техническими трудностями ретроградно контрастировать и оценить состояние ЖВП.

РПХГ без дополнительных манипуляций выполнена 116 (4,2%) пациентам. У остальных 2629 (97,8%) больных эндоскопическое вмешательство дополнено ЭПСТ и другими лечебными манипуляциями (литотрипсия, литоэкстракция, стентирование, назобилиарное дренирование, баллонная дилатация).

Строгое соблюдение разработанных нами протоколов выполнения процедуры позволили уменьшить частоту острого панкреатита с 2 до 1,7%, частота кровотечения после ЭПСТ не превышала 0,6%. Удалось также снизить риск развития холангита, летальности от перфорации ДПК и общую частоту осложнений. Кроме того, при наличии МРТ-признаков высокой или протяженной стриктуры/блока магистральных ЖВП также выполняли первичную ЧЧХС. Включение в алгоритм диагностики МРПХГ позволило заметно сократить число «неэффективной РПХГ и ЭПСТ» с 33,3 до 11,3%.

У больных с клиникой деструктивного панкреатита, если отсутствуют МРТ- и дуоденоскопические признаки ущемленного камня БДС, также предпочтение отдаем антеградному введению контрастного вещества в желчные протоки – таких больных было 73 (21,9%). В 37 (11,1%) случаях декомпрессию ЖВП осуществили с помощью ЧЧХС из-за ранее перенесенных пациентами операций – резекции желудка по Бильрот II или по Ру, наложение гепатикоэнтероанастомозов. Практически у каждого пятого пациента (19,2%) решение о необходимости ЧЧХГ и ЧЧХС было принято по результатам РПХГ и неудачных попыток транспапиллярной декомпрессии холедоха. В 41 (12,3%) случае были выявлены признаки рубцовой стриктуры холедоха, не подлежащей ретроградному бужированию и стентированию. Грубые воспалительные или посттравматические рубцовые изменения БДС или ТОХ, препятствующие адекватной канюляции холедоха, имели место у 15 (4,5%)

пациентов, подвергнутых в последующем чрескожным чреспеченочным эндобилиарным вмешательствам. Достаточно редкой причиной отказа от эндоскопической декомпрессии ЖВП в пользу ЧЧХС является синдром Мирizzi, который имел место у 6 (1,8%) больных.

ЧЧХГ мы смогли успешно провести у 333 больных. Диагностическая ценность метода в подтверждении расширения внутрипеченочных желчных протоков составила 99,1%, в диагностике дилатации внепеченочных желчных протоков – 91,6%. У 196 (58,9%) больных при ЧЧХГ удалось визуализировать дефекты наполнения от конкрементов, еще у 109 (32,7%) пациентов – признаки стриктуры различных сегментов ЖВП.

У всех 333 больных, которым были выполнены чрескожные чреспеченочные эндобилиарные вмешательства, удалось наладить дренирование ЖВП, в том числе у 230 (69,1%) – наружно-внутреннее дренирование по методу клиники. Показатель успешного наружно-внутреннего дренирования ЖВП за дискретные периоды наблюдения возрос с 45,8% до 82,2% ($p < 0,0001$), чему способствовали внедрение и расширение показаний к дополнительным рентгеноэндобилиарным лечебным процедурам, направленным на низведение камня, дилатацию и стентирование зон рубцовых стриктур.

Совершенствование техники ЧЧХС и использование более совершенных дренажных катетеров сопровождалось снижением частоты дислокации дренажного катетера (с 9,2 до 6,6%), желчеистечения (с 2,5 до 2,3%) и кровотечения (с 1,7 до 1,4%) в брюшную полость, нагноения ложа дренажа (с 10,8 до 5,6%), ятрогенного пневмоторакса (с 1,7 до 0,5%), не возросло число случаев развития поддиафрагмальных и подпеченочных абсцессов (оставалось в пределах 3,3% за исследуемые периоды наших наблюдений). Увеличение числа и перечня дополнительных эндобилиарных лечебных ЧЧХС-процедур (наружно-внутреннее дренирование, низведение камня, баллонная дилатация, каркасное дренирование) естественным образом отразилось в повышении частоты гемобилии (с 1,7 до 2,8%), которые имели преходящий характер и были купированы консервативными мерами. По поводу специфических осложнений (в основном по поводу желчеистечения и кровотечения в брюшную полость) были оперированы 13 (3,9%) больных. Летальность от специфических осложнений составила 1,5%.

Принцип малоинвазивности в хирургическом лечении больных с МЖДГ обеспечивается широким применением на втором этапе лечения лапароскопической холецистэктомии, которая отличается низкими показателями интраоперационных (1,8%), послеоперационных осложнений (4,1%) и послеоперационной летальности (0,3%).

Однако на практике не всегда имеются условия для выполнения ЛХЭ – в 188 (27,4%) случаях мы вынуждены были прибегнуть к традиционной холецистэктомии (ТХЭ). Предварительные эндобилиарные вмешательства у больных с МЖ желчнокаменного генеза позволяли в большинстве случаев ограничиться холецистэктомией без дополнительных манипуляций на ЖВП. Только у 44 (23,4%) больных, подвергнутых ТХЭ, пришлось прибегнуть к холедохолитотомии, в том числе у 18 – с наружным дренированием холедоха. Еще в 12 случаях холецистэктомия дополнена дренированием холедоха по

Пиковскому. У 6 (3,2%) больных с клиникой острого панкреатита холецистэктомия дополнена дренированием холедоха, вскрытием и дренированием сальниковой сумки, в том числе в 1 случае – некрсеквестрэктомией.

По поводу ятрогенных повреждений внепеченочных ЖВП были оперированы 102 пациента. Всем больным на первом этапе хирургического лечения МЖ с помощью ЧЧХГ и ЧЧХС проведены наружное (72) и наружно-внутреннее (30) отведение желчи и декомпрессия билиарных протоков. Используемые у этой группы пациентов технических новшеств в виде модифицированного приспособления для транспеченочного дренирования ЖВП по Прадери-Смитту и формирование билиобилиарных и билиодигестивных анастомозов на металлическом каркасе, снижая травматичность и сложность операции, потребность в использовании СТД, повышая надежность анастомоза, способствовали заметному сокращению частоты как ранних, так и поздних послеоперационных осложнений.

Таким образом, на современном этапе развития билиарной хирургии методом выбора декомпрессии желчных путей у больных с МЖДГ являются эндоскопические транспапиллярные и антеградные чрескожно-чреспеченочные эндобилиарные лечебно-диагностические вмешательства. Активное и комбинированное использование эндоскопических способов этапного широкого рассечения фатерова соска, баллонной дилатации БДС, механической литотрипсии, назобилиарного дренирования спиралевидным зондом у больных с крупными камнями холедоха позволяет трехкратно снизить частоту неэффективных процедур. Применение ЧЧХС по методу клиники, расширение показаний к дополнительным рентгено-эндобилиарным лечебным процедурам позволяют наладить наружное дренирование ЖВП в 100% случаях, достоверно улучшить показатели успешного наружно-внутреннего дренирования желчных протоков по методу клиники с 45,8% до 82,2%, низведения камней в ДПК с 18,3% до 61,1%; баллонной дилатации участков сужения с 16,6% до 72,8%. Предложенные подходы к технике выполнения ЧЧХС способствуют снижению общей частоты осложнений (с 53,3 до 40,4%), а расширение перечня и диапазона использования дополнительных эндобилиарных лечебных процедур отрицательно не сказывается на показателях летальности (сохраняется в пределах 6,6-6,7%).

НОВОЕ УСТРОЙСТВО ДЛЯ ДОСТАВКИ ПОРОШКООБРАЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Хаджибаев Ф.А., Ешмуратов А.Б., Мирзакулов А.Г.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, г. Ташкент, Узбекистан

Введение. Для гастродуоденальных кровотечений (ГДК) язвенной этиологии характерна высокая частота встречаемости. Летальность от ГДК может достигать до 35-40%, что наблюдается при рецидивных кровотечениях. Для пациентов старшей

возрастной группы характерны высокие показатели летальности. Методы эндоскопического гемостаза в целом решают вопросы временного и окончательного гемостаза для широкого круга больных. Среди множества методов эндоскопического гемостаза особое место занимают аппликационные способы, при которых свою актуальность сохраняет проблема доставки препарата на очаг кровотечения, а также сохранение препарата в месте нанесения. Порошкообразные формы удобны для равномерного распределения в зоне язвенного дефекта в виде распыления, но также могут смываться с зоны нанесения, или образуют плотный конгломерат при контакте с жидкостью до нанесения на источник кровотечения.

Существует множество модификаций устройств, используемых для доставки препарата в зону геморрагии. Среди существующих проблем этих устройств следует отметить сложные конструкции, утечку газа через устройство во время использования и другие.

Цель работы – разработать новое устройство для доставки порошкообразного препарата на язвенную поверхность желудка с целью профилактики рецидива кровотечения

Материал и методы. Эксперименты *in vivo* были проведены на базе экспериментальной лаборатории РНЦЭМП. Объектом исследования служили 15 собак (самцы, массой 10-15 кг). Для выполнения экспериментальной работы на животных получено разрешение этического комитета от 20 мая 2021 г, протокол №3/2-1518. Животное содержалось в стационарных условиях вивария. Собакам воспроизводились язвы желудка по передней и задней стенкам антрального отдела желудка путем введения 96% этилового спирта инъекционным способом через фиброгастроскоп (метод Е.Ф. Чередникова, 1984). Фиброгастроскопия выполнялась аппаратом GIF-E3 фирмы Olympus с адаптированной видеосистемой. Для доставки порошкообразного препарата использовалось оригинальное устройство, строение которого подробно описано ниже.

Результаты. Предлагаемая нами полезная модель № FAP 01866 относится к медицинской технике, а именно к устройствам по доставке медицинского препарата в порошковой форме в полые органы.

Задача полезной модели – упрощение конструкции устройства, а также снижение его стоимости. Поставленная задача решается тем, что за основу распыления берется медицинский компрессор для ингаляций любой модели, двухпортовый, одноканальный билиарный катетер и емкость, заполненная порошком, представляющая собой обычный медицинский флакон.

Устройство для распыления порошкообразного препарата через эндоскоп работает следующим образом. Емкость с порошком герметично присоединяют к соединительному катетеру, другим концом соединительный катетер соединяют с билиарным катетером-распылителем через отдельный порт. Через другой порт катетер-распылитель соединяют со шлангом для подачи воздуха компрессора. Шланг для подачи воздуха с помощью коннектора соединяют с компрессором. Компрессор включают в сеть. Билиарный катетер-распылитель через инструментальный канал эндоскопа вводят в просвет желудка. Приводят в действие компрессор с помощью включателя. Через включенный ингаляторный компрессор осуществляется непрерывное нагнетание потока воздуха в просвет желудоч-

но-кишечного тракта. Подача порошка осуществляется путем механического встряхивания емкости с порошком. Врач наблюдает за процессом через окуляр эндоскопа. Непрерывное нагнетание потока воздуха при подаче порошка исключает попадание влаги в просвет катетера.

Устройство легко собирается и разбирается, а его комплектующие имеются в любой клинике. Таким образом, обеспечивается простая и недорогая доставка лекарственного или гемостатического порошка в целевую зону. На данное устройство получен патент на полезную модель N FAP 01 866

Заключение. Все вышеизложенное иллюстрирует безусловную потребность клинической медицины в эффективном способе, и в то же время минимально травматичной методике эндоскопического гемостаза, позволяющей многократно и безопасно воздействовать на язвенную поверхность и источник кровотечения. Средством, сочетающим в себе искомые эффективность и безопасность, возможно, являются отечественные биоразлагаемые порошковые полимеры.

При этом устройство для доставки препарата на источник кровотечения имеет максимально упрощенную конструкцию. Устройство будет распылять препарат на источник кровотечения, для этого будет использован медицинский компрессор для ингаляций любой модели, двухпортовый и одноканальный билиарный катетер и емкость с простым медицинским флаконом заполненный порошком.

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ ОСЛОЖНЕННЫЙ РЕЦИДИВНЫМИ ДУОДЕНАЛЬНО-ЕЮНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Шакеев К.Т.,¹ Матюшко Д.Н.,² Мусаев А.Э.,²
Бобешкин В.П.²

¹НАО «Медицинский университет Караганды», г. Караганда, Казахстан,

²Многопрофильная больница №1 г. Караганды, Казахстан

Введение. Дивертикулы тонкой кишки являются редкой патологией, и встречаются в 0,5–2,3% случаев. Дивертикулы могут проявляться кровотечением, воспалением, перфорацией. Выделяют пульсионные дивертикулы, возникающие в результате воздействия внутрипросветного давления на стенку кишки, и тракционные, формирующиеся при фиксации кишки.

Появление дивертикулов связано с моторной дисфункцией гладкой мускулатуры, высоким внутрипросветным давлением и проникновением слизистой оболочки и подслизистого слоя через слабые участки в брыжейке. Дивертикулы появляются только на участке, где брыжеечные сосуды проникают в мышечный слой тонкой кишки.

Цель работы – показать трудности выявления источника кровотечения при дивертикулах двенадцатиперстной и начальных отделов тощей.

Материалы и методы. История болезни больной Б., 66 лет, находившейся на стационарном лечении в Многопрофильной больнице №1 г. Караганды. С 2021 года больная трижды в тяжелом состоянии поступала в стационар с клиникой кишечного кровотечения. На фоне проводимой терапии достигался гемостаз. При неоднократной стационарной и амбулаторных гастродуоденоскопии и колоноскопии источник кровотечения не обнаружен. В последнем выписном эпикризе имелось указание на острую язву 12-й перстной кишки.

Результаты. При последней гастродуоденоскопии периапулярно нечетко определялся дивертикул, который был расценен как проявление возможной дивертикулярной болезни 12-й перстной и тонкой кишки, где вероятен источник кровотечения, что позволило определить хирургическую тактику. В экстренном порядке больной выполнена лапаротомия, при ревизии в начальной части тощей кишки имеются 4 дивертикула с расширенными сосудами, в просвете кишечника кровь, что указывало на массивность кровотечения. Для уточнения источника кровотечения выполнена энтеротомия и интраоперационная эндоскопия, при этом выявлены 3 дивертикула в вертикальной части двенадцатиперстной кишки. Учитывая множество дивертикулов тонкой кишки, решено выполнить резекцию двенадцатиперстной кишки и дивертикул несущей начальной части тощей кишки. Сформирован дуоденоеюнальный анастомоз «конец в конец». В послеоперационный период протекал без осложнений, по программе Fast track больная активизирована, анастомоз состоятелен, деятельность кишечника восстановлена. Пациентка выписана на 7 сутки.

Выводы. Когда гастродуодено- и колоноскопия не обнаруживает источник кровотечения необходимо помнить о дивертикулах двенадцатиперстной и тонкой кишки. Для определения источника кровотечения в тонкой кишке целесообразно использование капсульной эндоскопии. Хирургическая тактика при дуоденально-еюнальных кровотечениях рецидивного характера должен быть в пользу оперативного лечения.

II. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВОДА, ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРЕДОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА В УСЛОВИЯХ РЕГИОНАЛЬНОГО ГОСПИТАЛЯ

Алиев А.К., Шанаев Д.Т.

Атырауская областная больница, г. Атырау, Казахстан

Цель работы – изучение результатов внутрисветного эндоскопического лечения новообразований желудочно-кишечного тракта.

Материалы и методы. В отделении эндоскопии Атырауской областной больницы с 2017 года было выполнено 185 эндоскопических вмешательств по поводу образований ЖКТ. 9 эндоскопических вмешательств методом подслизистых диссекций (Endoscopic Submucosal Dissection - ESD) и 176 резекции слизистой (Endoscopic Mucosal Resection – EMR). В толстой кишке 161 и 24 в желудке. По гендерному признаку пациенты распределились следующим образом: 114 (63,3%) женщин, 68 (36,7%) мужчин. Возраст варьировал от 25 до 78 лет. В желудке выполнено 21 (11,4%) EMR и 3 (1,6%) ESD. В толстом кишечнике 155 (83,8%) EMR и 6 (3,2%) ESD. 176 EMR (95%) случаев в желудке и толстой кишке согласно Парижской классификации 2002 года имела полиповидный тип роста 0-I (Is) диаметром от 0,5 до 2,0 см, удалены единым блоком. ESD выполнено в 9 (5%) случаях. В желудке гистологическое исследование макропрепаратов: аденома и кишечная метоплазия с участками дисплазии слабой степени. Размерами от 1,5 до 2,5 см, тип роста 0-Is и 0-IIa. ESD в прямой кишке гистологически: ворсинчатые, тубулярно-ворсинчатые и зубчатые аденомы с участками дисплазии слабой степени. В одном случае при гистологическом исследовании удаленного образования толстой кишки в центре выявлен участок аденокарциномы с глубиной инвазии менее 500 мкм, тип роста Lateral Spread Tumors (LST тип 0-IIa+IIC), размерами 4,0*6,0 см. Был удален методом ESD единым блоком. Края резекции отрицательные. Учитывая радикальность операции решено ограничиться данным вмешательством с последующим динамическим наблюдением. Размеры образований колебались от 3,0 до 6,0 см. В остальных 4 (2,2%) случаях тип роста был (LST) гранулярного нодулярно-смешанного типа 0-IIa+Is размерами от 3,5 до 4,5 см, удален единым блоком, в 1 (0,5%) случае методом ESD-R двумя блоками. Для EMR использовался 0,0018% раствор Адреналина, для ESD добавлялся краситель индигокармин.

Результаты. 156 (84,3%) пациентом EMR выполнялось амбулаторно, 20 (10,8%) в условиях стационара. Все 9 (4,9%) ESD выполнялись в условиях круглосуточного стационара, в операционной под ЭТН. Протяженность вмешательства колебалась от 2,5 до 4,5 часов. 25 (13,5%) пациента были выписаны

на 3-4-е сутки в удовлетворительном состоянии. У 4 (2,2%) пациентов наблюдались осложнения. После EMR 1 (0,5%) случай кровотечения, на следующие сутки после манипуляции, эндоскопический гемостаз успешен. 1 (0,5%) случай отсроченная перфорация, на 2-е сутки после удаление образования печеночного угла, оперирован, выздоровление. В 1 (0,5%) случае во время ESD в прямой кишке на 7см от ануса по задней стенке произошли 2 перфорации, размеры дефектов до 0,3 см, дефекты стенки был устранены клиппированием. Пациенту проводилась антибактериальная терапия, на 6-е сутки был выписан в удовлетворительном состоянии. В 1 (0,5%) случае после ESD в прямой кишке на 7 сутки кровотечение, эндоскопический гемостаз. Эндоскопический контроль проводился через 3,6,12 месяцев. Рецидив наблюдался в 1 (0,5%) случае после ESD в прямой кишке, удален, на гистологии: гиперпластический полип.

Заключение. Методики эндоскопического удаления неоплазий желудочно-кишечного тракта являются малотравматичным вмешательством, что сокращает сроки пребывания больных в стационаре, имеет косметический эффект и делает такую тактику экономически выгодной. Хорошие клинические результаты подтверждаются нашим и мировым опытом. Таким образом, анализируя собственный опыт и основываясь на литературных данных, считаем необходимым более активное внедрение данных методов в повседневную практику. Ввиду сложного технического исполнения и возможных осложнений, эти методы должны выполняться в специализированных лечебных учреждениях врачами, имеющих опыт эндоскопических внутрисветных вмешательств и соответствующее материально-техническое оснащение.

THE PLACE OF VIDEOLAPAROSCOPY IN DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF OILING SUSPENSION INCLUSION

Alijanov A.A., Iskhakov B.R., Iskhakov N.B.

Namangan branch of the Republican emergency medical service, Namangan, Uzbekistan

Introduction. Torsion and necrosis of the omental processes (appendices epiploicae) of the colon are rare diseases and occurs in 0,09-0,3% of patients with acute surgical diseases of the abdominal organs, and among acute surgical diseases of the colon - up to 2% (Khadzhibayev F. A., 2017). In the literature, there are only single descriptions of cases of diagnosis and treatment of this pathology, and an analysis of patient observations is also rarely provided (Shapovalyants S.G., 2011, Mukanov S.M., 2011).

This work aimed to improve the results of treatment and diagnosis of PTCS using laparoscopic technologies.

Material and methods. From 2000 to 2020, in the Namangan branch of the NBREMS, there were 37 patients with torsion of the gland suspension of the colon (SPTK).

According to the age factor, the patients were distributed as follows: up to 19 years old 3 (8,1%), from 19 to 44 years old – 29 (78,4%), from 45 to 59 years old - 5 (13,5%) patients. There were 30 men (81,1%), women - 7 (18,9%). 23 (62,2%) patients had second-degree obesity and 2 (5,4%) - third-degree obesity. Persons of working age made up the majority. All patients were admitted for emergency indications with preliminary diagnoses: acute appendicitis, peritonitis of unknown etiology, intestinal perforation, urolithiasis, and perforated duodenal ulcer.

The timing of admission of patients with SPTK pathology ranged from 4 to 48 hours. The time from admission to surgery ranged from 30 minutes to 6 hours. Upon admission of patients for additional diagnostics, in addition to laboratory data, the following were carried out: X-ray examination of the abdominal cavity, fibrogastroscopy, emergency ultrasound examination (US) of the abdominal cavity, and small pelvis.

Results. All patients underwent diagnostic laparoscopy, where the equipment of the company «Karl Storz» was used. Diagnostic laparoscopy revealed volvulus in 3 (8,1%) patients, inflammation with abscess formation in 5 (13,5%) patients, and necrosis in 29 (78,4%) patients.

The operation was performed after a laparoscopic diagnosis of three punctures. Sectoral examination of the abdominal cavity revealed concomitant chronic pathologies such as chronic hepatitis, cirrhosis of the liver, and pathologies of the uterine appendages in 5 patients. In all cases, there was no need to insert additional trocars. When performing combined operations (dissection of the commissure), the access was usually not widened.

The base (pedicle) of the SPTK in several patients was coagulated in stages with subsequent transection with scissors; in some patients, the pedicle was ligated. SPTK was localized in the sigmoid colon in 31 (83,8%) patients, in the colon in 4 (10,8%), and in the cecum in 2 (5,4%). The average duration of the operation was 30-50 minutes.

In 5 patients with abscesses, after dissection (detachment of the omentum from the anterior abdominal wall), necrectomy of the SPS with local debridement was performed. According to the indications, the cavities of the small pelvis and the left lateral canal were drained with a silicone tube through a trocar inserted in the left iliac region.

The conversion was carried out in one patient (2,7%) with SITC complicated by an abscess of the left iliac region due to suspected necrosis of the sigmoid colon wall. During laparotomy of one of the abscess walls (pyogenic membrane), a purulent-straightened omental suspension of the sigmoid colon was located. The abscess bed was tamponed with Levomekol ointment with additional drainage of the left lateral canal.

The patients were prescribed analgesics and, according to indications, antibiotics in tablets for up to 5 days. Drainage tubes were removed 2-3 days after the ultrasound. The length of stay of patients in the hospital after surgery is from up to 5 days. Intraoperative and early postoperative complications were not observed.

Conclusion. Laparoscopy is a highly informative, safe, objective method for diagnosing and treating patients with

SPTK. The operations were completed laparoscopically in 97,3% of patients. Early hospitalization and timely commenced endoscopic treatment of patients with pathology of the omental suspension of the colon provide a reduction in the duration of the operation, the time of postoperative treatment and also gives an excellent pharmacoeconomic and cosmetic effect, especially in obese patients.

ОСЛОЖНЕНИЯ КОЛОСТОМЫ, ПРИВЕДШИЕ К СТЕНОЗУ

Амантаева К.К., Мадьяров В.М.,
Исабеков Н.А., Алибеков У.А.

Казахстанско-Российский медицинский университет,
г. Алматы, Казахстан

Актуальность. Спектр заболеваний и состояний, приводящих к необходимости выведения стомы, достаточно обширен. В настоящее время, к наложению стомы в хирургической практике прибегают также часто, как и десятилетия назад. Такое функциональное отверстие формируется при: раке прямой кишки; раке ободочной кишки; осложненных формах НЯК; болезни Крона; внутренних кишечных свищах при сообщении с другими органами – мочевым пузырем, влагалищем, мочевым пузырем; аноректальных аномалиях; осложненных формах острого дивертикулита; хирургии множественных ножевых или огнестрельных ранений кишечника. Пациенты нередко поступают в тяжелом состоянии с запущенной или осложненной формой заболевания. Часто таким больным проводится оперативное вмешательство в экстренном порядке, завершающееся выведением колостомы. И это является необходимым этапом подготовки пациента к более сложному и радикальному лечению. При экстренных ситуациях, при неподготовленных состояниях кишечника, развития осложнений кишечных стом, является чуть ли не закономерным. Во всех других случаях, в ходе плановых операций, например, по поводу низкой передней резекции прямой кишки при колоректальном раке (КРР) стома является необходимостью для снижения риска несостоятельности сформированного в ходе вмешательства межкишечного соустья.

Цель работы - поделиться опытом лечения стеноза кишечной стомы при КРР.

Материалы и методы. Нами оперирован больной 72 лет, с диагнозом КРР, с метастазами в печени и прорастанием опухоли в ткани окологластокишечной области, сужением просвета прямой кишки на 90%. Выполнена операция - экстирпация прямой кишки, с удалением пораженных участков, иссечением метастазов печени, наложением чрезбрюшинной колостомы. В послеоперационном периоде в области колостомы развилось воспаление, с некрозом участка кишечника. Некротизированный участок выведенной петли иссечен, проводилось противовоспалительное лечение общего и местного характера, в последующем рана очистилась, но произошла ретракция, уровень кишечной стомы оказалась ниже уровня кожи брюшной стенки. Образовалось воронкоподобное углубление – кишка втянулась внутрь (по литературным данным ретракция встречается у 3-14% пациентов с колостомой) в дальнейшем отверстие про-

грессивно уменьшалось в размере, что требовало экстренного вмешательства. Устранение стриктуры консервативным путем (бужированием) не дало эффекта, нами выбран оперативный путь, под местной анестезией произведено иссечение окружающей рубцовой ткани с выведением и подшиванием кишки к коже. После принятого нами вмешательства колостомическая рана зажила и проблема с опорожнением исчерпалась.

Заключение. При множественных осложнениях (воспаление, некроз, ретракция) колостомической раны, развитие стеноза (стриктуры) стомы неизбежен. Раннее вмешательство по устранению стеноза, улучшает качество жизни пациента.

ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ИЗМЕНЕНИЕ МИКРОБИОТЫ ЖЕЛУДКА

Бабаджанов А.Х., Джуманиязов Д.А., Шаниева З.А.

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

Актуальность. Антимикробная фотодинамическая терапия (ФДТ) может являться серьезной и эффективной альтернативой классической антимикробной химиотерапии, учитывая почти полное отсутствие побочных эффектов и отсутствие факторов резистентности против данного воздействия. Под воздействием луча необходимого диапазона и в присутствии кислорода фотосенсибилизатор формирует активные формы кислорода, синглетные, и способен вызывать селективную фототоксичность в отношении бактерий, которая приводит к гибели микроба, разрушая на уровне структур бактериальной клетки.

Цель работы – оценка изучения эффективности фотодинамической терапии с наиболее значимыми патогенами воспалительных осложнений в желудке.

Методика. Для подтверждения эффективности изучаемого метода фотодинамической терапии, проведен анализ определения чувствительности к антибиотикам патогенов, локализуемых в слизистой желудка при ахлоргидрии или воспалительных осложнениях желудка - *Helicobacter pylori*, *Staphylococcus aureus*, *Esherichia coli*, *Candida albicans*. Для светового излучения в красном спектре применялся эндоскоп с контролем длины волны в «красном пике» от 600 нм до 660 (650) нм, а мощность – 500 мВт. Исходная амплитуда напряжения соответствовала 300 мВт. Для лабораторного метода изучения использовалась установка с многоволоконным световодом с расфокусированным облучением чашки Петри с микробным ростом методом газона. Плотность мощности излучения была 120 мВт/см², с длительностью проведения от 1 до 5 минут. Изучение антимикробной активности препаратов в отношении тестируемых культур, показало высокую резистентность к широкому ряду антибиотиков.

Результаты. *Исследование метода с Helicobacter pylori.* В качестве фотосенсибилизатора использовали растворы метиленовой сини в стерильной дистиллированной воде в концентрации 0,1%. Взвесь культуры *H. pylori*, плотностью 10 ЕД по стандарту мутности, заседали методом газона на чашки со средой Мюллера-Хинтона, затем закапывали 2 капли раствора

фотосенсибилизатора, через 2 минуты - облучали источником красного света (на расстоянии 2 см от поверхности засеянного агара) в течение 1, 3, 5 мин. Изучение воздействия ФДТ в различных концентрациях и излучениях на *H. pylori*, показало задержку зоны роста патогена более 15 мм, при использовании различных концентраций и методов воздействия фотодинамики. Применение факторов ФДТ изолировано - применение только фотосенсибилизатора, или только микрооблучение, было неэффективным.

Исследование метода с Staphylococcus aureus. Идентично, вышеописанному методу, в качестве фотосенсибилизатора использовали растворы метиленовой сини в стерильной дистиллированной воде в концентрации 0,1%. Взвесь культуры *St. aureus* (плотность - 10 ЕД по стандарту мутности) заседали методом газона на чашки со средой Мюллера-Хинтона, затем закапывали 2 капли раствора фотосенсибилизатора, через 2 минуты - облучали источником красного света (на расстоянии 2 см от поверхности засеянного агара) в течение 1, 3, 5 мин. Итог опыта доказывает эффективность и противомикробную активность ФДТ касательно исследуемого патогена - *S. aureus*. Изменение режимов светового луча и уровня насыщения фотосенсибилизатора не изменили активного действия ФДТ.

Исследование метода с Esherichia coli. Аналогичным способом, в качестве фотосенсибилизатора использовали растворы метиленовой сини в стерильной дистиллированной воде в концентрации 0,1%. Взвесь культуры *Esherichia coli* (плотность - 10 ЕД по стандарту мутности) заседали методом газона на чашки со средой Мюллера-Хинтона, наносили по 2 капли раствора фотосенсибилизатора, через 2 минуты - на расстоянии 2 см от поверхности облучали источником красного света, в течение 1, 3, 5 минут. Отмечена задержка роста *Esherichia coli* при воздействии ФДТ при всех определенных концентрациях фотосенсибилизатора и других расположениях облучения более 15 мм. Применение по отдельности изучаемого фактора (микрооблучение и фотосенсибилизация) не показало эффективности и противомикробной активности, что указывает о противомикробной эффективности и действенности фотодинамической терапии в отношении изучаемого патогена, а именно *E. coli*.

Исследование метода с Candida albicans. В исследовании, при применении всех испытуемых тест-культур, в качестве фотосенсибилизатора использовали растворы метиленовой сини 0,1% (стерильная дистиллированная вода). Взвесь культуры с *Candida albicans*, плотностью 10 ЕД по стандарту мутности, заседали методом газона на чашки со средой Сабуро, затем закапывали 2 капли раствора фотосенсибилизатора, через 10 минут - облучали источником красного света (на расстоянии 2 см от поверхности чашки) в течение 1, 3, 5 мин. Зоны задержки микробного роста *Candida albicans* при фотодинамическом воздействии при различных размещениях составили от 14 до 19 мм. Зона задержки роста микроорганизмов экспоненциально увеличивалась с увеличением концентрации фотосенсибилизатора метиленовой сини и не изменялась от времени и длительности излучения, уже от 60 секунд зоны задержки роста составляли максимальный диаметр.

Таким образом, усиленная ФДТ с использованием в качестве фотосенсибилизатора МС в концентрации 0,1% и параметрами облучения с плотностью мощности более 200 мВт/см² и экспозицией на площадь 3х3 мм в течение 2 минут может быть

применена в клинической практике для профилактики кровотечений из множественных эрозий желудка.

Выводы. Учитывая данные микробиологических исследований, разработанная методика ФДТ эрозивно-язвенных поражений желудка позволяет эффективно подавлять рост патогенной микрофлоры, включая *Helicobacter pylori*. В результате преобладания пролиферативно-регенеративных процессов заживление раны в полученной экспериментальной ацетатной модели язвы желудка происходит на 3 сутки эксперимента, а полное морфологическое заживление через 7 дней.

Микробиологические исследования показали, что при экспериментальной модели эрозивно-язвенного процесса в желудке только комбинированное применение лазерного воздействия в красном спектре с фотосенсибилизацией метиленовой сини обеспечивает высокую антимикробную эффективность в отношении наиболее значимых патогенных возбудителей, включая *Helicobacter pylori*.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЖЕЛУДКА

Баймаханов Б.Б., Жураев Ш.Ш.,
Шокебаев А.А., Имаммырзаев Н.Е.,
Канатов К.М., Орынбасар Н.Т.,
Казахстан Х., Абдыкадыров М.К.,
Уткалбаев Г.М., Назар Т.А.

АО «Национальный научный центр хирургии имени А.Н. Сызганова», г. Алматы, Казахстан

Актуальность. В структуре заболеваемости и смертности рак желудка остается одним из самых распространенных, приводя ежегодно к гибели около полумиллиона человек. В Республике Казахстан рак желудка занимает 1 место в структуре злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта. В структуре всей онкозаболеваемости стоит на 3-м месте (8,4%) после рака молочной железы, рака легкого (2020 год). Радикальная операция и адекватный выбор объема лимфодиссекции являются «золотым стандартом» лечения рака желудка.

Цель работы – изучить отдаленные результаты хирургического лечения рака желудка.

Материалы и методы. В отделении хирургии органов желудочно-кишечного тракта Национального научного центра хирургии имени А.Н. Сызганова с 2011 г. по январь 2023 г. выполнено 186 больным проведены радикальные операции по поводу рака желудка. Средний возраст пациентов составил $59,1 \pm 11,7$ лет, соотношение мужчин и женщин составило 111:75. Основным показанием к радикальной операции являлась аденокарцинома желудка ($n=166$, 89,6%). 186 больным выполнены следующие операции: эндоскопическая резекция – 3, субтотальная дистальная резекция желудка – 44, гастрэктомии, в том числе и комбинированные – 135, проксимальная резекция желудка – 4. При открытых радикальных операциях выполнялась лимфодиссекция в объеме D2.

Результаты. Для изучения отдаленных результатов доступны оказались 106 (56,9%) больных. Общая 5-летняя выживаемость составила – 47,9%. У больных с I стадией заболевания 5-летняя выживаемость составила – 86,8%, у St II – 17,1%, у St III – 33,5%. Для изучения отдаленных результатов доступ-

ны оказались 106 (56,9%) больных. Общая 3-летняя выживаемость составила – 57,7%. У больных с I стадией заболевания 3-летняя выживаемость составила – 86,8%, у St II – 68,5%, у St III – 33,5%.

Выводы. Хирургическое лечение пациентов с раком желудка, должны выполняться в специализированных хирургических и онкологических стационарах. Выявление на ранних стадиях заболевания, своевременное обращение пациентов, хирургическое вмешательство с адекватной лимфодиссекцией, регулярное динамическое наблюдение могут улучшить результаты лечения и обеспечить долгосрочную выживаемость.

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ПЕРОРАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ МИОТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ С АХАЛАЗИЕЙ ПИЩЕВОДА В ННЦХ ИМЕНИ А.Н. СЫЗГАНОВА

Баймаханов Б.Б., Эбдірашев Е.Б.,
Абдыкадыров М.К., Измагамбетова Ш.С.,
Ужахов А.М., Шокебаев А.А.,
Орынбасар Н.Т.

АО «Национальный научный центр хирургии имени А.Н. Сызганова», г. Алматы, Казахстан

Цель исследования – оценка результатов пероральной эндоскопической миотомии (ПОЭМ) у пациентов с ахалазией пищевода (АП) в ННЦХ имени А.Н. Сызганова.

Материал и методы. За период с августа 2017 г. по июль 2023 г. ПОЭМ при АП выполнена 23 пациентам в возрасте от 9 до 68 лет (средний возраст $46,5 \pm 21,4$ года), из них 8 мужчин и 15 женщин. Давность заболевания составляла от 6 мес до 20 лет (в среднем $5,2 \pm 5,0$ года). До выполнения ПОЭМ 7 пациентам проводилось эндоскопическое лечение при АП (баллонная дилатация кардии – 7). Средняя оценка по шкале Eckardt до операции достигала $10,02 \pm 0,65$ балла.

Результаты. Во всех случаях вмешательства закончены эндоскопически. Средняя длительность оперативного вмешательства составляла 95,06 мин. Средняя длина миотомии – 10,0 см. В структуре интраоперационных осложнений преобладал карбоксиперитонеум (8 пациентов). Кровотечение во время вмешательства было у 1 пациента, 1 случай карбокситоракс и 3 случая перфорции слизистой оболочки. В послеоперационном периоде осложнений не возникло. Пациенты осмотрены в клинике в сроки от 1 мес до 3 лет. Во всех случаях свое состояние они расценивают как удовлетворительное. Прием пищи через рот восстановлен, у 17 отмечена прибавка массы тела. Средняя оценка по шкале Eckardt составила $1,68 \pm 0,78$ балла. Среди жалоб: изжога (у 7), чувство «инородного тела» в пищеводе (2), срыгивание жидкостью (2). При эндоскопическом исследовании эрозивный эзофагит степени А диагностирован у 5 пациентов, степени В – у 2.

Заключение. ПОЭМ при АП – высокоэффективное и безопасное вмешательство, позволяющее улучшить состояние пациентов. Частота развития интра- и послеоперационных осложнений не превышает данные множества других исследований, а их тяжесть и характер позволили устранить их с примени-

ем эндоскопических технологий. Недостатком ПОЭМ является более высокая частота возникновения гастроэзофагеального рефлюкса и эрозивного эзофagита по сравнению с другими малоинвазивными вмешательствами, что требует дальнейшего анализа ближайших и отдаленных результатов этого вмешательства.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ АНТИРЕФЛЮКСНАЯ ХИРУРГИЯ

**Башабаев М.Т., Косамбеков М.А, Соболев А.Н.,
Ермекпаев К.Ж., Абдикаримова Р.О.,
Есімжомартов Д.А., Амангельды Ш.Ж.**

*КГП на ПХВ «Восточно-Казахстанская областная больница»,
г. Усть-Каменогорск, Казахстан*

Актуальность. Лапароскопическая фундопликация лишена недостатков, свойственных традиционному, открытому подходу. Она не требует проведения больших разрезов, поэтому в постоперационном периоде в значительной мере снижается риск развития инфекционных осложнений и менее выражен болевой синдром, что намного облегчает течение реабилитационного периода. К тому же сам процесс восстановления идет заметно быстрее и человек в более короткие сроки уже может вернуться к привычному для него образу жизни.

Цель исследования – провести анализ результатов лечения больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью методом лапароскопических операций.

Материалы и методы. Мы располагаем опытом хирургического лечения 147 пациентов с диафрагмальными грыжами. Отбор кандидатов на лапароскопические антирефлюксные операции во избежание постоперационных неудач осуществляется после тщательного обследования с учетом целого ряда параметров, включая наличие/отсутствие сопутствующей патологии, массу тела, возраст и т.п., что практически всегда позволяет избежать возникновения технических проблем в виде слабой мобилизации пищевода, неадекватного сшивания ножек диафрагмы в условиях грыжи пищевода или создания манжетки с натяжением после неудавшейся попытки пересечения коротких кровеносных желудочных сосудов. Если же ситуация такого рода все же развилась, больным выполняют заключающееся в полной диссекции и последующей ревизии первичной манжетки повторное хирургическое вмешательство, которое опытный специалист может успешно провести лапароскопическим доступом.

Результаты. У 146 больных была скользкая грыжа пищевода отверстия диафрагмы 2-3 ст., осложненная эрозивным рефлюкс-эзофагитом, резистентным к консервативной терапии, из них в 1 наблюдениях - пептической стриктурой пищевода. У 1 пациентов имелась посттравматическая левосторонняя грыжа диафрагмы. У 146 больных, выполнены лапароскопические и у 1 традиционные операции. С помощью лапароскопической или традиционной хирургической техники пациентам была выполнена фундопликация по Nissen (141 пациент) или Touper (6 больных), в сочетании с задней крурорафией. У 1 больного с пептической стриктурой пищевода до лапароскопической операции производилось эндоскопическое бужирование пище-

вода. В 26 наблюдениях лапароскопические антирефлюксные вмешательства выполнялись одновременно с холецистэктомией. Повреждение медиастинальной плевры и подкожная эмфизема, отмечены в 1 случае. В раннем послеоперационном периоде у 2 больных развилась дисфагия (вследствие гиперфункции манжетки), которую удалось купировать баллонными дилатациями. В 1 случае кровотечение из прокола. 1 случае кровотечения из коротких сосудов желудка. Отдаленные результаты лечения изучены в сроки от 1 года до 3 лет после операции. Хорошие результаты констатированы у 125 больных. Рецидив отмечен в 6 (4,1%) случаях. Мы полагаем, что необходимо четко определять показания и выбирать больных для хирургического лечения диафрагмальных грыж.

Выводы. При проведении операции лапароскопическим методом целесообразно соблюдать принципы, выработанные в традиционной хирургии. Лапароскопические антирефлюксные операции – высокоэффективные малотравматичные вмешательства, которые у большинства больных с грыжей пищевода отверстия диафрагмы и гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью дают хорошие результаты лечения. Отбор кандидатов на лапароскопические антирефлюксные операции во избежание постоперационных неудач осуществляется после тщательного обследования с учетом целого ряда параметров, включая наличие/отсутствие сопутствующей патологии, массу тела, возраст и т.п.

ОПЕРАЦИЯ ДАН КЕЙІНГІ ІШЕК ПАРЕЗІНІҢ АЛДЫН АЛУ ЖӘНЕ ЕМДЕУ

**Ғайноллина Г.Ғ., Джаканов М.К., Тайшибаев К.Р.,
Сағынғанов С.Қ., Курманбаев Б.А., Аубакиров Г.Б.**

*«М.Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина
университеті» КеАҚ, Ақтөбе қ., Қазақстан*

Өзектілігі. Хирургиялық араласулардан кейінгі науқастардың толық айығуындағы аса маңызды мәселелердің бірі - асқазан ішек жолдарының (АІЖ) моторлы-эвакуаторлы қызметінің бұзылысын қалпына келтіру және оның алдын алу болып табылады. Операциядан кейінгі алғашқы кезеңде АІЖ қызметін уақытында ынталандыру жасалмағандықтан, бұл асқазан ішек жолдарының әртүрлі бұзылысына әкеледі. Ғалымдардың зерттеуі бойынша операциядан кейінгі АІЖ парезінің жиілігі 4-75% аралығында кездеседі. Аталған мәселе әлі күнге дейін хирургтардың назарын аудартады.

Жұмыстың мақсаты - асқазан-ішек жолдарының моторлы-эвакуаторлық қызметінің бұзылыстарын көпәтомды спирт негізіндегі полиионды ерітінді сорбилактты қолдана отырып емдеу және алдын алу әдістерін жетілдіру.

Алдымызға қойған мақсатқа жету үшін зерттеу жұмысымызды 2 серияға бөліп қарастырдық. Зерттеудің бірінші сериясында АІЖ-ның моторлы-эвакуаторлық қызметінің бұзылыстарын операциядан кейінгі кезеңде коррекция жасауға көпәтомды спирт негізді сорбилакт ерітіндісінің әсерін зерттедік. Екінші сериясында осы ерітіндінің операциядан кейінгі ішек парезін алдын алу мақсатында қолдану мүмкіндіктерін зерттедік.

Материалдары және әдістері. 20-88 жас аралығындағы әртүрлі себеппен дамыған жайылған перитонитке байланысты операция жасалған 110 науқасты бақыладық. Барлық

науқастарға стандартты түрде құрсақ қуысының санациясы және дренаждау, ішектің назоинтестинальді интубациясы операциясы жасалды. Операциядан кейінгі кезеңде 55 науқастың кешенді емі құрамына сорбилакт қолданылды (негізгі топ), 55 науқас бақыланатын топта болып стандартты ем қабылдады. Салыстыратын топтар бірдей болды.

Асқазан-ішек жолдарын стимуляциялаудың әртүрлі әдістерінің тиімділігін бағалау үшін өзгертілген бейімделген асқазан-ішек бұзылыстарын бағалау шкаласына сәйкес Gastrointestinal Symptomscore критерийлік талдауы және жалпыға ортақ қабылданған клиникалық және зертханалық, биохимиялық зерттеу әдістері, арнайы лабораторлы және аспаптық зерттеу әдістерінің нәтижелері ескерілді: ЛИИ деңгейі, рентгенологиялық және рентгенконтрасты (Шварц сынаамасы) әдістері, УДЗ, компьютерлік томография қолданылды.

Нәтижелері. Операциядан кейінгі кезеңде ішек парезінің қалыпқа келуі зерттеуіміздің 3-4 тәуліктерінде ішек шуларының естілуі, желдің сыртқа шығуы, ұлы дәреттің болуы сынды белгілермен көріне бастады. Ішектің моторлы эвакуаторлы қызметінің оң нәтиже көрсетуі науқастың жалпы жағдайының жақсаруына көмектесті (пульстің, дене температурасының, тыныс жиілігінің, биохимиялық қан анализінің, лейкоцитоз, ЛИИ қалыпқа келуі).

Қорытынды. Ішек парезінің дамуына бағытталған алдын алу шараларымен қатар, операциядан кейінгі кезеңде асқазан ішек жолдарының моторлы-эвакуаторлық қызметінің бұзылыстарын түзету мақсатында науқастарға кешенді емімен бірге көпатомды спирт негізді полиионды ерітінді Сорбилактты қолдану дәстүрлі ем қабылдаған науқастарға қарағанда емнің жоғары нәтижелі тиімділігін көрсетті және динамикалық ішек өткізбеушілігінің алдын алуында алғашқы және шұғыл жасалатын алдын алу шаралары болып табылады.

THE USE OF PLATELET-RICH PLASMA IN THE AREA OF THE FORMED INTESTINAL ANASTOMOSIS (EXPERIMENTAL STUDY)

Dzhumabekov B.N., Dzhumabekov A.T.,
Zharmenov S.M., Artykbaev A.Zh., Kalieva S.S.,
Kanybekov A., Zhanbyrbaev S.Zh.

*Kazakhstan medical university «Higher school of public health»,
Almaty, Kazakhstan*

Relevance. The failure of the intestinal anastomosis still remains an urgent surgical problem in urgent surgery due to the failure of the intestinal sutures. This complication is observed in 2-3,5% of cases in operations on the stomach and duodenum and in 3-9% in operations on the small intestine and in 5-25% of cases in operations on the large intestine. Thus, the search for new ways to enhance regeneration in the area of superimposed anastomoses is an urgent task.

Purpose of the study. To evaluate the effect of the use of platelet-rich plasma in the area of the formed anastomosis and compare the effectiveness of various methods of application in the intestine regeneration of the anastomosis in the experiment.

Materials and methods. Autoplatelet-rich plasma was

obtained from 81 rabbits, in which two methods of application of platelet-rich plasma (injection into the muscle layer/impregnation) were studied in comparison with the control group.

Laboratory animals were randomly divided into 3 series: in the first series of laboratory animals, before the stage of anastomosis, the resected edges of the intestine were immersed in a Petri dish with an activated PRP solution for 10 min, until the PRP solution was completely curtailed.

In the II series of laboratory animals, before the imposition of the intestinal anastomosis, the muscular layer of the intestinal wall was chipped, enriched with platelets of autologous plasma in the amount of 0,2 ml per 1 cm². The chipping was performed circular, both on the leading and on the outlet section of the intestine.

In the III series of laboratory animals, before the imposition of the intestinal anastomosis, the muscular layer of the intestinal wall was chipped with saline in the amount of 0,2 ml per 1 cm². The chipping was performed circular, both on the leading and on the outlet section of the intestine.

Results. Analysis of histological and morphometric data showed that the regeneration of anastomosis treated with platelet-rich plasma (injection into the muscle layer / impregnation) is more favorable compared to the control group, which, in turn, was determined by the quantitative ratio of inflammatory infiltrate, fibroblast proliferation, neoangiogenesis and collagen deposition.

The use of platelet-rich plasma by the impregnation method significantly increased the number of adhesions. An analysis of the deformation-strength characteristics of the formed anastomoses showed significantly higher values of tensile strength, treated with platelet-rich plasma, in contrast to the control group.

Conclusion. The introduction of platelet-rich plasma into the muscular layer of the intestinal wall significantly reduces the development of adhesions compared with the impregnation method. Further research is needed to clarify the optimal method of using platelet-rich plasma, which will improve the regeneration of the intestinal anastomosis.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В СИМПТОМАТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНЫХ СТАДИЙ КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РАКА

Джуманиязов Ж.А., Лигай Р.Е., Хаджибаев Ж.А.,
Омонов Р.Р., Нигматуллин Э.И., Файзуллаев О.А.,
Абдукаримов А.Д., Жумабаев Ж.

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

Актуальность. На сегодняшний день в арсенале хирургов имеется множество вариантов симптоматического лечения дисфагии у больных с кардиоэзофагеальным раком (КЭР). Однако на первое место выступают эндоскопические методы реканализации КЭР, которые могут проводиться в качестве подготовки больного к радикальному хирургическому лечению.

Цель работы — изучить возможность эндоскопического стентирования в лечении больных с нерезектабельными стадиями КЭР.

Материалы и методы. Мы располагаем опытом лечения 286 больных с неоперабельными и нерезектабельными стадиями КЭР. Из их числа эндоскопические вмешательства для восстановления естественного питания использованы у 123 (43%) пациентов.

Результаты. Эндоскопическая диатермотуннелизация выполнена в 17 (13,8%) случаях, однако из-за продолжающегося прогрессивного роста опухоли и частого рецидива дисфагии, она не может рассматриваться как самостоятельный метод коррекции дисфагии. Стентирование опухоли выполнено у 110 (86,2%) больных.

С 2001 по 2018 г. в 84 случаях нами использовался стент из силиконовой трубки собственной конструкции. В раннем периоде развились следующие осложнения: кровотечение у 12 (11,8%), перфорация опухоли у 3 (2,97%) и болевой синдром у 6 (7,1%). Среди поздних осложнений развились: обтурация стента пищей у 18 (21,4%), обтурация проксимального отдела стента опухолью у 9 (10,7%), обтурация дистального отдела стента опухолью – 6 (7,1%), миграция стента в желудок 3 (3,6%) и миграция в пищевод 1 (1,2%). Рестентирование КЭР выполнено у 6 (7,1%) больных.

С 2018 по 2022 г. у 27 больных с нерезектабельными стадиями КЭР устанавливались саморасширяющиеся nitinol стенты. Только у 1 (4,16%) больного наступила миграция стента в дистальном направлении, что было обусловлено несоответствием размера с протяженностью опухоли. Больному повторно был установлен стент большей длины – 80*20мм с хорошим результатом. Среди поздних осложнений у 1 (4,16%) пациента через 6 месяцев после установки стента отмечалась обтурация проксимального отдела стента опухолью, в связи с чем был установлен саморасширяющийся nitinol стент по типу «стент в стент». Осложнений в виде перфорации, кровотечения не наблюдалось.

Заключение. Эндоскопическое стентирование является методом выбора для обеспечения естественного перорального питания больных с нерезектабельными стадиями КЭР. Применение силиконовых стентов утратило своё практическое значение у данной категории больных, в виду наличия большего числа осложнений, как в раннем, так и в позднем послеоперационном периоде.

ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО СИМПТОМАТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕОПЕРАБЕЛЬНЫХ СТАДИЙ РАКА ПИЩЕВОДА

Джуманиязов Ж.А., Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Хаджибаев Ж.А., Омонов Р.Р., Нигматуллин Э.И., Файзуллаев О.А., Абдукаримов А.Д., Авалбаев Ж.

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

Актуальность. В настоящее время в арсенал методов восстановления просвета пищевода входят: баллонная дилатация, бужирование, высокочастотная и биполярная электрокоагуляция, аргонплазменная коагуляция, лазерная деструкция, инъекция в опухоль этанола, фотодинамическая терапия. Однако

золотым стандартом симптоматического лечения опухолей пищевода, является стентирование саморасширяющимися металлическими стентами.

Цель работы – изучить характер эндоскопических методов лечения больных с нерезектабельными стадиями РП.

Материалы и методы. Отделение хирургии пищевода и желудка располагает опытом стационарного лечения 205 больных с нерезектабельными стадиями РП.

Локализация РП: верхняя треть грудного отдела пищевода у 6 (3,0%), верхняя и средняя треть у 15 (7,6%), средняя треть у 66 (33,3%), средняя и нижняя треть у 56 (28,3%) и нижняя треть у 55 (27,8%) больных.

Протяженность опухоли устанавливалась на основании эндоскопического и рентгенологического исследований: у 32 (15,9%) – от 3 до 5 см, у 86 (43,9%) – от 6 до 8 см, у 60 (30,2%) – от 8 до 10 см и у 20 (9,9%) пациентов – более 10 см.

Результаты. Всем 198 больным выполнены эндоскопические вмешательства, которые относятся к мини-инвазивным хирургическим манипуляциям. Эндоскопическая диатермотуннелизация (ЭДТ) – выполнена у 31 (15,6%) больных. Эндоскопическое бужирование (ЭБ) опухоли пищевода полым бужом, на который укрепляются специальные металлические оливы различного диаметра от 0,9 до 2,4 см – выполнено у 18 (9,1%) больных

С 2001 по 2018 г. нами проводилось эндоскопическое стентирование (ЭС) пищевода силиконовыми стентами собственной конструкции – у 133 (67,2%) больных.

В период с 2018 по 2022 г. у 30 больных с нерезектабельными стадиями РП устанавливались саморасширяющиеся nitinol стенты с антирефлюксным клапаном. ЭС проводилось без предварительного расширения опухолевого стеноза. Среди поздних осложнений у 2 пациентов после установки стента отмечалась обтурация проксимального отдела стента опухолью. В связи с этим 1 больному была выполнена ЭДТ и 1 пациенту был установлен саморасширяющийся стент по типу «стент в стент» с хорошим результатом. Осложнений не наблюдалось.

Выводы. Миниинвазивные эндоскопические технологии являются перспективными направлениями в улучшении качества жизни больных с нерезектабельными стадиями рака пищевода и могут служить эффективной альтернативой гастростомии, так как отвечают двум основным принципам: минимальная травматичность и возможность естественного перорального питания.

ПРИМЕНЕНИЕ САМОРАСШИРЯЮЩИХСЯ МЕТАЛЛИЧЕСКИХ СТЕНТОВ У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОЗИРУЮЩИМ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТОМ С СИНДРОМОМ ДИСФАГИИ

Джуманиязов Д.А., Лигай Р.Е., Нигматуллин Э.И., Бабажанов К.Б., Файзуллаев О.А., Абдукаримов А.Д., Мадиев Ю.

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

Актуальность. Доброкачественные стриктуры пищевода, сопровождающиеся синдромом дисфагии, регулярно встречаются в практике хирургов и эндоскопистов. Большинство этих стриктур можно эффективно расширить за несколько сеансов с помощью бужа Savary-Gilliard или при помощи баллонной дилатации. Однако у небольшой группы пациентов (10%) многократные сеансы дилатации через короткие промежутки времени не обеспечивают адекватного прохождения пищи. Считается, что у этих пациентов имеется рефрактерная доброкачественная стриктура пищевода. В статье описаны клинические случаи успешного лечения пептического стенозирующего рефлюкс-эзофагита, использованием саморасширяющегося металлического стента.

Цель работы – проанализировать эффективность стентирования пищевода у больных со стенозирующим рефлюкс-эзофагитом, осложненным синдромом дисфагии.

Материал и методы. В нашем отделении ежегодно выполняется более 100 бужирований пищевода с различными стриктурами пищевода, стентирование пищевода и желудка больным с доброкачественной и злокачественной дисфагией. В данном сообщении мы представляем 3 клинических случая больных с пептическими стриктурами пищевода, которым выполнено стентирование рубцово-измененного пищевода.

Результаты. Клинический случай №1. Больная К., 71 год, И/Б № 52, госпитализирована в отделение хирургии пищевода и желудка 04.01.2018г. с диагнозом: Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Аксиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Стенозирующий склерозирующий рефлюкс эзофагит. Короткий пищевод. Дисфагия 3 степени. Жалобы на изжогу, дисфагию, чувство дискомфорта и боли за грудиной, похудание до 10 кг за последний год. Рентгенконтрастное исследование пищевода: Короткий пищевод. Эндофитный тумор терминального отдела пищевода. Аксиальная фиксированная кардиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. 06.01.2018г. без предварительного бужирования, под контролем эндоскопии, по струне проводнику установлен полностью покрытый, саморасширяющийся, металлический (nitinol) стент с антирефлюксным клапаном, фирмы Flextent, KHP, длиной 80 мм., диаметром 20 мм. с расположением воронки в 33 см. от резцов.

Клинический случай №2. Больной П., 53 года. И/Б № 3011, госпитализирован 09.07.2020г. с диагнозом: ГЭРБ. Стенозирующий склерозирующий рефлюкс-эзофагит. Дисфагия 3 степени. Жалобы на дисфагию, изжогу и боль за грудиной. ЭГДС: Рубцовое сужение нижней трети пищевода диаметром до 0,3-0,4 см., пищевод ниже не проходим прибором диаметром 0,8 см., в 17-18 см от устья (рефлюкс-эзофагит IV ст. по Savary-Miller). Рентгенконтрастное исследование пищевода: Короткий пищевод. Аксиальная фиксированная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. 11.07.2020 г. без предварительного бужирования, под контролем эндоскопии, по струне проводнику установлен полностью покрытый, саморасширяющийся, металлический (nitinol) стент с антирефлюксным клапаном, фирмы Flextent, KHP, длиной 120 мм, диаметром 20 мм.

Заключение. Применение пищеводных саморасширяющихся полностью покрытых металлических стентов с анти-

рефлюксным клапаном у больных с пептическим рефлюкс-эзофагитом, осложненным дисфагией, является хорошей альтернативой ЭД и БП. Наши результаты показывают, что установка вышеупомянутых стентов, является оправданной стратегией для пациентов с доброкачественными рубцовыми стриктурами, однако идеальная стратегия лечения для этих пациентов нуждается в дальнейшем рандомизированном исследовании.

ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНАЯ РЕФЛЮКСНАЯ БОЛЕЗНЬ: ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Дильдабеков Ж.Б.^{1,2}, Абдурахманов Б.А.^{1,2},
Сергазин Ж.Р.¹, Аймагамбетов М.Б.¹

¹ГКП на ПХВ «Областная клиническая больница УОЗ Туркестанской области», ²АО Южно-Казахстанская медицинская академия, г. Шымкент, Казахстан

Цель работы – оценить результаты хирургического лечения больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) путем внедрения лапароскопических антирефлюксных оперативных вмешательств.

Материалы и методы. В данное исследование включено 54 пациентов с установленным диагнозом гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, по поводу которой они были лапароскопически (38) и лапаротомно (16) прооперированы с использованием различных антирефлюксных операций.

Результаты. Сравнительному анализу подлежали больные, которым была выполнена круорофия, фундопликация. Все больные (n=54) по использованному методу фундопликации были разделены на две группы: первая – основная группа (А) (n=38), использована лапароскопическая тотальная фундопликация по Nissen и Torét; вторая контрольная группа (Б) (n=16) при которой применялась тотальная фундопликация – по Nissen Rozetti выполненная из лапаротомного доступа. Возраст пациентов колебался в возрасте от 18 до 69 лет. В первой группе было 9 мужчин и 29 женщин. Во второй группе – мужчин 3, женщин 13. Медиана (Me) продолжительности заболевания исследуемых составила 3,7 лет в первой и 3,8 лет во второй группе.

Летальных исходов среди оперированных лапароскопически не было, что указывает на безопасность антирефлюксных операций выполненных лапароскопически. При соблюдении всех требований предоперационной подготовки и обследования пациентов, при точных и выверенных интраоперационных действиях обеспеченных многократным оптическим увеличением, а так же при правильном послеоперационном ведении оперированных можно избежать фатальных осложнений. Мы не увидели гнойных и тромбоэмболических осложнений, которых не удается избежать при использовании открытого доступа. А лучшая визуализация верхнего этажа брюшной полости и заднего средостения так же способствовала на наш взгляд, снижению операционных и послеоперационных осложнений. Конверсии среди 38 пациентов, вошедших в данное исследование не было. В основной группе было 2 (11,1%) случая интраоперационного осложнения в виде краевого ранения печени атравматической иглой, фиксированной в иглодержателе.

теле – кровотечение остановлено электрокоагуляцией, был 1 случай поверхностного повреждения вагусных нервов при их выделении в условиях периэзофагита с развитием клиники диареи. В раннем послеоперационном периоде осложнений в данной группе не было.

Вместе с тем, интраоперационно и в ближайшем послеоперационном периоде у 4 (25%) пациентов во второй группе получены различные осложнения в виде микроперфорации пищевода с развитием гнойного медиастенита 1 случай, нагноения послеоперационной раны - 2; был 1 случай нижнедолевой застойной пневмонии.

Заключение. Отсутствие послеоперационной летальности и редкие случаи общехирургических интра- и послеоперационных осложнений, а также ранняя активизация оперированных в основной группе указывают на то, что лапароскопически выполненные фундопликации и крурорафии малотравматичны и безопасны. Основным показанием к выполнению антирефлюксной операции следует считать эрозивную форму ГЭРБ и пищевод Баррета, когда отсутствует стойкий и выраженный эффект от кислотосупрессивного медикаментозного лечения, а также наличие внепищеводных атипичных проявлений ГЭРБ.

СЛИВ РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА ПРИ МОРБИДНОМ ОЖИРЕНИИ

Ержанов О.Н., Ермекбай. Е.Е.,
Сарсенбаева Ф., Нурканов М.О.

ГКП на ПХВ «Многопрофильная областная №2» УЗ
Акмолинской области», г. Астана, Казахстан

Актуальность. Эффективной бариатрической операцией при морбидном ожирении с индексом массы тела выше 35-45 кг/м²; при наличии тяжелых сопутствующих заболеваний - сахарный диабет, не контролируемая артериальная гипертензия, сердечная недостаточность является слив резекция желудка (рукавная резекция, вертикальная или продольная резекция желудка). Противопоказания к рукавной резекции желудка при морбидном ожирении являются: тяжелая декомпенсированная сопутствующая морбидному ожирению терапевтическая патология (сердечная, легочная, печеночная, почечная), заболевания крови, алкоголизм, наркомания и др.

При слив резекции производится резекция тела большой кривизны желудка вместе с дном, из желудка формируют узкую полую трубку, с сохранением естественного пассажа по желудочно-кишечному тракту, кардиального сфинктера, пилорического жома. После рукавной резекции желудка из-за удаления тела и дна уменьшается количество париетальных клеток, выработка соляной кислоты, снижается секреторная активность желудка.

Цель работы – влияние слив резекции желудка при морбидном ожирении на течение заболеваний, связанных с ожирением, улучшение качества жизни пациентов, снижение риска преждевременной смерти за счет значительного снижения массы тела, вследствие уменьшения потребления пищи, ограничения всасывания пищи в желудочно-кишечном тракте.

Материалы и методы. С 2012 года по поводу морбидного ожирения слив резекция желудка произведена 106 больным в возрасте от 36 до 57 лет (средний возраст 46,5 лет), (мужчин – 11, женщин – 25), средняя масса тела 135 кг (120-150 кг), средний индекс массы тела 45 (30,5-59,5) кг/м². Сахарный диабет второго типа, артериальная гипертензия, гиперлипидемия выявлены у всех пациентов. Рефлюкс-эзофагит отмечался у 13 пациентов. Хронический рецидивирующий калькулезный холецистит у 13 больных. Слив резекцию желудка выполняли по единой методике с созданием равномерно узкого желудочного рукава, резекцию большой кривизны начинали с ее мобилизации в 3 от пилорического жома до пищевода, просвет желудка калибровали на зонде 12 мм. Время операции составляло 100-140 минут. При наличии рецидивирующего калькулезного холецистита проводили симультанную холецистэктомию. Для профилактики рефлюкс-эзофагита производили фундопликацию по Ниссену. Больные после операции вставали через 6 часов после операции, на 2-3 сутки разрешали дробное питье в объеме 500 мл, с увеличением объема жидкой пищи до 700 мл в сутки, пюреобразную пищу принимали с 4 суток после операции, прием твердой пищи разрешали с 3 недели послеоперационного периода после тщательного прожевывания пищи. В послеоперационном периоде осложнений, летальных исходов не было. Средний послеоперационный койко-день составил 6 дней. У 5 пациентов развился рефлюкс-эзофагит, у 3 больных В12-дефицитная анемия. Белковых и электролитных нарушениях не было. Снижение избыточной массы тела в течении года составил 50%. В последующие сроки наблюдения скорость потери избыточной массы тела снижалась. В отдаленном периоде 1 пациентка умерла через 6 месяцев после операции от острого нарушения мозгового кровообращения в бассейне средней мозговой артерии, отека головного мозга.

Заключение. Таким образом, установлено, что слив резекция желудка перспективная, безопасная, физиологичная, эффективная, малотравматичная операция при морбидном ожирении. Слив резекция может рассматриваться как самостоятельная операция или как первый этап более сложных бариатрических операции (гастрошунтирование, билиопанкреатическое шунтирование). Слив-резекция желудка является операцией выбора при тяжелых соматических заболеваниях, когда сложные бариатрические операции противопоказаны.

АНАЛИЗ ПРИЧИН НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ КАРДИОДИЛАТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С КАРДИОСПАЗМОМ И АХАЛАЗИЕЙ КАРДИИ

Лигай Р.Е., Цой А.О., Хаджибаев Ж.А., Нигматуллин
Э.И., Бекчанов Х.Н., Бабажанов К.Б., Жумабаев Ж.

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

Актуальность. Кардиоспазм и ахалазия кардии относятся к группе нейро-мышечных заболеваний, которые, по статистическим данным, составляют до 21% всех хирургических патологий пищевода, уступая по частоте онкологическим поражениям, рубцовым стриктурам и грыжам пищеводного отверстия диафрагмы. Медикаментозная терапия в лечении больных с ахалазией кардии имеет вспомогательное значение и, как правило, показана при противопоказаниях к инвазивному лечению. К наиболее эффективным миниинвазивным методам лечения относятся кардиодилатация, стентирование, эндоскопическое введение ботулотоксина и пероральная эндоскопическая кардиомиотомия.

Цель работы – изучить причины неудовлетворительных результатов кардиодилатации у больных с кардиоспазмом и ахалазией кардии

Материал и методы. Отделении хирургии пищевода и желудка ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова» располагается опытом лечения 947 больных с ахалазией кардии.

Результаты. Дилатацию аппаратом Штарка выполнили в 36 (3,8%) случаях в 70-80 годы прошлого столетия, в настоящее время не применяется из-за травматичности. Предпочтение отдается пневматической – 829 (87,5%) и гидробаллонной – 61 (6,4%) дилатации. Бужирование пищевода полыми бужами выполнено 7 (0,7%) больным только при стенозирующем рефлюкс-эзофагите, который развился после ранее перенесенных эзофагокардиомиотомий.

Хорошие результаты миниинвазивных методов лечения получены у 606 (64%) больных, удовлетворительные – у 280 (29,5%), неудовлетворительные – у 61 (6,4%).

Причины неудовлетворительных результатов кардиодилатации:

1. Невозможность проведения миниинвазивных методов лечения устанавливается на основании комплексного обследования больных. При выраженной эзофагоэктазии пищевода и кардиоэзофагеального перехода существует большой риск перфорации пищевода. Применение миниинвазивных методов лечения оказалось невозможным у 22,9% (14 больных) с IV стадией заболевания.

2. Неудачи при попытках проведения дилататора через кардию как причина неудовлетворительных результатов отмечены у 26,2% (16 больных). Неудачи возникают из-за выраженных рубцовых изменений в кардии на фоне спазма, в результате чего жесткости кардиодилататора недостаточно для преодоления сопротивления кардии; из-за S-образной деформации кардии, когда кончик дилататора не удается довести до просвета кардии.

3. Отсутствие эффекта от дилатации составило 50,8% (31 больной) причин неудовлетворительных результатов. Больным удается провести дилататор через кардию, однако после неоднократных сеансов кардиодилатации не отмечается клиническое улучшение проходимости пищи в связи с полной потерей перистальтической активности мышц пищевода и, так называемым, эффектом «резиновой кардии», когда сразу после дилатации вновь наступает спазм кардии.

Заключение. Причиной неудовлетворительных результатов миниинвазивных методов лечения больных с ахалазией

кардии являются невозможность дилатации, неудачи при попытках проведения аппарата через кардию и непосредственно неудовлетворительный результат проведенного курса расширения кардии. При неэффективности и невозможности кардиодилатации необходимо хирургическое лечение, вариант операции зависит от степени запущенности заболевания.

СТРУКТУРНЫЙ АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ЭКСТИРПАЦИИ ПИЩЕВОДА С ОДНОМОМЕНТНОЙ ЭЗОФАГОПЛАСТИКОЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С АХАЛАЗИЕЙ КАРДИИ III-IV СТАДИИ

Лигай Р.Е., Цой А.О., Хаджибаев Ж.А., Омонов Р.Р.,
Бекчанов Х.Н., Бабажанов К.Б.,
Абдукаримов А.Д., Авалбаев Ж.

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

Актуальность. Экстирпация пищевода остается одной из сложнейших операций в торако-абдоминальной хирургии, которую отличают травматичность, длительность, высокий риск интра- и послеоперационных осложнений. Главным преимуществом экстирпации пищевода является полное удаление патологически измененного органа – пищевода. В мировой литературе встречаются единичные сообщения об опыте применения экстирпации пищевода больным с ахалазией кардии.

Цель работы – изучить структуру осложнений экстирпации пищевода с одномоментной эзофагопластикой при хирургическом лечении больных в запущенной стадии ахалазии кардии.

Материал и методы. В отделении хирургии пищевода и желудка ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова» по поводу запущенных стадий ахалазии кардии выполнены 32 экстирпаций пищевода. Мужчин было 18 (64,2%), женщин – 10 (35,8%) в возрасте от 11 до 62 лет. Ахалазия кардии III стадии была у 4 (14,3%), IV стадии - у 24 (85,7%) больных.

Показаниями к экстирпации пищевода считали неэффективность дилатации после 5-7 сеансов у 8 (28,6%) больных; невозможность проведения дилататора в желудок по данным комплексного обследования, которая подтверждается при попытках проведения дилататора – у 17 (60,7%); стенозирующий рефлюкс-эзофагит нижней трети грудного отдела пищевода на фоне ранее перенесенной эзофагокардиомиотомии – у 3 (10,7%) больных.

Абдомино-цервикальный доступ использовали 27, торако-абдомино-цервикальный - 1 пациентке. В связи с эхинококкозом правого легкого ей выполнена симультанная операция. В выборе способа эзофагопластики отдаем предпочтение изо-перистальтической желудочной трубке из большой кривизны желудка, которую использовали 24 больным. Только 4 пациентам для создания трансплантата использовали левую половину толстой кишки.

Результаты. Осложнения экстирпации пищевода у больных с запущенными стадиями ахалазии кардии разделяем на интраоперационные, ближайшие и отдаленные послеоперационные.

Интраоперационные осложнения: кровотечение из средостения у 5 (17,8%) больных остановлено тампонированием средостения; повреждение медиастинальной плевры у 14 (50%) больных потребовало дополнительного дренирования плевральных полостей; повреждение левого возвратного нерва у 4 (6,3%) больных вызвало временную потерю голоса и нарушение акта глотания, которые нормализовались в течение 6 месяцев на фоне терапии.

В ближайшем послеоперационном периоде наблюдали бронхо-легочные осложнения у 5 (17,8%) больных (пневмония – у 2, экссудативный плеврит – у 3); специфические осложнения – у 1 (3,6%) больного наступила недостаточность эзофагогастроанастомоза. Все осложнения купировали консервативными мероприятиями. Летальных исходов не было.

В отдаленном периоде от 6 месяцев до 20 лет обследованы все 32 пациента. Только в 2 (7,2%) случаях диагностировано рубцовое сужение эзофагогастроанастомоза, что потребовало бужирования и дилатации с хорошим клиническим эффектом.

Заключение. Экстирпация пищевода является патогенетически обоснованным вмешательством для больных с запущенными стадиями ахалазии кардии. Однако травматичное вмешательство сопряжено с риском развития осложнений.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПИЩЕВОДА

Макаров В.А., Новиков И.И., Олжаев С.Т., Бекботаев Б.Ж., Абжалелов А.Б.

КГП на ПХВ «Алматинская региональная многопрофильная клиника», г. Алматы, Казахстан

Актуальность. Хирургическое лечение рака пищевода представляет собой серьезную проблему общественного здравоохранения в мире. Открытые хирургические резекции при раке пищевода остаются стандартом лечения в большинстве медицинских центров. С появлением эндовидеохирургических технологий произошло их активное внедрение в хирургию пищевода, что позволило минимизировать хирургическую травму и кровопотерю, а также частоту интра- и послеоперационных осложнений по сравнению с традиционными открытыми методами операций, выбор операции зависит от факторов пациента и хирурга. В современном представлении под минимально-инвазивной эзофагоэктомией (minimally invasive esophagectomy – MIE) понимают операцию, когда резекция пищевода выполнена комбинированным лапаро- и торако-скопическим методами, если же один из этапов вмешательства был выполнен при помощи традиционной методики, операция называется гибридной (hybrid minimally invasive esophagectomy – HMIE).

Цель исследования - сравнительная оценка непосредственных результатов минимально-инвазивных и открытых операции при раке пищевода.

Материалы и методы. Материалом исследования послужили пациенты, оперированные в условиях КГП на ПХВ «АРМК» Алматинской области, 39 пациентов с диагнозом рак пищевода, подвергшихся эзофагэктомии в качестве самостоятельного метода лечения или в составе комплексного лечения за период 2020-2023 гг. В исследование включены больные раком пищевода в возрасте от 40 до 70 лет – средний возраст – (58,6±3,8) лет. У всех пациентов опухоль была представлена плоскоклеточным раком. Верхнегрудная локализация рака пищевода была у 2 (5%) пациента, среднегрудной отдел – у 25 (64,1%), нижнегрудной – у 12 (30,7%). Стадирование больных проводили согласно клиническим рекомендациям NCCN Guidelines. Для оценки распространения опухолевого процесса использовали ПЭТ КТ всего тела, КТ органов грудной клетки и брюшной полости, ФЭГДС, УЗИ лимфатических узлов шеи, рентгеноскопию пищевода. После проведенного обследования больные были распределены по клиническим стадиям заболевания: St I – 3 (7,7%) пациента, St II – 26 (66,7%), St III – 10 (25,6%) пациентов. Распределение исследуемых больных в группы было проведено на основании варианта оперативного вмешательства: 1-я группа пациентов, подвергшихся полностью минимально инвазивной эзофагэктомии (эзофагэктомия по McKeown или трехпозиционная эзофагэктомия; эзофагэктомия Lewis, трансхитальная или трансмедиастинальная эзофагэктомия; гибридной минимально инвазивной эзофагэктомии) – 17 пациентов; 2-я группа пациентов подвергшихся традиционной эзофагэктомии (торакотомии и лапаротомии) – 12 пациентов.

Результаты. После проведенного комплексного обследования было проведено 39 операций, которые разделены на 2 группы. В первой группе оперированы 17 пациентов минимально инвазивная эзофагэктомия, средняя продолжительность операций составила 246±25 мин, объем кровопотери 220±20 мл. Конверсий, интраоперационных осложнений не было. В группе сравнения так же прооперированы 12 пациентов с раком пищевода, средняя продолжительность операции составила 284±15 мин, объем кровопотери 460±20. После операции больные в течение (3±1) суток находились в отделении реанимации и интенсивной терапии. Осложнения в послеоперационном периоде развивались у 5 больных следующим образом: пневмония – у 1; несостоятельность анастомоза – у 2; кровотечение – 1, экссудативный плеврит – у 1 больного. С несостоятельностью анастомоза оба пациента повторно взяты на операцию: разобщение анастомоза, формирование эзофагостомы и гастростомы. Летальный исход у 1 пациента основной группы после операции трехпозиционная эзофагэктомия по McKeown. Продолжительность койко-дней послеоперационного периода в основной группе составила 13±2 суток, в группе сравнения – 18±1 суток.

Заключение. На основании полученных результатов, сделали вывод, что выполнение MIE ассоциируется с меньшей кровопотерей, уменьшением послеоперационной боли, сокращением времени пребывания в отделении интенсивной терапии и сокращением продолжительности пребывания в больнице по сравнению с традиционными открытыми доступами.

СОВРЕМЕННЫЕ ЭНДОВИЗУАЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СИМПТОМАТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ НЕОПЕРАБЕЛЬНЫХ СТАДИЙ РАКА ПИЩЕВОДА И КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Низамходжаев З.М., Джуманиязов Ж.А., Лигай Р.Е., Хаджибаев Ж.А., Омонов Р.Р., Бабаджанов А.С., Нигматуллин Э.И., Файзуллаев О.А., Абдукаримов А.Д.
ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова», г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Существующие методы симптоматического лечения дисфагии у больных с раком пищевода (РП) и кардиоэзофагеальной зоны (КЭЗ) не лишены значимых недостатков. Хирургическое симптоматическое лечение сопряжено с высоким риском осложнений, имеет длительный послеоперационный период реабилитации и требует крупных материальных затрат.

Цель работы – изучить возможность стентирования неоперабельных стадий РП и КЭЗ саморасширяющимися nitinol стентами.

Материалы и методы. С 2018 по 2022 г. отделение хирургии пищевода и желудка располагает опытом лечения 50 больных с неоперабельными стадиями РП и КЭЗ, которым устанавливались саморасширяющиеся, nitinol стенты. По локализации рака, больные распределены следующим образом: средняя треть грудного отдела пищевода – у 6 (12%); средняя треть и нижняя треть грудного отдела – у 11 (22%); нижняя треть грудного отдела – у 4 (8%); нижняя треть грудного отдела с распространением на КЭП – у 19 (38%); КЭР – у 4 (8%); рецидив опухоли эзофагоэнтеноанастомоза – у 3 (6%) больных, рецидив опухоли ЭзГА – 1 (2%) и рак культи желудка – 2 (8%).

Эндоскопически не удалось определить протяженность у 17 больных. В этих случаях протяженность определялась рентгенологически с контрастом. Распределение больных по протяженности было следующим: до 3 см – у 5 (10%), 4-6 см – у 23 (46%), 7-9 см – у 15 (30%), 10-12 см – у 7 (14%).

Результаты. У 46 (92%) пациентов наблюдались хорошие результаты. Характер ранних осложнений после стентирования: миграция стента в дистальном направлении – у 1 (2%) больного. Стент размером 60*20мм. без технических сложностей был извлечен из желудка на следующий день. Больному повторно был установлен стент большего размера – 80*20мм. Пациент выписан домой без явлений дисфагии.

Среди поздних осложнений у 3 (6%) пациентов через 3-6 месяцев после стентирования отметилась обтурация проксимального отдела стента опухолью. 1 больному была выполнена диатермотунелизация и бужирование опухоли. 2 пациентам выше ранее установленного стента был установлен саморасширяющийся nitinol стент по типу «стент в стент». Во всех случаях проходимость суженного участка восстановлена. Осложнений не наблюдалось. Перфорации, кровотечения не наблюдалось.

Заключение. Наилучшие результаты симптоматического лечения, с наименьшим числом осложнений, достигаются при использовании эндоскопического метода восстановления и поддержания просвета стенозированных опухолью органов верхних отделов пищеварительного тракта с использованием саморасширяющихся металлических стентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ КАРДИОДИЛАТАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ЗАПУЩЕННЫМИ СТАДИЯМИ КАРДИОСПАЗМА И АХАЛАЗИИ КАРДИИ

Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Цой А.О., Бекчанов Х.Н., Нигматуллин Э.И., Бабажанов К.Б., Файзуллаев О.А., Мадиев Ю.

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

Актуальность. Сегодня для лечения больных с кардиоспазмом и ахалазией кардии применяют кардиодилатацию, эзофагокардиомиотомию, экстирпацию пищевода. Эффективность кардиодилатации неоднозначна, особенно у больных с III-IV стадиями заболевания. По данным одних авторов, хорошие отдаленные результаты кардиодилатации достигают 85-90%. Однако большинство исследователей сообщают, что уже через год после кардиодилатации ее эффективность снижается до 60%, а через 5 лет более, чем у половины больных возникает рецидив заболевания. Многим пациентам требуются повторные курсы кардиодилатации или хирургическое лечение.

Цель работы – изучить причины неудовлетворительных результатов кардиодилатации и определить тактику лечения больных с запущенными стадиями ахалазии кардии.

Материал и методы. Отделение хирургии пищевода и желудка ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова» располагает опытом лечения 947 больных с ахалазией кардии в возрасте от 12 до 84 лет. Мужчин было 455 (48%), женщин – 492 (52%). Пациентов 19-44 лет было 563 (59,5%), 45-59 лет – 207 (21,8%).

На основании клинко-рентгенологической классификации Петровского Б.В. больных по стадиям заболевания распределили следующим образом. I стадия – 57 (6%), II стадия – 336 (35,5%), III стадия – 444 (46,9%) и IV стадия диагностирована у 110 (11,6%) пациентов. Таким образом, больных с III и IV стадиями было 554 (58,5%).

Мы использовали следующие варианты миниинвазивного лечения: кардиодилатацию и бужирование. Кардиодилатация (пневматическая, гидробаллонная, металлическим аппаратом Штарка) остается наиболее распространенным методом лечения больных с ахалазией кардии. Дилатацию аппаратом Штарка выполнили в 36 (3,8%) случаях, пневматическую – в 829 (87,5%), гидробаллонную – в 61 (6,4%). Бужирование пищевода полыми бужами выполнено 7(0,7%) больным только при стенозирующем рефлюкс-эзофагите, который развился после ранее перенесенных эзофагокардиомиотомий.

Хорошие результаты миниинвазивных методов лечения отмечены у 606 (64%) больных, удовлетворительные – у 280 (29,5%), неудовлетворительные – у 61 (6,4%). Однако наиболее объективным показателем является эффективность миниинвазивных методов в зависимости от стадии заболевания.

Так при I стадии хорошие результаты получены у 93% больных, удовлетворительные – у 7%. При II стадии хорошие результаты достоверно уменьшились до 79,8%, удовлетворительные получены у 20,2% больных. Неудовлетворительных результатов у пациентов I и II стадии не было.

У пациентов с III стадией хорошие результаты составили 58,3%, удовлетворительные – 36% и 5,6% – неудовлетворительные.

Наибольшее число неудовлетворительных результатов получено у 32,7% пациентов с IV стадией, хорошие результаты достоверно уменьшились до 23,6%, а удовлетворительные получены у 43,6%.

Заключение. Пневматическая и гидробаллонная кардиодилатация являются самым распространенным, эффективным и безопасным миниинвазивным вмешательством при ахалазии кардии, может применяться при любой стадии заболевания, однако ее эффективность уменьшается у пациентов с III-IV стадией заболевания.

ПРИЧИНЫ НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ БУЖИРОВАНИЯ ПО СТРУНЕ У БОЛЬНЫХ С РУБЦОВЫМИ СТРИКТУРАМИ ПИЩЕВОДА

Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Хаджибаев Ж.А.,
Абдуллаев Д.С.

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

Цель работы – провести анализ неудовлетворительных результатов бужирования по струне у больных с постожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода (ПРСП).

Материал и методы. В отделении хирургии пищевода и желудка РСЦХ имени академика В.Вахидова 487 больным с ПРСП выполнены различные варианты лечения: бужирование пищевода (БП) по струне – 399 (81,9%); эндоскопическое бужирование – 28 (5,7%); эндоскопическое стентирование – 25 (5,1%) и гидробаллонная дилатация – 35 (7,2%) пациентам.

Результаты. Анализ результатов БП показал, что хорошие результаты получены у 168 (42,1%) больных, удовлетворительные результаты у 43 (10,8%) и неудовлетворительные – у 188 (47,1%) пациентов. Однако такие абсолютные данные нельзя рассматривать без учета протяженности стриктуры. Распределение больных по протяженности стриктуры было следующим: короткие (до 3 см) у 22 (5,5%), протяженные (4-9 см) у 145 (36,3%), субтотальные (10-15 см) у 131 (32,8%) и тотальные (свыше 16 см) у 101 (25,3%) больного.

У больных с короткими стриктурами число хороших результатов достигло 86,4%, удовлетворительные – у 3 (13,6%), при этом ни в одном случае не было неудовлетворительных результатов. У пациентов с протяженными стриктурами число хороших результатов уменьшилось до 71,7% больных, удовлетворительный результат получен у 14,5% и число неудовлетворительных результатов увеличилось до 13,8%. Из 131 больного с субтотальными стриктурами пищевода отмечается уменьшение количества хороших результатов до 27,5%, а число неудовлетворительных результатов резко возросло до 63,4%. У пациентов с тотальными стриктурами только в 8,9% случаев получен хороший результат, а количество неудовлетворительных результатов достигло 84,2%. Таким образом, четко прослеживается разница в эффективности БП в зависимости от протяженности стриктуры ($\chi^2=158.5$, $df=6$, $p<0,05$).

У 20 (13,8%) пациентов с протяженными стриктурами ($n=145$), в 20 случаях получен неудовлетворительный резуль-

тат: у 3 пациентов наступила перфорация после бужирования, у 1 отмечался выраженный болевой синдром на фоне обострения эзофагита, у 4 больных не удалось дальнейшее бужирование более №24, 3 пациентов отказались от дальнейшего бужирования и у 9 пациентов вообще не удалось провести бужирование даже №14.

В группе больных с субтотальными стриктурами ($n=131$) неудовлетворительный результат получен у 83 (63,4%). Так в 1 случае после БП наступило непроникающее повреждение пищевода, в связи с чем проведено консервативное лечение с наложением гастростомы, а у 2 пациентов с проникающей травмой после бужирования пришлось прибегнуть к хирургическому лечению. В 6 случаях не удалось завершить адекватное бужирование из-за извитости стриктуры (выполнено бужирование только до №22-24), у 1 пациента отмечался выраженный болевой синдром и 2 пациентов категорически отказались от продолжения сеансов бужирования. В 60 случаях не удалось выполнить даже один сеанс бужирования, а у 11 больных выполнение БП расценено как невозможное из-за высокого риска перфорации.

У больных с тотальными стриктурами ($n=101$) количество неудовлетворительных результатов возросло до 84,2%. При этом в 4 случаях не удалось завершить курс бужирования, т.к. далее не прошел буж №28. В 39 случаях попытки бужирования были безуспешны, а у 42 больных бужирование было невозможно, в связи с высоким риском перфорации пищевода.

Заключение. БП остается наиболее распространенным методом инструментального лечения больных с ПРСП. Число неудовлетворительных результатов БП напрямую зависит от протяженности рубцовой стриктуры ной кровоточением.

RISK FACTORS FOR EARLY RECURRENCE IN ESOPHAGEAL CANCER: ANALYSIS OF TUMOR-INFILTRATING IMMUNE CELLS

Takahiro Enjoji, Shinichiro Kobayashi, Hanako Tetsuo,
Tomohiko Adachi, Kazuma Kobayashi, Akihiko Soyama,
Kengo Kanetaka, Shinji Okano, Susumu Eguchi
Nagasaki University Graduated School of Biomedical Sciences,
Dept. of Surgery, Nagasaki, Japan, Nagasaki University Hospital,
Dept. of Pathology, Nagasaki, Japan

Background. Esophageal cancer is known for its high recurrence rate following radical resection, particularly early recurrence, which carries a poor prognosis. Recently, the indication of immune checkpoint inhibitor (ICI) therapy for esophageal cancer has been expanded to postoperative adjuvant therapy based on the results of the CheckMate 577 trial, and its efficacy is expected to increase. However, the response rate to ICIs for esophageal cancer is only 10-30%, and the method of selecting patients for whom immunotherapy is effective remains controversial.

Aims. We aimed to elucidate the association between early postoperative recurrence of esophageal cancer and the tumor immune microenvironment (TIME). We expect that this will provide a biomarker for patient selection for immunotherapy, especially in

combination with postoperative adjuvant chemotherapy.

Materials and Methods. The study enrolled 63 patients with pStage II, III, or IV esophageal cancer who underwent radical surgery at our department between May 2014 and June 2020. Retrospective evaluation was conducted on 26 patients who experienced cancer recurrence within one year (early recurrence (ER) group) and 37 patients with nonearly recurrence (NER group). CD8-positive lymphocytes and Forkhead box protein 3 (Foxp3)-positive lymphocytes, which are expressed in CD4 and CD8 lymphocytes, were counted and classified into 3 groups (high/high, high/low or low/high, and low/low). Next, the 1-year RFS for T-cell immunoglobulin mucin 3 (TIM3) and programmed death receptor-1 (PD1) ratios in the CD8 Low and Foxp3 Low groups. Results: Clinical characteristics, including age, sex, BMI, preoperative PNI, tumor localization, and postoperative treatment, did not differ significantly between the two groups. However, a higher percentage of patients in the ER group received preoperative treatment than in the NER group (RR: 4,61, 95% CI: 0,70-30,3, $p=0,04$). Univariate analysis revealed a higher proportion of pStage III/IV cases in the ER group (RR: 5,04, 95% CI: 1,69-15,0, $p<0,01$) and a higher mortality rate in the ER group than in the NER group (RR: 5,69, 95% CI: 2,45-13,2, $p<0,01$). TIME analysis: ROC analysis showed significantly lower levels of CD8- and Foxp3-positive lymphocytes in the ER group than in the NER group. The relative risks (RRs) for CD8- and Foxp3-positive lymphocytes were 2,07 (95% CI: 1,14-3,75, $p=0,02$) and 2,32 (95% CI: 1,36-3,96, $p<0,01$), respectively, indicating a higher risk of early recurrence with lower lymphocyte counts. The CD8/Foxp3 subgroups in four groups showed that the High/High group had the best prognosis (82,3% 1-year RFS), while the Low/Low group had the worst prognosis (12,5% 1-year RFS). The 1-year RFS was significantly worse in the CD8 low and TIM3/CD8 ratio high groups (1-year RFS: 45% vs. 70%, log-rank test $p=0,05$), as well as in the CD8 low and PD1/CD8 ratio high groups (1-year RFS: 42% vs. 69%, log-rank test $p=0,03$). Similarly, the Foxp3 Low and TIM3/Foxp3 ratio High groups and the Foxp3 Low (1-year RFS: 68% vs. 28%, log-rank test $p<0,01$) and PD1/Foxp3 ratio High groups (1-year RFS: 24% vs. 67%, log-rank test $p<0,01$) exhibited significantly worse prognoses than the other groups.

Conclusions. In esophageal cancer, the infiltration of CD8- and Foxp3-positive lymphocytes is crucial to prevent early recurrence after curative esophagectomy. The balance of the regulatory functions of lymphocytes may also be associated with early recurrence after curative esophagectomy.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДОВ ПРОВЕДЕНИЯ БАЛЛОННОЙ ДИЛАТАЦИИ И БУЖИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕОЖОГОВЫМИ РУБЦОВЫМИ СТРИКТУРАМИ ПИЩЕВОДА

Турсынбаев Н.Н., Исмаилов А.Ж., Кусаинов М.Б.
ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница № 2,
г. Астана», Казахстан

Актуальность. Проблема выбора тактики и способа лечения рубцовых стриктур пищевода до настоящего времени продолжает быть одной из актуальных задач хирургии, так как заболеваемость здесь не имеет тенденции к снижению, вследствие широкого использования в быту и на производстве агрессивных веществ.

Цель работы – провести сравнительный анализ эндоскопических методов лечения больных с послеожоговыми стриктурами пищевода.

Материалы и методы. На базе ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница №2 г. Астана» за период с 2019 по 2022 год, проведен сравнительный анализ пролеченных 10 пациентов (6 мужчин, 4 женщин) с диагнозом послеожоговая рубцовая стриктура пищевода. Возраст пациентов с послеожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода составлял от 25 до 65 лет. Протяженность послеожоговой стриктуры у 8 пациентов была от 0,5 до 2,0 см, у 2 пациентов протяженность послеожоговой стриктуры пищевода от 3,0 до 5,5 см. Эндоскопическое лечение проводилось в периоды от 6 месяцев до 12 месяцев послеожоговой травмы пищевода. Нами была проведена баллонная гидродилатация всем 10 пациентам. Из них дополнительно 2 пациентам с протяженностью стриктуры от 3,0 до 5,5 см было проведено бужирование пищевода, т. к. баллонная дилатация была малоэффективна. Для дилатации послеожоговых рубцовых стриктур пищевода под эндоскопическим контролем был проведен проводник за сужение, и далее по проводнику был проведен специальный баллон с диаметром от 1,0 до 2,0 см. Нами был использован метод последовательного расширения стриктуры, путем применения баллонов различного диаметра – от меньшего к большему – в течение нескольких этапов через 2–3 дня. Баллонную гидродилатацию проводили в условиях повышения давления до 5 атмосфер, с экспозицией 2-3 мин. При этом уровень компрессии баллона доводили до расправления «тали» дилатируемой части пищевода и зачастую до механического разрыва рубцовых тканей. Для бужирования стриктуры пищевода у 2 пациентов с протяженностью от 3,0 до 5,5 см применяли пищеводные бужи размерами от №8 до №16.

Результаты. Таким образом, результаты наших исследований показали что при использовании баллонной дилатации у пациентов с непротяженной стриктурой от 0,5 до 2,0 см., длительную ремиссию (6 месяцев) наблюдали у 8 пациентов. А в случаях с наличия протяженных стриктур пищевода от 3,0 до 5,5 см (у 2 пациентов) считаем целесообразным использование пищеводных бужей размерами от №8 до №16. При этом достижение положительных не превышало 1,5 месяцев. Следует отметить, что во время процедуры баллонной дилатации пищевода и бужировании ее стриктур осложнений не наблюдали.

Заключение. Наш опыт лечение рубцовых стриктур пищевода различных протяженностей показывает, что при непротяженных констрикциях органа (от 0,5 до 2,0 см) баллонная дилатация позволяет достигнуть ремиссию до 6 месяцев, а в случаях протяженности стриктуры от 3,0 до 5,5 см наиболее эффективным методом лечения оказалось бужирование пищевода.

РЕЗУЛЬТАТЫ СТЕНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ СТЕНОЗАМИ ПИЩЕВОДА

Хаджибаев Ж.А., Джуманиязов Ж.А., Лигай Р.Е.,
Омонов Р.Р., Нигматуллин Э.И., Абдуллаев Д.С.,
Файзуллаев О.А., Абдукаримов А.Д.

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

Цель работы – изучить результаты стентирования саморасширяющимися nitinol стентами у больных с доброкачественными и злокачественными стенозами пищевода и кардиоэзофагеального перехода (КЭП), эзофаго-респираторными свищами.

Материалы и методы. С 2018 по 2022г. отделение хирургии пищевода и желудка ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова» располагает опытом лечения 61 больных доброкачественными и злокачественными стенозами пищевода и кардиоэзофагеальной зоны, эзофаго-респираторными свищами, которым устанавливались саморасширяющиеся, полностью покрытые nitinol стенты с антирефлюксным клапаном. Из общего числа больных, группа пациентов с опухолевым поражением пищевода и КЭП составила 50 (81,9%), с доброкачественными стриктурами пищевода – 6 (9,8%), эзофаго-респираторными свищами – 3 (4,9%), сдавление извне с прорастанием в среднюю треть грудного отдела пищевода опухолью левого легкого – 1 (1,6%), недостаточность эзофаго-энтероанастомоза, после перенесенной субтотальной проксимальной резекции желудка с резекцией абдоминального сегмента пищевода, по поводу опухоли КЭП – 1 (1,6%).

Из 50 онкологических больных распределение по анатомической локализации опухолей пищевода и КЭП было следующим: средняя треть грудного отдела пищевода – у 6 (12%); средняя треть и нижняя треть грудного отдела – у 11 (22%); нижняя треть грудного отдела – у 4 (8%); нижняя треть грудного отдела с распространением на КЭП – у 19 (38%); КЭР – у 4 (8%); рецидив опухоли эзофагоэнтероанастомоза – у 3(6%) больных, рецидив

опухоли ЭзГА – 1 (2%) и рак культи желудка – 2 (8%).

Причиной доброкачественных стриктур явилось постожоговое рубцовое сужение средней и нижней трети грудного отдела пищевода в 3 случаях (4,9%), стенозирующий склерозирующий рефлюкс-эзофагит в 3 (4,9%) случае.

Причиной образования эзофаго-респираторных свищей, во всех 3 случаях, являлся синдром Бурхаве.

В 1 (1,6%) случае у пациента наблюдалось сдавление средней трети грудного отдела пищевода опухолью левого легкого.

Результаты. У 54 (88,5%) пациентов наблюдались хорошие результаты, выписаны домой без явлений дисфагии.

Характер ранних осложнений после установки стентов: миграция стента в дистальном направлении в желудок – у 1 (1,6%) больного. Стент размером 60*20мм. без технических сложностей был извлечен из желудка на следующий день после установки. Миграция была обусловлена несоответствием размера с протяженностью опухоли. Больному повторно был установлен стент большего размера – 80*20мм. Пациент выписан домой без явлений дисфагии.

Среди поздних осложнений у 3 (4,9%) пациентов через 3-6 месяцев после установки стента отметилась обтурация проксимального отдела стента опухолью. 1 больному была выполнена диатермотунелизация и бужирование опухоли. 2 пациентам выше ранее имплантированного стента был установлен саморасширяющийся nitinol стент по типу «стент в стент». Во всех случаях проходимость суженного участка восстановлена. Осложнений не наблюдалось.

Заключение. У больных со злокачественной дисфагией наилучшие результаты симптоматического лечения, с наименьшим числом осложнений, достигаются при использовании эндоскопического метода восстановления и поддержания просвета стенозированных опухолью органов верхних отделов пищеварительного тракта с использованием саморасширяющихся металлических стентов. Так же установка вышеупомянутых стентов, является оправданной стратегией для пациентов с рефрактерными доброкачественными рубцовыми стриктурами. Передовым методом лечения стенозов пищевода, кардии, пищеводно-респираторных свищей, улучшающим качество жизни пациентов и дающим хороший клинический результат, является стентирование саморасширяющимися стентами.

III. МИНИИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИИ

МАЛОИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ АХАЛАЗИИ КАРДИИ

**Баймаханов Б.Б., Жураев Ш.Ш., Шокебаев А.А,
Қанатов Қ.М., Имаммырзаев Н.Е., Казахстан Х.,
Орынбасар Н.Т., Назар Т.**

*АО «Национальный научный центр хирургии имени А.Н.
Сызганова», г. Алматы, Казахстан*

Введение. Ахалазия кардии, по разным данным, составляет в гастроэнтерологии от 3 до 20% всех заболеваний пищевода. Среди причин, вызывающих нарушение проходимости пищевода, кардиоспазм стоит на третьем месте после рака пищевода и послеожоговых рубцовых стриктур. Согласно проведенным исследованиям, годовая заболеваемость ахалазии кардии оценивается в пределах 1,07–2,2 случая на 100 000 человек, а уровень распространенности оценивается в пределах 10–15,7 на 100 000 человек.

Цель работы – улучшить результаты лечения больных с ахалазией кардии путем применения малоинвазивных технологий.

Материал и методы. Нами проведен ретроспективный анализ 145 историй болезни пациентов с ахалазией кардии, проходивших лечение в отделении хирургии ЖКТ и эндокринных органов Национального научного центра хирургии имени А.Н. Сызганова с 2010 по 2023 г. Мужчин было 59 (40,7%), женщин - 86 (59,3%) в возрасте от 9 до 81 года, средний возраст - 45 лет. Основной жалобой этих пациентов была дисфагия, плохое прохождение твердой и грубой пищи 137 (94,48%), периодическая рвота 36 (24,82%), регургитация пищи 10 (6,89%), потеря массы тела 24 (16,55%). В анамнезе, у 90% пациентов ахалазия кардии развилась после стрессовых ситуаций.

Проведена операция 6 пациентам с I степенью, 35 пациентам со II степенью, 88 пациенту с III степенью и 16 пациентам с IV степенью ахалазии кардии. Длительность анамнеза пациентов с ахалазией кардии составляет от 1 года до 35 лет.

Подавляющее большинство пациентов поступивших к нам имели дефицит массы тела. Дефицит массы тела был особенно выраженным у пациентов с кардиоспазмом 3-4 степени и составлял от 5-15 кг. Пациентам применялось общеклинические и специальные методы исследования, комплексное обследование выявлено истинную степень поражения для определения дальнейшего объема оперативного вмешательства.

Результаты. Пневмокардиодилатация как основной метод лечения проведена 49 (33,7%) пациентам. Всем пациентам выполнено от 2 до 5 сеансов пневмокардиодилатации. Оперативное вмешательство осуществлялось у 96 пациентов: в 60 случаях (62,5%) выполнено лапароскопическая кардиомиотомия по Геллеру с фундопликацией по Дору, 14 пациентам (14,5%) произведена кардиомиотомия по Геллеру с фундопликацией по Дору лапаротомным доступом, в 12 случаях (12,5%) выполнена наложение эзофагофундоанастомоза из лапаротомного доступа, 1 пациенту с алиментным истощением как первый этап оперативного вмешательства проведена гастростомия; а также 9

(9,37%) пациентам произведено пероральная эндоскопическая миотомия (РОЕМ).

Интраоперационные особенности в виде перфорации слизистой пищевода во время лапароскопической кардиомиотомии наблюдались в 5 (3,1%) случаях, которые были ушиты и укрыты фундопликационной манжеткой, конверсия не потребовалась. Осложнений в раннем послеоперационном периоде как при лапаротомном, так и при лапароскопическом вмешательстве не наблюдалось. Длительность пребывания при лапароскопическом варианте коррекции составил 6-8 дней, при лапаротомном 10-13 дней и пациенты находились на полном парентеральном питании до 7 суток. В отдаленном периоде рецидива заболевания не отмечено.

При изучении отдаленных результатов после пневмокардиодилатации, рецидив заболевания отмечен в сроке от 1 года до 3 лет в 8 случаях (16,32%). У 2 пациентов (14,2%) перенесшую операцию эзофагофундоанастомоза из лапаротомного доступа, наблюдается клиника рефлюкс-эзофагита. После лапароскопической кардиомиотомии рецидива не наблюдалось.

Заключение. Лечение этой непростой категории больных должно проводиться в стационарах, обладающих достаточным опытом и всем арсеналом современных диагностических и лечебных технологий. Пневмокардиодилатация является основным методом лечения ахалазии кардии на ранних стадиях заболевания. При выборе хирургической тактики лапароскопическая кардиомиотомия по Геллеру с фундопликацией по Дору является операцией выбора, которая является эффективным и малотравматичным методом лечения ахалазии кардии, позволяет уменьшить сроки пребывания пациента в стационаре и реабилитации в послеоперационном периоде.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЖЕЛУДКА

**Гуламов О.М., Музаффаров Ф.У., Мухамедов Б.З.,
Ташкенбаев Ф.Р.**

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

Актуальность. Лечение рака желудка в онкологии может включать химиотерапию, иммунотерапию, таргетную терапию, лучевые воздействия, а также хирургические вмешательства. Хирургические вмешательства при раке желудка разделяется на открытые и малоинвазивные методы. Малоинвазивный метод включает выполнение операций по удалению опухоли через небольшие разрезы, или эндоскопом через ротовую полость.

Цель работы – изучить результаты миниинвазивной хирургии при лечении новообразований желудка.

Материалы и методы. За последний 1 год в отделении «Торакоабдоминальной онкохирургии» широко используется различные миниинвазивные методы лечения новообразований

желудка. Проведенные основные исследования - эзофагогастрофиброскопия в различных режимах визуализации с прицельной биопсией, УЗИ, рентгенография, МСКТ, ПЭТ.

Результаты. Из числа 48 (100%) больных новообразования локализовались у 10 (20,8%) в проксимальной части; у 14 (29%) в области тела; у 18 (37,5%) в дистальной части желудка; у 6 (12,5%) были распространенные полипы. У 6 (12,5%) больных с аденоматозным полипозом желудка выполнена эндоскопическая полипэкцизия. У 42 (87,5%) больных была идентифицирована аденокарцинома (G1, G2, G3) различного % соотношение. Пациенты классифицированы по системе TNM, в зависимости от стадии заболевания определяли показания к оперативному вмешательству. Часть больных к нам обращались после химиотерапии в специализированных учреждениях. Из числа больных с проксимальными новообразованиями у 6 (12,5%) больных T4N2-3M0-1 выполнена эндопротезирование саморасширяющийся пищеводным трубчатым стентом. У 32 (66,7%) больных выполнена лапароскопические вмешательства. Из них у 4 больных проксимальная субтотальная резекция желудка; у 9 больных гастрэктомию; у 19 больных дистальная субтотальная резекция желудка. Пациенты были в стадии T1-2N0-1M0, соответственно выполнена стандартная лимфодиссекция. В своей работе использовали генератор электролигирующий, универсальный сшивающий аппарат. Все пациенты в дальнейшем были направлены в онкологическое учреждение для последующей терапии.

Заключение. Миниинвазивные методы хирургического лечения новообразований желудка в комплексе с химио- и лучевой терапией могут послужить методом выбора.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ТОРАКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Ешмуратов Т.Ш., Акимниязова Б.Б., Таменов И.Ж., Сатаев А.И., Шубаткалиева Н.К.

ТОО «Институт Хирургии», г. Алматы, Казахстан

Введение. Миниинвазивные технологии в торакальной хирургии являются современным, безопасным и воспроизводимым вариантом лечения. В Казахстане видеоассистированная торакоскопия впервые проведена в 1996 г. в ННЦХ имени А.Н. Сызганова. В дальнейшем бурное развитие отрасли позволило уменьшить нарушение целостности покровов за счет уменьшения количества портов. На сегодняшний день торакальные хирурги владеют стандартной четырех, двух и однопортовой видеоассистированной торакоскопией.

Цель исследования – провести сравнительный анализ результатов стандартной видеоассистированной торакоскопии (ВАТС) - 4 порта, двухпортовой и однопортовой.

Материал и методы. В ТОО «Институт хирургии» за последние 7 лет с 2016 по 2023 год проведено 912 диагностических и оперативных видеоассистированных торакоскопии при заболеваниях легких, плевры и средостения. Возраст пациентов имел широкую вариацию – от 6 до 92 лет, в среднем - составил 32,6 лет, из них 324 женщин и 588 мужчин.

Результаты. Всем пациентам проведены оперативные

вмешательства в плановом порядке. Стандартная ВАТС 4 порта – в 237 (26%) случаях, двухпортовая – 383 (42%) и однопортовая – 292 (32%). Показаниями явились: периферические доброкачественные и злокачественные новообразования легких – 270 (29,6%), из них: НМРЛ – 148 (54,8%); доброкачественные опухоли – 122 (45,1%); доброкачественные и злокачественные новообразования и кисты средостения – 125 (13,7%), из них: опухоли вилочковой железы - 60 (48%); нейрогенные опухоли средостения – 30 (24%); герминогенные новообразования – 20 (16%); эндокринные новообразования – 15 (12%); буллезная болезнь легких – 134 (14,6%); интерстициальные заболевания легких – 46 (5%); врожденные пороки развития легкого – 67 (7,3%) из них: врожденная бронхоэктазия – 34 (50,7%); гипоплазия легкого – 25 (37,3%); секвестрация легкого – 8 (11,9%); деформации грудной клетки – 56 (6,3%); болезни диафрагмы – 38 (4,1%), из них: релаксация диафрагмы – 24 (63%); грыжа диафрагмы – 10 (26,3%); эндометриоз диафрагмы, осложнённая пневмотораксом – 4 (10,5%); эхинококковые кисты до 5 см – 12 (1,3%); специфические и неспецифические плевриты – 104 (11,4%); травмы и ранения грудной клетки – 22 (2,4%); эмпиема плевры – 38 (4,1%).

Средняя продолжительность операции при однопортовой и двухпортовой торакоскопии составила 40-45 мин, а при стандартной торакоскопии 55-60 минут.

В первые сутки после операции всем пациентам проводилась контрольная рентгенография органов грудной клетки - легкое расправлено, дренажи были удалены из плевральной полости на 1–3 сутки после вмешательства (в среднем на 2-е сутки). Длительность пребывания в стационаре после операции составила в среднем 6 суток. В условиях ОРИТ пациенты находились до 6 часов. Летальных исходов не было. Назначения наркотических анальгетиков в послеоперационном периоде не потребовалось ни у одного пациента.

Анализ отдаленных результатов проведено у всех больных через 1, 3, 6 и 12 месяцев. Диагностически значимых различий между качеством жизни пациентов и количеством используемых портов не наблюдалось.

Заключение. Однопортовый доступ выполним при правильном отборе пациентов, адекватном техническом оснащении, а также наличии достаточного навыка операционной бригады. К преимуществам однопортового доступа по сравнению с двухпортовой и стандартной 4-портовой торакоскопией можно отнести современный метод лечения, который требует дальнейшего совершенствования.

БЕЗОПАСНОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ РАКА ЖЕЛУДКА В УСЛОВИЯХ АЛМАТИНСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

Избагамбетов Н.А.¹, Балтаев Н.А.^{1,2},

Байдилбеков С.А.¹, Ирсаилов Р.К.¹, Жунусов Г.А.¹, Сармаш Г.Е.¹, Каржауов А.Н.¹, Оразбаев А.Б.¹

¹ГКП на ПХВ «Алматинский онкологический центр», г. Алматы, Казахстан, ²НАО «Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова», г. Алматы, Казахстан

Цель работы – оценка безопасности и эффективности малоинвазивных радикальных резекций при раке желудка и выявления значимых преимуществ лапароскопического доступа по сравнению с традиционным.

Материал и методы. Мужчин и женщин было по 50%. Средний возраст больных составил $66 \pm 1,8$ л. Распределение по стадиям заболевания: I стадия – 23%, II стадия – 49%, III стадия – 31%. В исследование включены результаты 92 вмешательств, выполненных по поводу рака желудка, из них лапароскопических гастрэктомий – 30, лапароскопических субтотальных проксимальных резекций – 16, лапароскопических субтотальных дистальных резекций – 46, во всех случаях выполнялась лимфодиссекция в объеме D2. В 5 случаях выполнены конверсии в лапаротомию.

Результаты. Среднее время операции составляло 145 ± 12 мин. Кровопотеря во всех случаях составляла не более 60 мл. Конверсия выполнена в 5 случаях. Количество выделенных и исследованных лимфоузлов в каждом случае составило 12-15 (9–23), что соответствует современным критериям радикальности оперативного вмешательства. В 100% случаев при гистологическом исследовании в краях резекции не было обнаружено элементов опухоли (R0). Выполнялась интраоперационная процедура биопсии регионарных лимфоузлов с помощью красителя индоцианинового зеленого (ICG). Препарат вводился интратуморально. Визуализация осуществлялась с помощью видеэндоскопической системы Striker. В режиме «наложения» визуализировалось «свечение» лимфоузла в парагастральной клетчатке, характер окраски лимфоузла свидетельствовал о сайте накопления наибольшего количества ICG. Селективная лимфаденэктомия при раннем раке желудка (I стадии) позволила минимизировать объем иссекаемых тканей и лимфореи. Перистальтика кишечника пациентов восстанавливалась на 1-2 сутки. Активизация пациентов осуществлялась на 1 сутки после операции. Пероральный прием воды начинался на 2-3 сутки после операции. Необходимость в обезболивании наркотическими анальгетиками возникала только в 1 сутки после операции. Осложнения в раннем послеоперационном периоде в виде стеноза гастроэнтероанастомоза наблюдались в 6 случаях (6,5%). Несостоятельность анастомоза отмечена в 1 случае. Причиной 2 случаев летального исхода (2,1%) явились ТЭЛА и несостоятельность гастроэнтероанастомоза.

Заключение. Применение малоинвазивного (лапароскопического) доступа при операциях по поводу рака желудка позволяет значительно быстрее активизировать пациентов за счет раннего восстановления функции кишечника, снижения потребности в наркотических анальгетиках в послеоперационном периоде. Указанные параметры восстановления активности пациентов оказались значительно лучше по сравнению с таковыми при операциях с традиционным лапаротомным доступом, без ущерба для онкологического радикализма. Количество осложнений после лапароскопических радикальных резекций желудка по данным литературы сопоставимо с таковым при традиционных «открытых» оперативных вмешательствах. Интраоперационное применение красителя ICG позволяет осуществлять прецизионную диссекцию регионарных лимфатических узлов при раннем раке желудка, что способствует снижению частоты лимфореи в раннем послеоперационном периоде и

минимизации рисков послеоперационных осложнений, при сохранении необходимого уровня онкологического радикализма.

Приоритетными критериями при выполнении радикальных резекций по поводу рака желудка, независимо от характера доступа, является обоснованный уровень онкологического радикализма и максимальный профиль безопасности пациентов, основанный на индивидуализации лечения.

RECONSTRUCTIVE SURGERY ON THE EXTRAHEPATIC BILE TRACTS FROM MINI ACCESS

Kuderbayev M.T.¹, Botabaev S.I.¹,
Alzhikeeva G.M.², Sharipov M.S.³

¹NCJSC «Semey Medical University», Department of Surgical Disciplines, Semey, Kazakhstan, ²Municipal state enterprise on the right of economic management; Regional Center for Phthiopulmonology Health Department of the Abay Region, Semey, Kazakhstan, ³Establishment «Kidney Center», Semey, Kazakhstan

Reconstructive surgery for cicatricial structures of hepaticocholedochus is one of the most difficult sections of biliary surgery. Wide access to the extrahepatic bile ducts during repeated operations is often difficult due to the presence of a pronounced adhesive process in the subhepatic space with a violation of the usual topographic and anatomical relative positions of neighboring organs, the absence of the gallbladder, which is the main landmark in the verification of the elements of the tubular structures of the portal of the liver.

Purpose of the study to improve the results of surgical treatment of patients with cicatricial structures of hepaticocholedochus in non-standard situations by improving the technical support of mini-access operations.

Materials and methods. In the Clinic of Surgical Disciplines of NCJSC «Semey Medical University» in Semey, on the basis of the City Emergency Hospital, a technique for reconstructive operations on the extrahepatic biliary tract from a mini-access using the Mini-Assistant tool kit was developed.

From 2002 to the present, about 40 reconstructive operations on the extrahepatic biliary tract have been performed. The age of the patients ranged from 38 to 72 years. An analysis of clinical observations showed that in all patients, the root cause of cicatricial stricture of hepaticocholedochus was iatrogenic trauma after traditional and laparoscopic cholecystectomy. All iatrogenic lesions of hepaticocholedochus occurred in other medical institutions. The operations were performed under intubation anesthesia with muscle relaxants from the transrectal access in the right hypochondrium 3,5-4,0 cm long. The Mini-Assistant tool kit allows access to the extrahepatic ducts and verify hepaticocholedochus. After that, proximal strictures were formed by hepaticojunoanastomosis on the switched off segment of the small intestine according to Roux with decompressive drainage, with its removal through a puncture of the abdominal wall in the right hypochondrium. The operations were completed by bringing a PVC tube to the Winslow hole. The postoperative period proceeded

without complications. Decompressive drains were removed after 6 months. All patients lead a normal life. No complaints are made.

Results. The developed method was applied to about 40 patients. There were no early postoperative complications associated with anastomotic failure and deaths.

Conclusions. The introduction of rational techniques for performing hepaticojejunostomy from a mini-access in non-standard situations has improved the results of treatment of patients with cicatricial structures of hepaticocholedochus and reduced the number of intraoperative complications.

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В УСЛОВИЯХ ЦГБ Г. КЕНТАУ

**Оразбаков Ж.Б., Мамеков А.Ю., Сейлбеков К.А.,
Ибадуллаев Ф.Ж.**

ЦГБ, г. Кентау, Туркестанская область, Казахстан

Актуальность. С каждым годом внедрение малоинвазивных технологий в хирургии приобретает повсеместное распространение. Внедрение в клинику эндовидеохирургического оборудования с внедрением программы fast track внесло свои коррективы в методы лечения абдоминальной патологии. Fast track surgery (FTS) («фаст-трек») – концепция ускоренной реабилитации в хирургии. Это система мероприятий, проводимая в пред- и послеоперационном периоде, а также во время самой операции, направленная на снижение частоты развития послеоперационных осложнений, ускорение восстановления нормальной активности пациентов и сокращение сроков пребывания пациентов в стационаре. Первые эндоскопические операции начали выполняться в ЦГБ г. Кентау 2001 году. Первая эндоскопическая операция была выполнена в Кентау (главный врач - Туспаева К.А.) в 2001 году после приобретения эндохирургической стойки за счёт Всемирного банка развития 1998 года. В дальнейшем благодаря администрации больницы были приобретены 2 эндохирургические стойки, и в настоящее время более чем в 88% случаях выполняются малоинвазивные хирургические вмешательства.

Цель исследования - провести анализ выполнения эндоскопических операций в условиях ЦГБ г. Кентау, Туркестанской области.

Материалы и методы. В течение 2017-2022 гг. в ЦГБ г. Кентау выполнено 2634 эндохирургических операций. Их них, по поводу хронического калькулёзного холецистита выполнено 405 операций, по поводу острого холецистита – 682 операции, по поводу острого аппендицита - 981 операции. После установки диагноза аппендицит все операции начинаются эндоскопически. Эхинококк печени – 55. Абсцесс печени – 10. Кисты

почек – 9. Паховые грыжи у взрослых – 7. Варикоцелектомия – 4. Крипторхизм – 2. Гинекологических – 329. В число прочих входят операции при спаечной болезни и кишечной непроходимости. Прочие – 152. Возраст больных составил от 5-ти лет до 82 лет, среди них до 30 лет – 8,9% больных, от 30 до 40 лет – 20,6%, от 40 до 50 лет – 33,5%, от 50 до 60 лет – 24,8%, старше 60 лет- 14,5%. Перед операцией все больные подвергались тщательному клиническому, инструментальному и лабораторному исследованиям, проводили УЗИ брюшной полости, рентгенологическое обследование, ЭКГ. При поступлении пациентам проводилась предоперационная подготовка, направленная на коррекцию гемодинамических, водно-электролитных нарушений. До 80% лапароскопических вмешательств проходят под спинно-мозговой анестезии. В 33 случаях, пришлось отказаться от продолжения эндохирургической операции и перейти к завершению операции открытым способом (конверсии). Из них 12 при деструктивных холециститах и 21 при деструктивном аппендиците. Переход на открытый способ операции был обусловлен во всех случаях с техническими сложностями, обусловленными выраженными воспалительно-инфильтративными изменениями в зоне расположения жизненно важных структур. В одном случае эндохирургическая операция осложнилась ятрогенным повреждением общего жёлчного протока. Выполнено наложение холедохоеюноанстомоза по Ру. Исход благоприятный.

Результаты. Наш опыт показывает, что при эндоскопических вмешательствах пациенты в послеоперационном периоде испытывают меньше болевых ощущений и требуют меньше обезболивающих препаратов, втрое сокращаются сроки пребывания в стационаре, отмечается хороший косметический эффект по сравнению с открытыми операциями, имеется меньшая вероятность возникновения спаечного процесса в брюшной полости после операции. У одной больной через год наблюдали случай частичной спаечной непроходимости, который разрешился консервативно. Важным аспектом является и то, что данные операции лучше переносят люди пожилого и старческого возраста.

В послеоперационном периоде после спинно-мозговой анестезии отмечаются осложнения в виде головных болей до 1,5%. При аппендектомической операции нами разработаны новые методы обработки культи - двухпетлевой перевязки культи - патент РК №80989 от 30.07.2013 г., а также способ погружения культи червеобразного отростка – патент РК № 32324 от 21.07.2017 г. При паховой задержке яичка выявлены спайки в брюшной полости, после иссечения которых произошло низведение яичек.

Вывод. Внедрение эндоскопических операций с внедрением программы fast track для лечения плановых и экстренных больных повышает качество оказания хирургической помощи жителям районного, и городского уровня.

IV. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ХИРУРГИИ

ОДНОМОМЕНТНАЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ С ДУКТОХОЛЕДОХОЛИТОМИЕЙ ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

Айтбаева А.М.¹, Жакиев Б.С.¹, Елемесов А.А.¹,
Утеулин Н.Е.², Актаев Н.Е.¹, Аяпов Б.А.¹

¹НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет
имени М.Оспанова», г. Актобе, Казахстан, ²ГКП на ПХВ
«Актюбинский медицинский центр», г. Актобе, Казахстан

Введение. В настоящее время отсутствует единство мнений относительно оптимальной тактики лечения больных с желчнокаменной болезнью (ЖКБ), осложненной холедохолитиазом. Одни авторы предлагают способ, когда вмешательство на общем желчном протоке и холецистэктомия выполняются во время операции, проводимой малотравматичным доступом – лапароскопическим или минилапаротомным. Другие авторы отдают предпочтение ретроградным эндоскопическим транспапиллярным вмешательствам с последующим выполнением холецистэктомии. Большим недостатком которых является высокая частота осложнений, что вызывает необходимость поиска новых, более эффективных способов хирургического лечения.

Цель работы – улучшения результатов лечения желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом путем совершенствования методов миниинвазивных вмешательств на внепеченочных желчных протоках.

Материалы и методы. На базе Актюбинского медицинского центра проведен анализ результатов лечения 100 пациентов с ЖКБ, осложненной холедохолитиазом в период с 2018 по 2022 г. Пациенты разделены на 2 группы: основная и контрольная группы. Основную группу составили 45 пациента, в лечение которых применялась одноэтапная операция – лапароскопическая холецистэктомия и дуктохоледохолитотомия. В контрольную группу вошло 55 пациентов, которым проводились двухэтапные операции: первый этап - эндоскопическая папиллосфинктеротомия с холедохолитокэкстракцией, через 4-5 дней вторым этапом лапароскопическая холецистэктомия.

Результаты. Послеоперационные осложнения отмечены в I группе у 5 (11,1%) больных, во II группе – у 11 (20%). Послеоперационная летальность в группе больных, где использована малоннвазивная технология составила 2%. Средняя продолжительность стационарного лечения в первой группе составила 8,5+1,8 койко-дней, во второй - 12,2+1,6 койко-дней. Одноэтапные лапароскопические вмешательства, включающие холецистэктомию с использованием дуктохоледохолитомии снижает развитие послеоперационных осложнений и летальности почти в 2 раза по сравнению с двухэтапной тактикой.

Полученные данные выявили преимущества использования

дуктохоледохолитомии по сравнению с ретроградной санацией желчевыводящих путей. К ним относятся: снижение риска повреждения задней стенки холедоха и деформации стенки общего желчного протока после ушивания холедохотомического отверстия, создание герметичности вокруг дренажной трубки холедоха путем ушивания рассеченной стенки культи пузырного протока, сохранение сфинктерного аппарата большого дуоденального соска, уменьшение травматичности и продолжительности операции.

Выводы. Одномоментная лапароскопическая холецистэктомия с дуктохоледохолитомией при ЖКБ, осложненной холедохолитиазом более эффективно, чем двухэтапное лечение, включающее предоперационное эндоскопическое вмешательство с последующей лапароскопической холецистэктомией.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЕННОГО ЖЕЛЧНЫМИ СВИЩАМИ

Акбаров М.М., Нишанов М.Ш., Сайдазимов Э.М.,
Йигиталиев С.Х., Раззаков Н.Р.

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

Цель работы – вероятность применения эндоскопической хирургии при эхинококкозе печени, осложненном желчными свищами.

Материалы и методы. В нашем центре эндоскопическая хирургия применяется наряду с открытыми операциями при лечении кист печени с 2010 года. Этот метод был применен у 72 больных эхинококкозом печени, в том числе у 26 мужчин и 46 женщин, в возрасте от 12 до 50 лет.

Мы используем метод PAIR: пункцию кист производят через ткань печени во избежание контаминации брюшной полости или специальным прикрепляющимся троакаром со стилетом и пункционной иглой. После пункции аспирируют 10-20 мл содержимого с последующим экспресс-анализом. После полного опорожнения и при отсутствии следов желчи с помощью аквапуратора вводят 76% этиловый спирт, затем 20-30% раствор натрия хлорида. Стерильный глицерин закапывают при наличии желчных свищей во избежание склерозирующего холангита. Далее хитиновую оболочку отделяют от фиброзной капсулы и откачивают с помощью 10-мм вакуумного аспиратора. Затем проводят видеоэндоскопию остаточной полости для исключения желчных свищей и остатков хитиновой оболочки. С помощью этой процедуры мы обнаружили желчные свищи у 13 пациентов. В 11 случаях выполнена диатермокоагуляция свища шаровидным электродом. Диаметр этого свища не превышал 1 мм. В другом случае мы выяснили, что желчный свищ

диаметром 3 мм располагался в дне желчного пузыря, для чего использовали два 5-мм зажима по его длине. Кроме того, мы ушивали другой желчный свищ с дополнительной коагуляцией его выходного отверстия. Операция выполнена частичной перцистэктомией с абдоминализацией остаточной полости и дренированием.

Результаты. Мы не наблюдали интра- или послеоперационных случаев вытекания желчи в брюшную полость. При послеоперационном УЗИ размер остаточной полости не превышал 10% исходного размера кисты. Случаев вторичного заражения не было; выделения из дренажных трубок носили серозный характер. Следует отметить, что не всегда удается встретить билиарную фистулу при ревизии остаточной полости. Так, в одном случае мы отметили желчные выделения из дренажной трубки в объеме от 15 до 20 мл в сутки. Интраоперационно выявить желчные свищи в остаточной полости с помощью видеоэндоскопии у данного больного не удалось. Свищ зажил к 13-м суткам после операции.

Заключение. Таким образом, наш опыт показал, что эндоскопические методы могут применяться наряду с другими методами лечения солитарных эхинококковых кист средних размеров, осложненных желчными свищами. Эти методы не уступают по эффективности открытым хирургическим аналогам, менее травматичны и обладают лучшими отдаленными результатами.

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОБШИРНЫХ АНАТОМИЧЕСКИХ РЕЗЕКЦИЯХ ПЕЧЕНИ

Акбаров М.М., Нишанов М.Ш.,
Йигиталиев С.Х., Каменев А.А.

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

Цель исследования – снизить частоту осложнений после обширных анатомических резекций печени путем внедрения новых технологий.

Материалы и методы. За последние 5 лет выполнено 126 резекций печени с очаговыми заболеваниями печени. Из них женщин 75 (59,5%), мужчин 51 (40,5%). Возраст больных колебался от 14 до 80 лет. Больные распределены в зависимости от заболевания: с опухолями печени 75 (59,5%), с эхинококкозом печени 36 (28,5%), с опухолями желчного пузыря 10 (7,9%), с целомическими кистами 2 (7,6%), с множественными абсцессами 1 (0,79%), с альвеококкозом 1 (0,79%), с кистами желчных протоков 1 (0,79%) больной. Метод резекции и состояние паренхимы печени играют важную роль в возникновении этих осложнений. По технике выполнения резекции все больные распределены на две группы. В первую группу включены 72 пациента, у которых применены так называемые методики «бескровной» резекции печени, с включением прецизионной техники, аргонового и ультразвукового скальпеля, атравматичного монофиламентного шовного материала и клипирующих устройств. Во вторую группу включено 54 больных, которым резекционный этап проводился с традиционным гемостазом.

Результаты. Объем интраоперационной кровопотери в среднем в первой группе составил $202,7 \pm 11,6$ мл, тогда как во второй группе $512,5 \pm 78,2$ мл. В послеоперационном периоде отмечены следующие осложнения: внутрибрюшное кровотечение в первой группе в 1 (1,3%) случае, во второй – 3 (5,5%); поддиафрагмальный абсцесс, асцит, острое нарушение коронарного кровообращения и плевропневмония развились по одному (1,8%) случаю во второй группе; печеночная недостаточность в первой группе в 1 (1,38%) случае, во второй группе наблюдалось в 5 (9,2%) случае. Желчный свищ наблюдался у 4 (7,4%) больных во второй группе. У двоих больных желчные свищи закрылись самостоятельно в течение 11 и 16 дней. Следует отметить, что в первой группе после применения ультразвуковой скальпеля и аргонового коагулятора желчный свищ не наблюдался.

Общая частота осложнений в группах исследования составила 2,7% в первой группе и 24% во второй группе. Послеоперационная летальность в общей группе составила – 4,1%, в свою очередь в группе, где применены «бескровные» технологии, прецизионная техника, аргоновый и ультразвуковой скальпель, атравматичный монофиламентный шовный материал и клипирующие устройства отмечено снижение этого показателя в 3 раза, с 8,2% до 1,8%.

Заключение. В снижении частоты послеоперационных осложнений после ОРП является не только качественная предоперационная диагностика и тщательный послеоперационный мониторинг с адекватной коррекцией или профилактикой специфических осложнений, но и интраоперационное применение «бескровных» резекционных технологий, обеспечивающих «сухую» резекцию с минимальной кровопотерей, снижение послеоперационных осложнений в 3 раза и летальности с 8,2% до 1,8% случаев.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ

Бабаджанов А.Х., Махмудов У.М., Туксанов А.И.,
Байбеков Р.Р., Иброхимов С.С.

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

Цель исследования – провести анализ эффективности традиционной эхинококкэктомии (ЭЭ) из печени в зависимости локализации, размеров и стадии развития эхинококковой кисты (ЭК), а также с учетом выполнения по отношению к остаточной полости (ОП) дренирующих или абдоминализирующих вмешательств.

Материал и методы. Проведен анализ результатов открытых вмешательств при эхинококкозе печени (ЭП) у 541 больного, оперированных с 2015 по 2017 г. в Хорезмском областном многопрофильном медицинском центре, клинике Андижанского государственного медицинского института и ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова»,

из которых только у 12 (2,2%) были выполнены различные варианты резекции печени. Большинство оперированных кист были в стадии СЕ II – 140 больных и СЕ III – 301 больной. Кисты СЕ I типа были только у 70 больных и IV типа – у 30 пациентов. Традиционным вмешательствам подвергались в основном крупные кисты. Кисты до 5 см оперированы только в 3 случаях, 5-6 см – 45 больных, 6-8 см – 83, 8-10 см – 216 и более 10 см – 194 пациента.

Результаты. При первичной форме ЭП спаечный процесс отмечен только в 15 из 440 (3,4%) случаев, что было связано с развитием осложненного эхинококкоза с перифокальным воспалением или сдавлением окружающих тканей. При рецидивах, технические сложности с доступом к кисте отмечены в 24 (23,8%) случаях из 101 пациента. Выделение кисты, особенно по диафрагмальной поверхности печени в 15 (2,8%) случаях приводило к травме с перфорацией диафрагмы, которая ликвидировалась путем ушивания с дренированием плевральной полости.

Особую сложность составляют кисты с глубокой интрапаренхиматозной локализацией, при этом попытки рассечения ткани печени без применения резекционных технологий привели в 28 случаях к активному кровотечению, из которых у 25 пациентов (4,6%) гемостаз был достигнут путем прошивания ткани печени, а в 3 (0,6%) ввиду сомнительного гемостаза операция завершалась тампонирующей остаточной полостью (ОП). Пункция для идентификации кисты в 10 (1,8%) привела к потере последней после спадения, что безусловно в условиях отсутствия антипаразитарно обработки чревато высоким риском резидуального ЭП. В целом технические сложности при операции были отмечены у 92 (17,0%) пациентов.

Частота осложнений в ранний послеоперационный период при первичном ЭП составила 2,7%, при рецидивном – 9,9%. Кровотечение из паренхимы печени отмечено в 13 (2,4%) случаях, причем консервативные мероприятия позволили добиться гемостаза у 11 (2,0%) больных. У 2 пациентов пришлось выполнить релапаротомию, причем в 1 случае кровотечение из правой ветви воротной вены, травмированной при вскрытии глубоко расположенной кисты центральной локализации, оказалось фатальным (0,2%). Наиболее часто отмечались осложнения со стороны легких и плевры – 3,3% (18 случаев).

Соответственно варианту дренирования ОП (без ушивания или с частичной ликвидацией ОП) в сроки до 7 суток дренажи были удалены в 92 (40%) случаях при дренировании и у 48 (57,1%) больных с частично ушитой ОП. На 7-14 сутки дренажи удалены у 46 (20%) и 14 (16,7%) пациентов соответственно. В сроки до от 2 до 3 недель – 33 (14,3%) и 11 (13,1%) больных, 3-4 недели – 27 (11,7%) и 8 (9,5%), дренаженосительство более 1 месяца было у 32 (13,9%) и только 3 (3,6%) пациентов.

Частота развития осложнений со стороны ОП в течение 2 месяцев после операции составила 6,8% (у 37 из 540 больных). При этом, частота скопления жидкости в ОП при ЭЭ с дренированием составила 7,8% (у 18 из 240 пациентов), нагноение ОП выявлено у 8 (3,5%). При полном или частичном ушивании ОП доля этих осложнений составила 2,3% (у 6 из 259 больных) и 0,8% (у 2 пациентов), при абдоминализации ОП – 3,9% (у 2 из 51 больного) и 1 (2,0%) пациента. Одним из специфических осложнений является развитие реактивного плеврита, который является следствием снижения экскурсии диафрагмы при наличии поддиафрагмальных дренажей или воспалительного

процесса в ОП, прилегающих к диафрагме. Всего эти осложнения были выявлены у 37 (6,9%) больных.

В целом, только при дренировании ОП было 26 (11,3%) больных с различными осложнениями, 204 (88,7%) – без осложнений со стороны ОП, при полной или частичной ликвидации – 8 (3,1%) пациентов с осложненным течением и 251 (96,9%) – без осложнений, при абдоминализации ОП – 3 (5,9%) и 48 (94,1%) больных соответственно.

Несмотря на то, что большинство указанных осложнений были разрешены консервативно – у 23 (4,3%) пациентов, доля необходимости в повторном вмешательстве была выше в группах с изолированным дренированием – 2,6% (у 6 больных) и с абдоминализацией ОП – 2,0% (у 1 больного), в группе с полной или частичной ликвидацией ОП этот показатель составил 0,8% (у 2 пациентов). Открытым повторным вмешательствам в связи с некупируемым консервативно нагноением ОП подвергнуто 4 (1,7%) пациента после дренирования и 1 (0,4%) – в группе ликвидированных ОП.

Выводы. В структуре традиционных ЭЭ в 13,5% случаев кисты локализовались интрапаренхиматозно, в связи с чем попытка их вскрытия путем рассечения ткани печени в 5,2% случаев сопровождалась интенсивным кровотечением, при котором гемостаз прошиванием был достигнут в 4,6%, а необходимость в тампонировании возникла в 0,6%, в свою очередь в раннем периоде после операции геморрагическое отделяемое по дренажу отмечено в 2,4% с релапаротомией у 2 (0,4%) пациентов и летальностью 0,2% (1).

При традиционных операциях попытка идентификации интрапаренхиматозной кисты малых (<5 см) размеров путем пункции может привести к ее спадению и потере гидатиды (1,8%), а рассечение паренхимы печени может обусловить интра- или послеоперационное кровотечение, в связи с чем рекомендуется выполнение PAIR при стадии развития кисты - СЕ I или PEVAC при СЕ II-III типа.

Выбор тактики в пользу дренирования ОП не только обуславливает необходимость длительного дренаженосительства, средние сроки которого составили $15,6 \pm 12,7$ против $10,7 \pm 7,8$ суток при частичной ликвидации на дренаже ($t=4,03$; $p<0,001$), но и увеличивает риск развития осложнений в виде жидкостных скоплений или нагноения ОП до 11,3%, тогда как адекватная абдоминализация сокращает этот показатель до 5,9%, а полное или частичное ушивание еще до 3,1%, в целом снижая долю повторных дренирующих или открытых вмешательств для лечения с 4,3% до 2,0% и 1,2% соответственно.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ В УСЛОВИЯХ АТЫРАУСКОЙ ОБЛАСТНОЙ БОЛЬНИЦЫ

Алиев А.К., Шанаев Д.Т.

Атырауская областная больница, г. Атырау, Казахстан

Цель работы – улучшить результаты лечения больных с синдромом механической желтухи.

Материал и методы. В отделении эндоскопии Атырауской областной больницы за период с 2017 по 20 июля 2023 г., была проведена эндоскопическая ретроградная холангиопанкри-

атография (РХПГ) 863 пациентам с синдромом механической желтухи различной этиологии. Из них у 728 (84,3 %) пациентов выявлены ЖКБ, холедохолитиаз, у 87 (10,1%) – рак головки поджелудочной железы, у 32 (3,7 %) – стриктура терминального отдела холедоха (СТОХ), образование БДС, внутривисцеральная папиллярно-муцинозная опухоль (IPMN), пациентов, опухоль Клацкина I и II типа у 16 (1,9%).

Женщин было 692 (80,2%), мужчин 171 (19,8%). Возраст больных составлял от 19 до 85 лет, более 60% больных составили лица старше 60 лет. Стентирование билиарного тракта выполнено 165 (19,1%) пациентам, из которых в 132 (80,0%) случаях использовались пластиковые эндобилиарные стенты и в 33 (20,0%) случаях – саморасширяющиеся нитиноловые стенты (SEMS). В остальных случаях, проводилась ЭРХПГ с ЭПСТ – 698 (80,9%) случаев.

Результаты. Технический успех был достигнут в 96% случаев. Причиной неудач в остальных 4% являлась часть случаев интрадивертикулярного расположение БДС, СТОХ и выраженная опухоль стриктура холедоха или БДС, рубцовая стриктура ДПК. Часть пациентов была направлена в Национальный научный центр хирургии, некоторым из этих пациентов была проведена чрескожная чрезпеченочная холангиостомия (ЧЧХС) или наложена холецистостома. Осложнения в раннем послеоперационном периоде наблюдались в 82 (9,5%) случаях: панкреонекроз – 5 (0,6%) случаев, 1 пациент оперован, 4 пациента - консервативное ведение, кровотечение – 5 (0,6%) случая, всем 5-ти пациентам успешно выполнен эндоскопический гемостаз, острый панкреатит – 39 (4,7%) случая, больше в первые годы внедрения технологии; с 2018 года для профилактики панкреатитов использовалось стентирование вирсунгова протока; холангит - 11 (1,3%) случаев, с 2019 года внедрена ЧЧХС и с 2023 года - назобилиарное дренирование, что позволило снизить количество септических осложнений; перфорации холедоха 5 (0,6 %) случая, по Stapfer (2000) 4 пациента II типа, III тип 1 пациент, 1 оперирован, 4 пациента вели консервативно; закупорка стента – 10 (1,2%) случая; дислокация стента – 4 (0,5 %) случая. Средний срок функционирования пластиковых протезов колеблется от 4 до 18 месяцев. Поэтому, пластиковые стенты использовались при планировании радикального хирургического лечения на следующем этапе. При неоперабельных опухолях билиопанкреатодуоденальной области, наиболее эффективное и длительное дренирование желчных протоков обеспечивают металлические нитиноловые стенты, их срок функционирования ограничен продолжительностью жизни пациента. 3 (0,3%) летальных исхода в результате исходного тяжелого состояния пациентов и сопутствующих заболеваний.

Заключение. Таким образом, эндобилиарные вмешательства являются эффективным способом декомпрессии желчных протоков как первый этап лечения механической желтухи и как окончательный метод восстановления желчеоттока больным, которым невозможно выполнить радикальное хирургическое вмешательство. Выбор вида стента (пластиковый или нитиноловый) зависит от дальнейшей тактики лечения: для временной декомпрессии целесообразно использовать пластиковый стент, для окончательной – металлический. Эндобилиарные вмешательства при механической желтухе требуют широкого внедрения в практику хирургических стационаров. Одним из важных условий для повсеместного внедрения данных технологий в ежедневную практику экстренных хирургических ста-

онаров и снижения послеоперационных осложнений, является отсутствие должного финансирования в приобретении расходных материалов и инструментария.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ

**Бабаджанов А.Х., Махмудов У.М., Байбеков Р.Р.,
Маткаримов Ш.У.**

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

Цель исследования - провести анализ эффективности лапароскопической эхинококкэктомии (ЛапЭЭ) из печени в зависимости локализации, размеров и стадии развития эхинококковой кисты (ЭК), а также с учетом выполнения по отношению к остаточной полости (ОП) дренирующих или абдоминализирующих вмешательств.

Материал и методы. Основой исследования явились результаты хирургического лечения 46 больных с первичной формой эхинококкоза печени (ЭП), оперированных с 2015 по 2017 гг. в региональных клиниках и ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова». Солитарная киста была в 26 (56,5%) случаях и множественные кисты у 20 (43,5%) пациентов. Кисты CE I типа были верифицированы у 22 (47,8%) пациентов, II типа – у 12 (26,1%), III типа – у 9 (19,6%) и IV типа (ввиду осложненного течения) – у 3 (6,3%) больных. Из 46 случаев кисты размерами 5-6 см были у 14 больных, 6-8 см у 16, 8-10 см у 12 и более 10 см у 4 пациентов.

Результаты. С учетом стадии развития кисты различные сложности с манипуляциями возникали чаще при CE II-IV типа. Так, сложности с аспирацией или удалением содержимого кисты отмечены всего в 14 (30,4%) случаев, при этом для типа CE II этот показатель составил 50% (6 из 12 пациентов), для CE III – 44,4% (у 4 из 9 больных), для IV типа – 100% (3). Другой проблемой были сложности с адекватной ревизией и обработкой ОП преимущественно интрапаренхиматозной локализации. Даже применение оптики с различным углом наклона такая локализация не всегда позволяла адекватно ревизировать ОП, особенно при попытке лапароскопии при кистах по заднему скату правой доли печени. Всего эти сложности отмечены у 6 (13,0%) пациентов, из них по два случая при CE I типа - 9,1%, II – 16,7% и III – 22,2%. Желчные свищи определены у 8 (17,4%) пациентов, из которых у 4 произведено клипирование, у 2 прошивание свища, а у других 2 пациентов источник желчеистечения установить не удалось из-за структурных изменений в фиброзной капсуле при осложненном течении ЭП. Варианты манипуляций по отношению к ОП подразумевали дренирование и (или) абдоминализацию, при этом сложности с выполнением перекистэктомии с достаточным иссечением фиброзной капсулы отмечены в 9 (19,6%) случаях.

Для оценки результативности предпринятых тактических аспектов во время выполнения ЛапЭЭ все кисты были разделены по размерам – до и больше 8 см, что позволит оценить

эффективность дренирующих или абдоминализирующих вмешательств в плане частоты осложнений со стороны ОП. При этом качество абдоминализации оценивалось исходя из общего объема ОП. Широкое иссечение фиброзной капсулы позволяет выполнить абдоминализацию без риска последующего спадения краев ОП, что может привести их слипанию с последующим скоплением жидкости с развитием осложненного послеоперационного течения. Конечно, на факт объема перикистэктомии влияют многие аспекты, в частности, доля экстраорганных локализаций кисты, толщина фиброзной капсулы, наличие ОП неправильной формы с интрапаренхиматозными камерами и т.д. С учетом частой преимущественно интрапеченочной локализации большей части кисты анализ по эффективности абдоминализации ОП проведен исходя из иссеченного объема фиброзной капсулы – перикистэктомия на не менее 1/4 от объема ОП или меньше 1/4. Из 46 пациентов кисты до 8 см были у 30, дренирование выполнено у 53,3% (16) больных, абдоминализация ОП на не менее 1/4 от объема выполнена у 8 (26,7%) пациентов и на менее чем 1/4 – у 6 (20,0%). Из 16 больных с размером кист более 8 см, в 75,0% (12) произведено дренирование, в 18,8% (3) широкая абдоминализация и в 6,3% (1) случаев частичная абдоминализация.

В сроки до недели после операции дренаж был удален при кистах до 8 см у 11 (36,7%), при более 8 см – у 5 (31,3%). К 3 неделе наблюдения дренажи удалены во всех случаях при кистах до 8 см, тогда как при больших размерах в 12,5% (2 больных) случаях дренаж удален на 21-28 сутки и еще у 1 (6,3%) пациента в более поздний период. Все больные были без осложнений на период госпитализации.

В целом по группе осложнения со сторон ОП на 9-27 сутки после ЛапЭЭ отмечены у 10 (21,7%) из 46 больных, скопление жидкости у 8 (17,4%) и нагноение у 2 (4,3%).

С учетом вида ликвидации ОП частота осложнений при дренирующих вмешательствах после удаления дренажа составила 17,9% (у 5 из 28 больных), из них скопление жидкости было в 14,3% (4) и нагноение ОП в 1 (3,6%) случае. При широкой абдоминализации (на не менее 1/4 от объема ОП) отмечено 1 (9,1%) осложнений в виде скопления жидкости, при ограниченной абдоминализации всего отмечено 4 (57,1%) осложнения, из них в 3 случаях скопление жидкости и в 1 нагноение ОП.

Большинство осложнений были разрешены консервативно – 13,0% (у 6 пациентов), миниинвазивное дренирование ОП произведено у 6,5% (3 пациента), оперирован с абсцессом ОП 1 (2,2%) пациент.

Выводы. Среди основных факторов, технически усложняющих ЛапЭЭ, помимо локализации, выделены сложности с аспирацией или удалением содержимого кисты в 54,2% случаев при стадии развития - СЕ II, III и IV (у 13 из 24 пациентов с этими типами) за счет наличия множества дочерних кист, полностью заполняющих материнскую оболочку (СЕ II, III) или густого вязкого отделяемого (СЕ IV), а также сложности с выполнением перикистэктомии для адекватной абдоминализации ОП при расположении гидатиды на 3/4 и более в паренхиме печени – 19,6% (у 9 из всех 46 оперированных). При этом совокупность факторов несостоятельной абдоминализации и исходных размеров кист более 8 см обуславливают повышение риска развития осложнений со стороны остаточной полости с 16,7% до 31,2%, среди которых в 18,8% случаев потребуются выполнение повторных вмешательств.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Башабаев М.Т., Абдикаримова Р.О., Косамбеков М.А., Соболев А.Н., Ермакпаев К.Ж.

КГП на ПХВ «Восточно-Казахстанская областная больница», г. Усть-Каменогорск, Казахстан

Актуальность. Желчнокаменная болезнь является одной из наиболее часто встречающихся хирургических патологий и составляет по данным отечественных и зарубежных авторов от 14 до 17%.

Цель исследования - проанализировать основные причины осложнений после лапароскопической холецистэктомии.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе отделения проктологии, абдоминальной и торакальной хирургии КГП на ПХВ «Восточно-Казахстанская областная больница». В период с 1999 по 2022 г. выполнено 10191 операций по поводу калькулезного холецистита, из них лапароскопических холецистэктомий – 8597 (84,2%). Проанализированы результаты лечения 13 (0,2%) пациентов с ятрогенными повреждениями.

Результаты. Хирургическая тактика в каждом конкретном случае определялась типом повреждения и временем, прошедшим от момента его распознавания. Анализируя причины, которые повлияли на возникновение ятрогенных повреждений при лапароскопической холецистэктомии мы выделяем клинично-анатомические особенности, недостаточное индивидуальное мастерство и опыт хирурга, технические условия проведения операции. Так, атипичное расположение сосудисто-протоковых элементов в зоне желчного пузыря, в наших наблюдениях отмечены у 6 пациентов (46,2%), выраженные спаечные и воспалительно-инфильтративные изменения гепатопанкреатодуоденальной зоны, стали причиной повреждений у 3 пациентов (23,1%), недостаточная квалификация хирурга повлияла на возникновение ятрогенных повреждений у 4 пациентов (30,7%).

В структуре повреждений травмы протоковой системы составили 45,4% (7 пациентов), повреждения сосудов – 18,2% (2 пациентов), повреждения окружающих органов – 18,2% (2 пациентов), ДПК и толстая кишка – по 1 пациенту (9,1%).

Отсутствие обоснованных критериев выбора способа хирургической коррекции относится более всего к повреждениям желчных протоков так как, зачастую, при лечении одинаковых повреждений применялись и восстановительные, и реконструктивные операции, а также различные способы каркасного дренирования. В 5 случаях дефект холедоха сразу заметили и ушили, в 2 случаях холедох ушит на Т-образном дренаже. Повреждения, распознанные в ходе лапароскопического вмешательства подлежат немедленному устранению.

Необходимо отметить, что у 17,4% пациентов повреждения протоковой системы не были обнаружены во время первой операции. Возникшие в послеоперационном периоде билиарные осложнения (желчеистечение по дренажам и мимо дренажей в повязки, механическая желтуха, диффузный билиарный перитонит) требуют серьезной продуманной программы действий с выработкой конкретных алгоритмов для каждого типа повреждения. Зачастую это двухэтапная тактика, первым этапом

которой – борьба с перитонитом (детоксикационная терапия, вынужденные санирующие операции с наружным отведением желчи) и выполнение реконструктивных вмешательств после стабилизации состояния больных на втором этапе.

Не менее грозным и тяжелым осложнением являлось ранение магистральных сосудов: печеночной артерии, воротной вены или печеночных вен. В этом случае необходимо выполнить лапаротомию и выполнить окончательный гемостаз.

Травмы окружающих органов, результат электрохирургического повреждения, во время лапароскопической холецистэктомии (ранение стенки ДПК и толстой кишки) послужили поводом к конверсии в 2-х случаях.

Выводы. Для предупреждения и лечения ятрогенных повреждений органов зоны хирургического вмешательства при лапароскопической холецистэктомии необходима продуманная программа действий, включающая оценку причин или факторов риска возможных осложнений и применения обоснованной тактики при выборе способа хирургической коррекции.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

**Дильдабеков Ж.Б.^{1,2}, Абдурахманов Б.А.^{1,2},
Аймагамбетов М.Б.¹, Садыков Т.К.¹, Тауасаров Е.М.¹**

¹ГКП на ПХВ «Областная клиническая больница УОЗ Туркестанской области», ²АО «Южно-Казахстанская медицинская академия», г. Шымкент, Казахстан

Цель исследования – оценить эффективность и определить возможности проведения видеолaparоскопической эхинококэктомии (ВЛЭЭ) из печени.

Материалы и методы. Всего обследован и оперирован 161 больной, в возрасте 18-67 лет, при этом ВЛЭЭ из печени проведены 28 больным. Показаниями к ней явились кисты с локализацией во III–VI-м сегментах печени; частичное поверхностное расположение кисты; размер кисты не менее 5 см; отсутствие в печени кист в I, II-м, VII-м и VIII-м сегментах или глубоко расположенных кист любого размера. Для обработки остаточной полости применяли йод, спирт, 25–30%-й раствор хлорида натрия с экспозицией 15 мин, бетадин, 80% водный раствор глицерина. ВЛЭЭ включала обзорную лапароскопию, ограничение зоны операции салфетками, смоченными антипаразитарными препаратами, пункцию и эвакуацию содержимого кисты, соблюдением принципов апаразитарности, обработку полости кисты до вскрытия фиброзной капсулы, вскрытие фиброзной капсулы и эвакуацию содержимого кисты в эндоконтэйнер, осмотр и ликвидацию остаточной полости. Для соблюдения принципа апаразитарности во время операции использовали устройства, позволяющие, в зависимости от расположения кисты по отношению к паренхиме печени, заполнить пункцию эхинококковой кисты. Чреспеченочную пункцию кисты при выступающей края печени над ней осуществили у 22 пациентов. Пункционную иглу вводили в полость кисты, отступив на 1,5–2 см от края ее фиброзной капсулы. После окончания противопаразитарной обработки иглу извлекали.

Результаты. Из 28 эхинококэктомий из печени в 3 наблюдениях выполнена конверсия с завершением операции лапаротомным доступом. Причинами перехода на лапаротомию были невозможность достичь гемостаза при продолжающемся кровотечении из краев иссеченной фиброзной капсулы (n=1), наличие крупного желчного свища на дне фиброзной полости (n=1) и невозможность завершения операции лапароскопическим путем для ликвидации остаточной полости (n=1). Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде после ВЛЭЭ отмечены у 4 (14,2%), которые не были связаны с характером проведенного вмешательства. Рецидив заболевания за наблюдаемый период развился у 1 (1,2%) пациента. В последнее время отмечается спад увлечения лапароскопическими технологиями при удалении эхинококковых кист печени, что связано с невозможностью обеспечения герметичности и попадания гидатидной жидкости на брюшину и в саму брюшную полость. Указанное обстоятельство обуславливает высокую частоту рецидивов и нередко системные аллергические реакции. Имеющая высокая частота рецидивов указывает на дефект связанный характером проведенного вмешательства. Сравнительная оценка вероятности развития рецидива эхинококкоза в различные сроки после лапароскопических и лапаротомных вмешательств при условии проведения противорецидивного лечения с применением химиотерапевтических препаратов (вермокс, албендазол) также не выявила статистически значимых различий.

Заключение. Сравнительный анализ ближайших и отдаленных результатов ВЛЭЭ с традиционными методами удаления эхинококковых кист сопоставимы. Однако, ВЛЭЭ оправданы при возможности выполнения «идеальной» эхинококэктомии – без вскрытия полости кист. Такая ситуация возможна лишь при экстраорганным, маргинальном расположении кист в основном во 3-6 сегментах печени и требует высокого уровня подготовленности персонала и технического оснащения операционной. Применение метода способствует уменьшению количества послеоперационных осложнений, а полученные результаты позволяют считать его радикальным вмешательством при паразитарных кистах данной локализации.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГАСТРОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРИ ОПУХОЛЯХ ПЕРИАМПУЛЯРНОЙ ЗОНЫ

**Досханов М.О., Тилеуов С.Т., Баймаханов Б.Б.,
Джумабеков А.Т., Ибекенов О.Т., Исмаатов А.У.,
Серикулы Е., Мукажанов Д.Е., Скакбаев А.С., Аскеев
Б.Т., Хаджиева А.А., Оспан Ж.Р., Теипов Ш.М.**

АО «Национальный научный центр хирургии имени А.Н. Сызганова», отделение гепатопанкреатобилиарной хирургии и трансплантации печени, г. Алматы, Казахстан

Актуальность. Гастропанкреатодуоденальная резекция (ГПДР) считается одной из самых сложных абдоминальных операций. Лапароскопическая ГПДР (ЛГПДР) впервые был описан Гагнером и Помпом в 1994 году. Недавние исследования в литературе описывают преимущества ЛГПДР, включая сопостави-

мые онкологические результаты, меньшая боль, более быстрое выздоровление и более короткое пребывание в больнице, чем при открытой ГПДР.

Цель исследования – оценка результатов в послеоперационном периоде у пациентов со злокачественными образованиями периампуплярной зоны, перенесших ЛГПДР.

Материалы и методы. В период с 2019 г. по июнь 2023 г. в Национальном научном центре хирургии имени А.Н. Сызганова 143 пациентам было выполнено ГПДР с диагнозом – опухоль периампуплярной зоны. Из них 9 пациентам было выполнено лапароскопическим путем. Возраст больных варьировал от 41 до 70 лет (средний возраст – 55 лет).

Показаниями к лапароскопической ГПДР являлись следующие факторы: размер опухоли меньше 2,5 см без признаков метастазов, без прорастания в верхнебрыжеечной и воротной вене. Также показаниями считались, как плотная железа и широкий панкреатический проток, которые считаются хорошими условиями для реконструкции. Противопоказаниями к ЛГПДР являются: наличие у больного сопутствующего заболевания (кардио-респираторные), возраст выше 70 лет, наличие перенесенных открытых операции на животе, мягкая железа и маленький диаметр панкреатического протока, которые усложняют реконструкцию. Обструкция панкреатического протока наблюдалась у 5 (71,4%) больных. Предоперационное дренирование желчных протоков было выполнено 7 (85,7%) больным.

Результаты. Средняя продолжительность оперативного вмешательства составила 430 мин. Средняя кровопотеря составила 300 мл. Среднее время пребывания в стационаре составило 8 дней. Конверсия на открытую операцию потребовалась только 1 пациенту, где имелось выраженный воспалительный процесс в области головки поджелудочной железы. Во всех случаях была достигнута R0 резекция. Среднее число удаленных лимфоузлов составило 16.

Послеоперационное осложнение наблюдалось у 1 (11,2%) пациента, где развилось панкреатический свищ С на фоне мягкой железы и инвагинационного анастомоза, который с последующим привело к аррозивному кровотечению и летальному исходу.

Заключение. В заключении, наш опыт показывает, что ЛГПДР возможна при тщательном отборе (плотная железа и расширенный панкреатический проток).

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИИ В МНОГОПРОФИЛЬНОЙ ОБЛАСТНОЙ БОЛЬНИЦЕ Г. КОКШЕТАУ

Жаров Н.К., Рашитов А.Ж., Погорелов А.Ю.

ГКП на ПХВ «Многопрофильная областная больница» УОЗ Акмолинской области, г. Кокшетау, Казахстан

Актуальность. Эндоскопические транспапиллярные вмешательства на желчных путях широко используются в лечении не только желчнокаменной болезни, но и при рубцовых стриктурах, гнойных заболеваниях желчных путей, сдавлениях протоков при злокачественных новообразованиях. Применение малоинвазивных технологий является относительно безопасным методом декомпрессии билиарного тракта и соответствует

физиологии желчеоттока, это позволяет существенно снизить операционную травму, количество осложнений, среднюю длительность пребывания в стационаре.

Цель работы – анализ результатов лечения, ошибок и осложнений.

Материалы и методы. За период с декабря 2022 г. по апрель 2023 г. проведено 36 эндоскопических вмешательств на желчных путях. Из них 26 женщин, что составило 72%, и 10 (27%) мужчин. Возраст пациентов от 32 до 87 лет. С диагнозом камни желчного протока 32 пациента, 18 случаев имели гипербилирубинемию, стентирование 4 случая.

Результаты. Из 36 эндоскопических папиллосфинктеротомий удалить камни из желчных путей удалось у 27 пациентов, что составило 75%, 18 пациентов имели гипербилирубинемию (общий билирубин от 71 до 425 мкмоль/л.) после операции явления механической желтухи купированы. 4 пациентам проведено стентирование желчных путей при рубцовых гнойных заболеваниях желчных путей, один случай при опухоли головки поджелудочной железы. В 2-х случаях не удалось канюлировать, возможно, из-за стриктуры сфинктера. В 3 случаях имело место, вклинение больших конкрементов - сброшены, в одном из вклинений получили клинически значимое кровотечение, снижение уровня гемоглобина с 122 до 70 г/л разрешилось консервативно. Таким образом, неудачные попытки составили 5 случаев - 13,5%. Число послеоперационных панкреатитов 6 - что составило 16%, уровень амилазы от 130 до 910 Ед/л, разрешены консервативно. Средний период лечения в стационаре при обычном операционном течении составил 4-7 дней, 3 пациентам при неудачной попытке эндоскопически удалить конкременты в период данной госпитализации проведена открытая операция по удалению камней в желчных путях, в таких случаях лечение составило в среднем 24 дня.

Заключение. Эндоскопические транспапиллярные вмешательства на желчных протоках можно применять не только как самостоятельный метод лечения желчнокаменной болезни, но и как вариант паллиативной помощи, а также в качестве предоперационной подготовки. При наличии материально - технической базы и подготовленных специалистов эндоскопическая транспапиллярная декомпрессия желчных протоков может быть выполнена практически в 100% случаев. Однако неудачи и осложнения не должны быть поводом для неоправданных отказов от применения данной методики.

A NOVEL APPROACH TO LIVER DISEASES THROUGH REGENERATIVE STRATEGY

Hanako Tetsuo, Daisuke Miyamoto, Tomohiko Adachi, Manpei Yamashita, Hajime Imamura, Hajime Matsushima, Takanobu Hara, Akihiko Soyama, Kengo Kanetaka, Susumu Eguchi

Nagasaki University Graduate School of Biomedical Sciences, Department of Surgery, Nagasaki, Japan

Purpose. Hepatocyte sheet (HS) transplantation is expected to be an effective therapeutic strategy as an alternative to liver

transplantation. We have developed a unique HS formation technique and have conducted study on the improvement of liver function. However, although HS has shown improvement in liver function for a short period of time, long-term functional improvement has not been achieved. This may be due to the lack of multidimensional structures in existing HS, although the liver maintains various functions by possessing unique structures such as sinusoids and biliary ducts. In fact, the lack of biliary structures in the HS may induce liver damage due to bile stasis. In other words, the formation of bile drainage mechanism is considered an important issue to maintain long-term liver function. In parallel, we have established a biliary drainage system with a luminal structure in vitro using chemically induced liver progenitor cells (CLiPs). In this study, we attempted to develop a novel Hepato-Biliary Sheet (HBS) based on our biliary drainage system and evaluated its structure and hepatic function in a rodent model.

Methods. Mouse embryonic fibroblasts and GFP-positive rat-derived CLiPs were sequentially seeded in temperature-responsive culture dishes and cultured for 2 weeks to induce the biliary drainage system. HBS was formed by seeding and culturing primary mature rat hepatocytes. First, the structure and function of HBS were evaluated in vitro in comparison with HS. Next, HBS was transplanted into the liver surface of mice with normal liver function, and the structure was confirmed by immunostaining. The HBS was then implanted on the liver surface of a mouse model of liver failure, which was created by administration of Retrorsine and 70% hepatectomy, and its structure and function were evaluated in vivo. To evaluate the superiority of HBS, HS were similarly transplanted into a liver failure model as a control.

Results. First, immunofluorescence image analysis of the prepared HBS revealed a structure consisting of CLiP-derived bile ducts (GFP-positive) and mature hepatocytes (Alb-positive, Glutamine-positive). To evaluate the incorporation of bile into the HBS, a fluorescent reagent (Cell Tracker Orange) as a marker substance was added to culture medium and bile excretion via hepatocytes bile duct cells was observed 24 hours later. Compared to HS prepared from mature rat hepatocytes alone, drug metabolism (CYP3A4 activity) and albumin production were significantly improved. CYP3A4 activities in HBS and HS were $139,3 \pm 59,9$ and $75,4 \pm 47,1$ (LUM/hr) ($p < 0,0001$) and albumin productions were $1,5 \pm 0,54 \cdot 10^4$ and $1,1 \pm 0,14 \cdot 10^4$ (ng/day) ($p = 0,005$), respectively. Gene expression of HBS and HS were searched in vitro, respectively. The expression of genes involved in liver function and bile ducts were significantly higher in HBS.

Next, when the HBS was transplanted to the liver surface in non-liver failure mouse, it was confirmed that a bile duct-like structure (CK7-positive) was maintained and that mature hepatocytes (ALB-positive) were adjacent to the bile duct-like structure, and that vascular components (CD34-positive) derived from mice were infiltrated, confirming long-term cell viability, at least 1 month. Finally, to evaluate the effect of transplantation in a mouse model of liver failure, rat albumin concentration in blood was measured, and the HBS transplantation group showed higher albumin concentration than the HS group at 7 days ($9,5 \cdot 10^5 \pm 8,2 \cdot 10^5$ ng/mL vs $5,8 \cdot 10^5 \pm 6,1 \cdot 10^4$ ng/mL, $p < 0,05$) and 28 days ($1,1 \cdot 10^6 \pm 9,2 \cdot 10^5$ ng/mL vs $3,2 \cdot 10^5 \pm 3,2 \cdot 10^5$ ng/mL, $p < 0,05$), respectively.

Conclusion. We have observed formations of hepatocyte and bile duct structure in HBS which is confirmed to have biliary drainage and drug metabolizing activities. Gene expression was also significantly higher in HBS. HBS are expected to improve liver function, and to play a valuable role in the treatment of liver diseases through regenerative medicine.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В «ННМЦ»

Калина В.О.

АО «Национальный научный медицинский центр»,
г. Астана, Казахстан

Актуальность. Техническая сложность оперативных вмешательств на поджелудочной железе, высокая требовательность к хирургической технике и проблема пострезекционных осложнений оставляет хирургию поджелудочной железы (ПЖ) актуальной на сегодняшний день. Специфическими осложнениями различных вариантов резекций поджелудочной железы являются: послеоперационный панкреатит, несостоятельность панкреатикодигестивного анастомоза внутрибрюшные или желудочно-кишечные кровотечения, панкреатические свищи (фистулы), гнойные осложнения.

Цель исследования - проанализировать структуру послеоперационных осложнений пострезекционных вмешательств на поджелудочной железе.

Материалы и методы. Проанализированы истории болезни 25 пациентов с заболеваниями поджелудочной железы, поступивших в АО «ННМЦ» в 2019-2022 гг. (ЗНО поджелудочной железы – 18, кисты с подозрением на малигнизацию – 6, паразитарные кисты – 1).

Результаты. Из 25 проанализированных историй 18 - злокачественные новообразования поджелудочной железы, 6 - кисты с подозрением на малигнизацию, 1 - паразитарные кисты.

Средний возраст составил $55 \pm 2,5$ лет (32-71 лет). Мужчин – 11, женщин - 14. По шкале ECOG - уровень функционального состояния 0-1. Оперативный доступ: верхне-среднесрединная лапаротомия (гепатопанкреатодуоденорезекция) – 11, верхне-среднесрединная лапаротомия (корпорокаудальная резекция поджелудочной железы) – 11, лапароскопическая корпорокаудальная резекция поджелудочной железы – 3. Среднее время оперативной деятельности составило: $224 \pm 35,9$ мин (70-420 мин). Объем кровопотери $224,6 \pm 35,9$ мл (40-800 мл).

Методы формирования анастомоза при гепатопанкреатодуоденорезекции: 1) «Конец в бок» на изолированную по Ру отводящую петлю позадиободно по методу Blum, 2) методика укрытия культи поджелудочной железы при дистальной резекции – прошивание П-образными швами.

Длительность функционирования дренажных трубок: среднее время стояния - 7,04 суток (2-15 суток). Питательная еюностомия потребовалась трем пациентам. Длительность функционирования назогастрального зонда: средняя - 1,5 суток (1-4 суток).

Время пребывания в стационаре в до- и послеоперационном периоде: $12,4 \pm 0,8$ койко- дней (8-22 койко-дней). До опе-

рации 1,0 койко-дней (1-3 койко-дней). После операции: 10,3 койко-дней (7-20 койко-дней). Длительность пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии 2,5 койко-дней (2-4 койко-дней).

Осложнения: несостоятельность анастомозов – 0, послеоперационный панкреонекроз – 0, демпинг синдром – 0, кровотечение – 1 (разрешено оперативным методом), панкреатическая фистула – 2 (разрешено консервативно).

Послеоперационная гистологическая картина: аденокарцинома головки поджелудочной железы – 12, нейроэндокринные опухоли поджелудочной железы – 1, кисты, в том числе паразитарные – 12.

Вывод. Значительный прогресс в хирургической технике и совершенствование послеоперационного ведения существенно снизили уровень летальности при операциях на ПЖ, однако число осложнений остается высоким. Проведенный анализ показал минимальное количество осложнений с превалярованием пострезекционной фистулы и кровотечения.

ПРИМЕНЕНИЕ КРИТЕРИЕВ IWATE ПРИ СТАРТЕ ПРОГРАММЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ

Кирковский Л.В., Чернышов Т.М., Федорук Д.А. Щерба А.Е., Коротков С.В., Руммо О.О.

Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии, г. Минск, Республика Беларусь

Лапароскопическая резекция печени включает определённую кривую обучения персонала, для которой было предложено несколько методик оценки сложности предстоящей операции, чтобы помочь с безопасной аппликацией методики. Критерии IWATE представляют собой 4-уровневую оценку сложности, которая, коррелирует с конверсией в открытую операцию, предполагаемой кровопотерей и временем операции.

Цель исследования. В данном исследовании проведена оценка применения критериев IWATE при развитии программы лапароскопической резекции печени, с целью изучения эффективности и безопасности интраоперационного и раннего послеоперационного периода.

Материал и методы. Данные накапливались с 2018 г. Лапароскопическая резекция печени выполнена 75 больным (48 (64%) женщин, 27 (36%) мужчин). Заболевания включали: метастазы колоректального рака – 20 (26,6%), очаговую узловую гиперплазию – 13 (17,4%), гемангиомы – 13 (17,4%), эхинококкоз – 13 (17,4%), гепатоцеллюлярный рак – 7 (9,3%), аденомы – 7 (9,3%), билиарные цистаденомы – 2 (2,6%). Были выполнены следующие типы операций: лапароскопическая резекция сегментов печени – 46 (61,3%), бисегментарная гепатэктомия (правая задняя, левая латеральная) – 26 (34,7%), правосторонняя гемигепатэктомия – 3 (4%). По критериям IWATE 61 пациент соответствовал лёгкой степени сложности операции (81,4%); 11 пациентов – средней степени сложности (14,6%); 3 – тяжёлой степени (4%).

Результаты. Во всех группах средняя кровопотеря составила 340 ± 370 мл; среднее время операции 185 ± 105 мин;

а средняя послеоперационная госпитализация составила $8,2 \pm 4,3$ дня. Желчеистечения (Clavien-Dindo – II) было 2 (2,6%) и послеоперационные кровотечения – 2 (2,6%) случая (Clavien-Dindo – II). Конверсия была в 5 случаях (6,6%). Интраоперационных и послеоперационных летальных исходов не было.

Заключение. При старте программы лапароскопических резекций печени и на ранних этапах её развития, использование критериев IWATE при планировании операции позволяет добиться безопасности данной методики в лечении доброкачественных и злокачественных опухолей печени.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ

Мукажанов Д.Е., Досханов М.О., Ибекенов О.Т., Скакбаев А.С., Серикулы Е.С., Тилеуов С.Т., Исмаев А.У., Хаджиева А.А., Оспан Ж.Р., Теипов Ш.М., Баймаханов Б.Б., Сейсембаев М.А., Каниев Ш.А.

АО «Национальный научный центр хирургии имени А.Н. Сызганова», отделение гепатопанкреатобилиарной хирургии и трансплантации печени, г. Алматы, Казахстан

Цель работы – широкое применение лапароскопической техники в лечении образования печени различной этиологии, и оценить результаты лапароскопической резекции печени.

Материалы и методы. В ННЦХ имени А.Н. Сызганова в период с 2018 по 2023 гг., в 77 случаях выполнена лапароскопическая резекция печени. Из 77 оперированных пациентов, мужчин – 27, женщин – 50. Средний возраст всех пациентов составил 36,9 лет (16 – 66 лет).

Основными причинами оперативного вмешательства являлись эхинококковые кисты печени – 49 (63,6%), гемангиомы печени – 13 (16,8%), ФНГ – 5 (6,5%), альвеококкоз печени – 4 (5,2%), аденома печени – 3 (3,9%), вторичное поражение печени – 2 (2,7%), ГЦК – 1 (1,3%). По локализации образования печени у 32 (41,5%) пациентов отмечается поражение правой доли печени, а у 45 (58,5%) пациентов левой доли печени.

По определению сложности выполненных резекции печени: низкий уровень сложности – 16 (20,8%) случаев, средний уровень сложности – 41 (53,2%) случаев, высокий уровень сложности – 20 (26%) случаев.

По объёму оперативных вмешательств перцистэктомия выполнена в 30 (39%) случаях, резекция левого латерального сектора – 25 (32,4%), атипичная резекция печени – 4 (5,2%), периопухолеваая энуклеация – 6 (7,8%), левосторонняя гемигепатэктомия – 6 (7,8%), резекция заднего латерального сектора – 5 (6,5%), правосторонняя гемигепатэктомия – 1 (1,3%). Размеры образования печени варьировали от 2,0 до 16,0 см.

Результаты. Средняя длительность операции составила 227,5 минут (110–420 мин). Интраоперационная кровопотеря в среднем составила – 148,5 мл (50-250 мл). Среднее пребывание в стационаре после оперативного лечения составило 6,6 (2-21) койка дней. Конверсия была в 6 (7,7%) случаях. Причинами конверсии явились большие размеры кисты, трудное расположение кист, прорастание в диафрагму и поперечную ободочную кишку. Осложнений и летальных исходов в раннем и позднем послеоперационном периоде у пациентов не было зафиксировано.

Заключение. Лапароскопические операции являются малотравматичным методом лечения при очаговых заболеваниях печени в определенных случаях. Лапароскопические резекции (малые и средние) передних и нижних сегментов печени (I, II, III, IV, V, VI Sg) считается стандартным лечением и выполняется без технических сложностей. Эффективность малых и средних лапароскопических резекции печени превосходят результаты открытой резекции печени.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИСТОЗНОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ: ОПЫТ ННЦХ ИМЕНИ А.Н. СЫЗГАНОВА

Нагасбеков М.С.^{1,2}, Баймаханов Ж.Б.^{1,2},
Досханов М.О.^{1,2}, Каниев Ш.А.^{1,2}, Баймаханов Б.Б.^{1,2}
¹«Национальный научный центр хирургии имени А.Н. Сызганова», г. Алматы, Казахстан, ²«Казахский Национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова», г. Алматы, Казахстан

Введение. Республика Казахстан является высоко эндемичным регионом для кистозного эхинококкоза печени. До настоящего времени «золотым стандартом» остается открытая хирургия, но с прогрессированием медицины, все большее внимание уделяется комплексным подходам, включающие миниинвазивное лечение в сочетании с противопаразитарной терапией. В данном исследовании мы сообщаем об опыте Национального научного центра хирургии имени А.Н. Сызганова в комплексном лечении кистозного эхинококкоза печени.

Цель работы – анализ эффективности и безопасности комплексного лечения кистозного эхинококкоза печени.

Материал и методы. Ретроспективно мы проанализировали исход 509 пациентов с активными эхинококковыми кистами в период с января 2017 по июль 2023 г. Классификация стадий проводилась согласно WHO-IWGE Classification Images of Cystic Echinococcosis (2003). Выбор способа вмешательства были основаны на данной классификации. Монотерапию Альбендазолом получили 24 пациентов. Пациенты, которым были выполнены оперативные вмешательства были условно разделены на 3 группы: Laparoscopy – 33, Laparotomy – 319, PAIR – 133.

Результаты. Не было статистических различий по полу, возрасту. Эффективность противопаразитарной терапии составило 85,7%. Продолжительность операции в PAIR было значительно короче, в сравнении с группами Laparotomy и Laparoscopy (55,4 (23-170) против 225,2 (45-570) и 215,3 (110-405) соответственно, $p=0,0001$). В PAIR интраоперационной кровопотери не было, тогда как в Laparotomy и Laparoscopy 146,0 (10–1000) и 111,0 (10–250) соответственно. Послеоперационное пребывание пациентов в PAIR значительно короче, чем в Laparotomy и Laparoscopy (3,8 (1-19) в сравнении 7,5 (3-21) и 6,4 (3-16) $p=0,0001$). Время наблюдения составил в среднем 39,8 месяцев \pm 21 (мин. 1 месяц – макс. 78 месяцев). Статистически значимых различий по рецидивам не обнаружено. В группах Laparotomy и PAIR было 11 (3,6%) и 6 (5,1%) рецидивов соответственно.

Заключение. Эхинококковые кисты печени диаметром менее 5 см лечатся только консервативно, с эффективностью до 87,5%.

В кистах в стадии CE1 и CE3a в независимости от локализации оптимальным объемом является PAIR, характеризующаяся меньшим послеоперационным пребыванием пациента, ранним восстановлением, эффективность в отдаленном периоде сопоставима с «открытой» хирургией.

Лапароскопическая перицистэктомия наиболее эффективна и безопасна при краевых расположениях кист в стадии CE2 и CE3b у отдельных пациентов.

ALGORITHM OF PROACTIVE THERAPY OF HEMOSTASIS DISORDERS IN PATIENTS WITH MECHANICAL JAUNDICE IN THE INTRA- AND POSTOPERATIVE PERIOD

Orazgalieva M.T., Aimagambetov M.Zh., Akbayeva M.M.,
Shortombayev A.A., Yermukhambetov B.Ye.
NJSU «Semey medical university», Semey, Kazakhstan

Introduction. The hemostasis system is a complex of factors and mechanisms that ensure the optimal state of blood in the body as a whole. One of the frequent complications in surgery is the development of coagulopathy and disseminated intravascular coagulation, in particular, as a result of large blood loss.

Studying and based on numerous literature data, own clinical experience in the diagnosis and treatment of hemostasiopathies in the surgical department of the educational hospital «Semey medical university» city of Semey, as well as analyzing the obtained results of coagulograms, an algorithm for emergency diagnosis of hemostasiopathic bleeding caused by hemostasis disorders in patients operated on for mechanical jaundice and the actions of a doctor in this situation has been developed.

The key point in the correction of any acquired coagulopathy are measures aimed at preventing and eliminating factors that provoke the development of hemostasis disorders. Any coagulopathy has a laboratory and clinical stage of the process.

At the laboratory stage, correction is proactive, priority is given to measures aimed at eliminating violations of the body's homeostasis that led to the development of coagulopathy; specific hemostasiological correction is required in case of violation of the compensatory capabilities of the hemostasis system. At the clinical stage of coagulopathy, immediate hemostasiological correction is necessary, aimed at eliminating the consequences of thrombosis or stopping bleeding. In addition, any coagulopathy may be accompanied by a compensated, subcompensated or decompensated state of the hemostasis system. With the compensated stage of coagulopathy, the measures will be aimed at stopping bleeding by surgical hemostasis and antioxidants (levocarnitine).

The purpose of the study. The purpose of the invention is to create an algorithm for the treatment of bleeding caused by hemostasis disorders in mechanical jaundice, which allows to stop bleeding in the intra- and early postoperative period, to prevent

the possibility of massive bleeding and complications associated with bleeding.

Materials and methods. To compare the effectiveness of this algorithm, two groups were taken: control and main. This algorithm of proactive therapy of hemostasis disorders in patients with obstructive jaundice in the intra- and postoperative period was applied to 12 patients of the main group operated on for obstructive jaundice and 15 patients of the control group who did not use this algorithm.

Results. The indicator TAG - R (time spent on reaction) was compared with and without the use of the algorithm.

Conclusions. The result of the application of the proposed algorithm was a reliable absence of bleeding at the postoperative stage of treatment in these patients. At the intraoperative stage, there was no development of DIC syndrome (clinical and laboratory stages) and hemodilution coagulopathy; in the postoperative period, there was also no development of DIC syndrome in these patients.

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПОСЛЕ ГАСТРОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

Рахимова Ф.С., Бебезов Б.Х., Суров Э.А.,
Мамашев Н.Д.

Кыргызско-Российский славянский университет имени
Первого Президента Российской Федерации Б.Н.Ельцина,
г. Бишкек, Кыргызстан

Цель работы – оценить осложнения и результаты коррекции данных после проведенной гастропанкреатодуоденальной резекции.

Материалы и методы. В клинике имени И.К. Ахунбаева Национального Госпиталя Кыргызской Республики с 2009 по июнь 2023 г. выполнены 83 гастропанкреатодуоденальных резекций (ГПДР) по поводу злокачественных образований билиопанкреатодуоденальной зоны. Среди больных было 67 мужчин и 16 женщин. Средний возраст пациентов составил $54,5 \pm 1,4$ года (от 16 до 78 лет). Из этих операций по поводу опухолей головки поджелудочной железы – 59 (71,1%), большого дуоденального сосочка – 11 (13,5%), дистального отдела холедоха – 7 (8,4%) и двенадцатиперстной кишки – 6 (7,2%). Аденокарцинома диагностирована в 96,4% наблюдений, нейроэндокринная опухоль – 2,4%, солидная псевдо-папиллярная опухоль (опухоль Франца) – 1,2%. По классификации TNM I и II стадии опухоли выявлены у 29 (34,9%), III стадия у 44 (65,1%). В 79 наблюдениях был сформирован панкреатикогастроанастомоз и в 4 – пакреатикоэюноанастомоз.

Результаты. Послеоперационные осложнения отмечены у 28 (33,7%) больных. Основными и наиболее тяжелыми из них были несостоятельность панкреатикогастроанастомоза с формированием пакреатического свища – у 6 больных (21,4%), несостоятельность билиодигестивного анастомоза – у 1 больного (3,5%), гастростаз – у 20 больных (71,4%), несо-

стоятельность гастроэнтероанастомоза- у 3 больных (10,7%). Послеоперационная летальность составила – 3,6%.

В случае развившегося панкреатического свища назначались препараты группы синтетических аналогов соматостатина. В динамике в среднем на 21-е-30-е сутки отмечается закрытие свища, в последующем с удалением дренажной трубки. Повторное оперативное вмешательство потребовалось в 1 случае, реконструкция панкреатикогастроанастомоза в инвагинационный панкреатоеюноанастомоза, типа «конец в конец».

Больным с гастростазом консервативное лечение включало следующие этапы: установка назогастрального зонда, проведение стимуляции желудочно-кишечного тракта с использованием препаратов группы антихолинэстеразных средств, а также эритромицин, который является единственным препаратом влияющим на моторику желудка (класс доказательности А). На фоне проведенного лечения у пациентов с гастростазом на 3-е сутки лечения отмечается уменьшение отделяемого по назогастральному зонду, а в среднем к 7-м -10-м суткам отмечается полное разрешение гастростаза.

Несостоятельность билиодигестивного анастомоза проявилась на 2-3-е сутки. У данного пациента отмечалась неполная несостоятельность с полным дренированием брюшной полости, в связи с чем пациенту рекомендовано динамическое наблюдение за дренажом. В динамике на 30 сутки свищ закрылся, дренаж удален.

Трем больным с несостоятельностью гастроэнтероанастомоза назначалось консервативное лечение с переводом на парентеральное в течение 5-7 суток. У одного больного отмечается закрытие дефекта на 20-е сутки. У 2-х больных перитонита на 4-5-е сутки, в связи с чем была проведена релапаротомия с ушиванием дефектов анастомоза, однако на 15-16-е сутки после операции у больных развилась полиорганная недостаточность и в следствие наступил летальный исход.

Из 83 больных летальный исход в раннем послеоперационном периоде наблюдался у 3 пациентов; в одном наблюдении летальный исход наступил в следствии ТЭЛА, в двух случаях наблюдалась полиорганная недостаточность.

Заключение. В настоящее время единственной радикальной операцией по поводу злокачественных новообразований билиопанкреатодуоденальной зоны является ГПДР. Послеоперационные осложнения отмечаются у 36,1% больных. В 89% развившихся осложнений больным было проведено консервативное лечение положительным эффектом. Послеоперационная летальность составляет 3,6% случаев.

КЛЕТОЧНАЯ ТЕРАПИЯ ПЕРВИЧНОГО БИЛИАРНОГО ХОЛАНГИТА

Сайпиева Д.Т., Аскарров М.Б., Туганбеков Т.У.,
Омарбеков А.Ж., Изимбергенов М.Н., Адайбаев К.Т.,
Туребаев Д.К., Есенбаев Д.Б.

НАО «Медицинский университет Астана», г. Астана, Казахстан

Актуальность. Первичный билиарный холангит (ПБХ) – хроническое аутоиммунное заболевание печени, характеризующееся появлением аутоантител к митохондриям и ядрам холангиоцитов, их воспалительным разрушением и последующим холестаазом с типичными проявлениями в виде зуда, астении и желтухи. Заболевание приводит к потере качества жизни и ранней инвалидизации. Урсодезоксихолевая кислота (УДХК) в дозе 13-15 мг/кг в день – единственный препарат, рекомендованный международными ассоциациями для лечения ПБХ. Однако, исследования, подтверждающие ее эффективность, не лишены предвзятости, также у 20-40% больных УДХК неэффективна. Трансплантация печени – единственный радикальный метод терапии ПБХ. Выживаемость после нее достигает 70% через 5 лет, но стандартные сложности, а также рецидив фиброза в пересаженной печени у 100% больных, ограничивают применение этого метода. Кроме того, большинство больных не доживают до пересадки печени.

Поиск новых стратегий привел к использованию стволовых клеток, в частности аутологичных костномозговых мононуклеарных клеток (КМ-МНК) в терапии ПБХ. Согласно исследованиям эти клетки способны дифференцироваться в гепатоциты и холангиоциты, ингибировать звездчатые клетки и фиброгенез, стимулировать регенерацию и реваascularизацию путем паракриной передачи цитокинов и факторов роста, в частности VEGF, IL6, IL10, TNF α и HGF.

Цель работы – изучение эффективности КМ-МНК в соответствии с их иммунными характеристиками при ПБХ.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 35 больных, которые получали повторные трансплантации аутологичных КМ-МНК (всего 12) в 2012-2020г. Все пациенты получали базовую терапию и были отобраны для клеточной терапии из-за неэффективности УДХК. Посредством миелоэкспузии из подвздошной кости пациента получали 80,5 \pm 23,2 мл костного мозга, из которых изолировали 3,43 \pm 0,5 \times 10⁶/мл КМ-МНК. После 24-часового культивирования в стерильном CO₂ инкубаторе количество жизнеспособных КМ-МНК возрастало в 5,1 \pm 1,5 раз. Эти клетки разводили в 200 мл 0,9% NaCl и вводили внутривенно пациенту.

Методом проточной цитометрии измеряли поверхностные CD антигены КМ-МНК до и после культивирования, а также после их введения в кровь пациента. Функции печени оценивались до и после введения КМ-МНК. Статистическая обработка проводилась путем анализа повторных измерений Фридмана и критерия Уилкоксона. Выборка была представлена с помощью медианы (Me) и интерквартильного размаха [LQ;UQ], где LQ – нижний квартиль, и UQ – верхний. Статистическая значимость p была принята на уровне 0,05.

Результаты. Проточная цитометрия, выполненная до и после культивирования и инфузии аутологичных КМ-МНК, показала экспансию периферических лимфоцитов, моноцитов и макрофагов, CD34+клеток, CD105+ и CD73+ ($p < 0,05$). Т-регуляторные лимфоциты CD4+25+ и CD4+FOXP3+ снижались в результате культивирования ($p < 0,05$).

Осложнений во время миелоэкспузии и инфузии КМ-МНК не было зафиксировано. На 3 сутки после введения аутоло-

гичных КМ МНК отмечалось достоверное увеличение лейкоцитов у всех пациентов с 5,04 \pm 0,21 до 9,80 \pm 2,93 ($p = 0,00$). Из 35 пациентов по причине неэффективности терапии выбыло 5 человек (14,3%), что сравнимо с уровнем неэффективности УДХК 24-40%. У остальных пациентов наблюдалось снижение показателей в среднем на 24%: АЛТ с 1,63[1,11;2,37] до 0,97[0,86;1,58] мккат/л ($N < 0,6$), АСТ с 1,55[0,97;2,07] до 0,92[0,75;1,3] мккат/л ($N < 0,6$); ГГТП с 6,67[3,43;11,43] до 4,69[2,55;7,87] мккат/л ($N < 0,55$); ЩФ с 8,71[5,98;14,34] до 5,7[5,01;9,05] мккат/л ($N < 1,45$); прямой билирубин с 21,85[13,79;44,47] до 18,64[10,52;25,53] мкмоль/л ($N < 5,1$); общий билирубин с 25,1[17,09;39,98] до 19,1[14,41;31,15] мкмоль/л ($N < 17,6$). Дальнейшее динамическое наблюдение за пациентами в течение 18-20 месяцев не выявило отдаленных осложнений.

Заключение. Введение аутологичных КМ-МНК вызвало статистически значимое снижение показателей цитолиза гепатоцитов и холестаза ($p < 0,05$), что позволяет продлить время ожидания до трансплантации печени а в некоторых случаях отказаться от нее.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ БОЛЬШИХ РЕЗЕКЦИЯХ ПЕЧЕНИ И РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКАХ И СПОСОБЫ ИХ ЛЕЧЕНИЯ

Сараева В.А., Гурмиков Б.Н., Гончаров А.Б.,
Жаворонкова О.И., Степанова Ю.А., Чжао А.В.
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» МЗ РФ, г. Москва, РФ

Актуальность. Общее количество послеоперационных осложнений в гепатобилиарной хирургии составляет порядка 60-80%, что требует проведения дополнительного тщательного персонифицированного анализа периоперационного периода. При этом достаточно большое количество осложнений купируется путем применения минимально инвазивных способов хирургического лечения, не прибегая к проведению релапаротомии.

Цель исследования - анализ количества, структуры и тяжести осложнений после проведения больших резекций печени и реконструктивных вмешательств на желчных протоках, а также оценка количества и структуры осложнений, устраненных минимально инвазивными вмешательствами.

Материалы и методы. В онкологическом отделении хирургических методов лечения НМИЦ хирургии имени А.В. Вишневского в период 2015-2022 гг. выполнено 192 оперативных вмешательства на печени и желчных протоках, которые распределены следующим образом: левосторонняя гемигепатэктомия с резекцией внепеченочных желчных протоков и формированием гепатикоюноанастомоза – 37 (9,02%), правосторонняя гемигепатэктомия с резекцией внепеченочных желчных протоков и формированием гепатикоюноанастомоза – 34 (8,29%), правосторонняя гемигепатэктомия – 86 (20,98%), левосторонняя гемигепатэктомия – 35 (8,54%).

Среди нозологических форм выделены: злокачественные поражения печени и проксимальных желчных протоков 127 (66,15%), доброкачественные опухоли 27 (14,06%), стриктуры внепеченочных желчных протоков 3 (1,56%), паразитарные заболевания (альвеококкоз, эхинококкоз) 35 (18,23%).

Результаты. Послеоперационные осложнения выявлены у 120 (62,5%) пациентов, без осложнений пролечено 72 (37,5%) пациента. В структуре специфических осложнений ведущими были билиарные осложнения 85 (44,27%). По характеру они были разделены на: наружные желчные свищи – 50 (54,35%), биломы – 39 (42,39%), желчный перитонит – 3 (3,26%). Степень тяжести билиарных осложнений оценивали согласно рекомендациям ISGLS: степень А – 36 (39,13%), степень В – 52 (56,52%), степень С – 4 (4,35%). Среди неспецифических осложнений преобладали раневые осложнения (нагноение, серома, гематома) – 26,04%. Согласно классификации Clavien-Dindo, осложнения распределены следующим образом: класс I – 26,04%, класс II – 3,13%, класс IIIA – 52,08%, класс IIIB – 9,38%, класс IVA – 8,33%, класс V – 1,04%.

Среди всех послеоперационных осложнений в 61,46% случаев они были устранены минимально инвазивными хирургическими вмешательствами. Среди них наибольшее количество произведено под УЗ-контролем – 83,6% (дренирование биломы – 62,75%, дренирование околопеченочного абсцесса – 15,69%, пункция/дренирование плевральной полости – 70,59%, дренирование асциты – 19,68%, дренирование гематомы зоны резекции – 7,84%). Другие методы минимально инвазивных вмешательств включают: чрескожное чреспеченочное дренирование желчных протоков под Rg-контролем – 9,84%, рентгенэндоваскулярная окклюзия – 1,64%, эндоскопические вмешательства – 4,92%.

При рассмотрении наиболее тяжелых осложнений, потребовавших проведения релaparотомии (12,12%), повторные операции проводились по поводу желчного перитонита, эквентрации, внутрибрюшного кровотечения, абсцесса брюшной полости, несостоятельности гепатикоюноанастомоза.

Заключение. Количество послеоперационных осложнений после больших резекций печени и реконструктивных вмешательств на желчных протоках достигает 62,5%. При этом в большинстве случаев (61,46%) они устраняются путем выполнения минимально инвазивных хирургических вмешательств. Подобные операции должны проводиться в многопрофильных специализированных центрах, где заблаговременно возможно проведение профилактики и лечения возникающих послеоперационных осложнений малоинвазивными методами.

ЧРЕСКОЖНОЕ ЧРЕСПЕЧЕНОЧНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Соболев А.Н., Еремекпаев К.Ж., Башабаев М.Т.

КГП на ПХВ «Восточно-Казахстанская областная больница», г. Усть-Каменогорск, Казахстан

Актуальность. Несмотря на совершенствования современной медицины, число пациентов с синдромом механической желтухи по поводу образований ПЖЖ и холедоха ежегодно растет. Проблемой выбора хирургической тактики с рациональным подходом в диагностике и дальнейшем лечении, является чрескожная

чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС). Это малоинвазивное вмешательство, при относительной его простоте, позволяет у большинства пациентов быстро купировать синдром механической желтухи при образованиях, для выработки оптимальной лечебной тактики у пациентов с высоким операционным риском.

Цель исследования - улучшение результатов хирургического лечения пациентов с синдромом механической желтухи.

Материалы и методы. С октября 2018 года по май 2023 года в отделении проктологии, абдоминальной, торакальной хирургии Восточно-Казахстанской областной больницы выполнено 122 ЧЧХС и стентирование.

Результаты. Из 122 пациентов у 108 проведено ЧЧХС и у 14 пациентов выполнено стентирование желчных протоков при опухолях внепеченочных протоков и опухоли головки ПЖЖ. В 11 случаях из 108 выполнено ЧЧХС при ЖКБ, осложненной холедохолитиазом с холангитом. В последующем в 7 случаях из 11 выполнена ПСТ и в 4 случаях открытое оперативное лечение по поводу синдрома Мирризи. Из 122 ЧЧХС выполнена ЧЧХС по поводу опухоли Клатскина – 4 случая, по поводу рака головки ПЖЖ – 88 случаев, по поводу рак дистального отдела холедоха – 2 случая, по поводу стриктуры дистального отдела холедоха – 1 случай, по поводу МТС в печени при опухолях желудка – 2 случая.

Технически успешно выполнить наружную чрескожную чреспеченочную холангиостомию под ультразвуковым и рентгеноскопическом контроле удалось у всех больных. Осложнения ЧЧХС развились у 6 (4,92%) пациентов: кровотечение – 4 случая (купированы консервативно); гематома передней брюшной стенки – 1 случай; гемобилия – 1 случай (нарастание гипербилирубинемии, снижение Нв с 130 до 68 г/л, при контрольной фистулографии – полный блок желчных протоков и неэффективность дренажа. Потребовалось оперативное вмешательство – лапаротомия, холедохотомия, удаление гематом с желчных протоков с наружным дренированием холедоха по Керу). Осложнения при стентировании желчных протоков отмечены не были.

Выводы. ЧЧХС под контролем УЗИ является малотравматичным высокоэффективным методом декомпрессии и санации ЖВП. Выполнение ЧЧХС расширяет возможности лечения больных с механической желтухой, создаёт благоприятные условия для выполнения радикальных, паллиативных оперативных вмешательств и проведения химиотерапии. При неоперабельных опухолях панкреатодуоденальной зоне предпочтительным является выполнение наружно-внутреннего ЧЧХД или стентирования. Улучшение качества жизни пациентов.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ И ОТКРЫТОЙ ДИСТАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Тилеуов С.Т., Досханов М.О., Баймаханов Б.Б., Джумабеков А.Т., Ибекенов О.Т., Каниев Ш.А., Исматов А.У., Сериккулы Е., Мукажанов Д.Е., Скакбаев А.С., Аскеев Б.Т., Хаджиева А.А., Оспан Ж.Р., Теипов Ш.К.

АО «Национальный научный центр хирургии имени А.Н. Сызганова», г. Алматы, Казахстан

Лапароскопическая дистальная панкреатэктомия (ЛДПЭ) в настоящее время стала стандартной процедурой для доброкачественной или пограничной злокачественной опухоли, расположенной в теле или хвосте поджелудочной железы. В 1994 году Cuschieri впервые в мире выполнил лапароскопическую дистальную ПЭ. Недавние обзоры и мета-анализ показали, что ЛДПЭ обладает преимуществом меньшей кровопотери и меньшего количества дней пребывания в стационаре, а также меньшим количеством послеоперационных осложнений по сравнению с открытой дистальной панкреатэктомией.

Цель исследования – проведение сравнительного анализа результатов между открытой и лапароскопической ДПЭ.

Материалы и методы. В период с февраля 2018 г. по июнь 2023 г. 73 пациентам была выполнена ДПЭ по поводу образования тела и хвоста поджелудочной железы в Национальном научном центре хирургии имени А.Н. Сызганова. Из них 38 (52,0%) пациентам было выполнено лапароскопическим путем и 35 (48,0%) пациентам открытым. Все пациенты были ретроспективно разделены на две группы в соответствии с хирургическим методом лечения: открытая и лапароскопическая ДПЭ. Клинические данные и результаты были проанализированы ретроспективно, а так же были сравнены данные между открытой и лапароскопической ДПЭ.

Результаты. Статистической разницы по предоперационной характеристике между обоими группами не выявлена. Также значительной разницы в продолжительности операции и кровопотери, осложнениям не выявлена. В обеих группах аденокарцинома наблюдалась у 16 (22,0%) пациентов, где в 13 (17,8%) случаях операция проведена открытым и 3 (4,1%) случаях лапароскопическим путем. В первой группе время операции в среднем составило 190 мин, во второй группе 245 мин. Средняя кровопотеря в первой группе составила 550 мл, во второй 300 мл. В послеоперационном периоде панкреатический свищ в первой группе наблюдалось у 3 (8,5%) пациентов, во второй группе у 2 (5,2%) пациентов. Свищи закрылись самостоятельно, без дополнительных вмешательств. В первой группе у 4 (11,4%) пациентов наблюдалось внутрибрюшное кровотечение, во второй группе у 2 (5,2%) пациентов, которым потребовалось релапаротомия и остановка кровотечения. Послеоперационное пребывание в стационаре было значительно короче у пациентов второй группы по сравнению с первой. Госпитальная летальность наблюдалась в первой группе у 1 (2,8%) пациента, где развилось аррозивное кровотечение, которое привело к летальному исходу.

Заключение. ЛДПЭ при доброкачественных образованиях поджелудочной железы тела и хвоста является оптимальным методом хирургического лечения. Лапароскопическая дистальная панкреатэктомия определенно сокращает послеоперационный койко день и показатели кровопотери ниже, чем при открытой ДПЭ.

НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ ХОЛАНГИОЦЕЛЛЮЛЯРНОГО РАКА

Чжао А.В.¹, Коваленко Ю.А.², Гурмиков Б.Н.²

¹Европейская медицинская клиника, НМИЦ Радиологии МЗ РФ, ФГБОУ ДПО РМАНПО, ²НМИЦ хирургии имени А.В. Вишневского МЗ РФ, г. Москва, РФ

Актуальность. Холангиоцеллюлярный рак составляет 3% от всех злокачественных опухолей, при этом внутривенная холангиокарцинома составляет 10%, воротная (опухоль Клацкина) - 50%, дистальная - 40%. Поздняя диагностика, особенности локализации опухолей и пути их диссеминации, высокая резистентность к существующим схемам медикаментозного лечения объясняют низкие показатели 5-летней выживаемости от 25% до 40%, при этом при R1 резекциях она не превышает 6%

Цель исследования – анализ собственных, а также литературных данных отражающих нерешенные проблемы в лечении пациентов с холангиоцеллюлярной карциномой различной локализации,

Результаты. Опыт лечения 232 пациентов с воротной (ВХЦР) и внутривенной холангиокарциномой (ВВХЦР) свидетельствует о том, что R0 резекции возможны не более, чем в 40% случаев, что связано с инвазией опухоли, помимо желчных протоков еще и жировой клетчатки, паренхимы печени, периневральным и перилимфатическим распространением, кроме того метастазы в региональные лимфоузлы выявляются в 30%. Наибольшей диагностической точностью в оценке распространенности опухоли обладают КТ и МРТ с контрастированием, при этом ПЭТ-КТ в ряде случаев может помочь избежать выполнения резецирующих операций при выявлении отдаленных внепеченочных метаболитических очагов. При нерезектабельных опухолях важным становится получение полноценного морфологического материала для ИГХ и молекулярногенетического анализа. Поиск мутаций, позволяющих найти в ряде случаев таргетные препараты, а также подобрать иммунотерапию открывают перспективы для улучшения результатов лечения при ХЦР различных стадий, в том числе IV стадии, а также рецидивах и генерализации процесса после хирургического лечения. Перспективным является комбинированное использование локальных методов на разных этапах хирургического и консервативного лечения (РЧА, ФДТ, криоабляция, ТАХЭ, брахитерапия, стереотаксическая радиотерапия) в сочетании с рекомендуемым с 2023 года 1 линии химиотерапии (GemCis) в сочетании с иммунотерапией (дурвалумаб). При этом блокада взаимодействия PD-L1 и PD-1 и CD80 приводит к усилению противоопухолевого иммунного ответа. До настоящего времени нет ответа о причинах отсутствия эффекта, несмотря на индивидуальный подбор терапии, в связи с чем анализ больших данных, включая эпигенетические факторы, а также микроокружение опухоли позволяет надеяться на улучшение результатов лечения холангиоцеллюлярного рака.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ АЛЬВЕОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Юрковская А.И., Чжао А.В., Степанова Ю.А.,
Ионкин Д.А., Маринова Л.А.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» МЗ РФ, г. Москва, РФ

Актуальность. Альвеококкоз – это природно-очаговое паразитарное заболевание, вызываемое *Echinococcus multilocularis*. Все вмешательства при альвеококкозе могут быть разделены на 3 большие группы – радикальные, циторедуктивные и паллиативные операции. Основным оперативным

вмешательством при альвеококкозе является радикальное удаление паразитарного узла, но при массивном распространённом альвеококкозе печени оправдано применение резекций печени, дополненных криодеструкцией. При осложненном течении АП используются минимально инвазивные вмешательства.

Цель работы – изучить отдаленные результаты различных видов лечения альвеококкоза печени, а также качество жизни в отдаленном периоде.

Материалы и методы. В исследование включено 145 пациентов с альвеококкозом печени, проходивших обследование и лечение в НМИЦ хирургии А.В. Вишневского в период с 2009 по 2023 год. Мужчины составили 65 (44%), женщины – 80 (65%). Возраст варьировал от 18 до 83 лет. Средний возраст составил 43 года. Хирургические вмешательства различного объема были выполнены 97 (66,9%) из 145 пациентов: радикальные вмешательства (1 группа) выполнены 50 (34,5%) пациентам, циторедуктивные (2 группа) – 19 (13,1%), резекции печени, дополненные криодеструкцией (3 группа) – 28 (19,3%). Как самостоятельный метод лечения, так и в целях декомпрессии желчных протоков в 29 (20%) наблюдениях были выполнены минимально инвазивные вмешательства (антеградные/ретроградные, чрескожные). У 19 (13,1%) пациентов распространенность процесса не позволила выполнить оперативное вмешательство: 9 (6,2%) пациентов были отправлены на трансплантацию печени, 10 (6,9%) пациентам назначен пожизненный прием альбендазола. Отдаленные результаты оценены у 134 пациентов, качество жизни у 87 пациентов. В отдаленные сроки оценивали наличие рецидивного/резидуального альвеококкоза печени, прием паразитарной терапии. Срок наблюдения за пациентами составил от 6 до 264 месяцев (22 года). Для оценки кумулятивных показателей в отдаленном периоде наблюдения применялся метод Каплана – Мейера с учетом цензурированных данных. Сравнительный анализ кривых «выживаемости» выполнялся с помощью теста Log Rank. Качество жизни оценивалось с помощью опросника EORTC QLQ-30, версия 3.0.

Результаты. В группе радикальных вмешательств выявлено 13 (28,3%) рецидивов, в группе циторедуктивных – 10 (62,5%) резидуальных очагов, в группе резекций печени, дополненных криодеструкцией – 20 (77%), что объясняется выбором данной техники вмешательства у пациентов с массивным местно-распространённым альвеококкозом печени.

Приверженность пациентов к противопаразитарной терапии в 1-ой группе составила – 78,6%, во 2-ой группе – 66,6%, в 3-ей – 74%. В группе минимально инвазивных вмешательств принимали противопаразитарную терапию 13 (76,5%) пациентов, в группе динамического наблюдения – 10 (52,6%).

Отдаленная 5- и 10-летняя продолжительность жизни в группе радикальных вмешательств составила 93% и 85%, криохирургических – 84% и 63%, в группе циторедуктивных вмешательств 82% и 60%, в группе минимально инвазивных – 65% и 50%, в группе динамического наблюдения – 81% и 54% соответственно (Log Rank $p=0,015$). При оценке качества жизни самые высокие показатели были у пациентов после резекций печени, дополненных криодеструкцией: их показатели общего статуса здоровья составили 97 баллов, а показатели физического (ФФ) и ролевого (РФ) функционирования – 100 баллов ($p=0,035$ и $p=0,022$). У пациентов остальных групп показатели

общего здоровья и физического функционирования варьировали от 90 до 100 баллов ($p>0,05$).

Заключение. Применение различных вариантов лечения пациентов с альвеококкозом печени улучшает продолжительность жизни, а также качество жизни в отдаленном периоде.

V. ХИРУРГИЯ ЭНДОКРИННЫХ ОРГАНОВ

ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА

Агаев Р.М., Садыхов Ф.Г., Алиев Ф.Х.

*Научный центр хирургии имени М.А. Топчубашова,
г. Баку, Азербайджан*

Актуальность. Важным патоморфологическим критерием аутоиммунного тиреоидита (АИТ) является оксифильная трансформация фолликулярного эпителия. Оксифильная трансформация характеризуется появлением в щитовидной железе (ЩЖ) В-клеток (клеток Ашкенази-Гюртля), которые выстилают фолликулы железы или образуют солидные скопления. Окончательной особенностью этих клеток является эозинофильная зернистость цитоплазмы и негативная реакция на тиреоглобулин.

Цель исследования - изучение морфологических особенностей патологических изменений ЩЖ у больных с диагнозом аутоиммунный тиреоидит, получавших различные виды методов лечения.

Материал и методы. Исследование основано на изучении результатов лечения 481 больного, госпитализированных на клинику базу НЦХ имени академика М.А. Топчубашова. Исследован операционный и диагностический материал, полученный от пациентов с различными формами аутоиммунного тиреоидита, получавших различные методы лечения. Нами исследован операционный материал: 207 препаратов щитовидных желез с 2008 по 2022 г. Мы рассмотрели какие изменения наиболее часто выявлялись у пациентов при гистологическом исследовании препаратов с учетом формы АИТ. Лица мужского пола составили 26 (12,6%) человек, женщин было – 181 (87,4%). На основании данных тонкоигольной аспирационной пункционной биопсии (ТАПБ) и цитологического исследования пунктаты (по системе Bethesda) проведена оценка характера цитологических изменений щитовидной железы у больных, перенёсших различные методы лечения.

Результаты. Диффузно узловая форма АИТ у большинства больных характеризуется признаками аутоиммунного процесса в сочетании с зобными изменениями, которые проявляются узловыми и много-узловыми инкапсулированными образованиями. Имеют в основном коллоидное строение. Вне зобных изменений выявляются атрофические и склеротические изменения паренхимы и стромы железы, лимфоплазмочитарная инфильтрация и оксифильноклеточная трансформация фолликулярного эпителия. Но по сравнению с атрофической или диффузной лимфоплазмочитарная инфильтрация встречается реже и менее выражена. В очагах оксифильноклеточной трансформации наблюдаются более мелкие переходные формы В-клеток. При диффузно-псевдоузловой форме АИТ описанные изменения сохраняются у большинства пациентов, но встречаются они с меньшей частотой (от 54,7 до 68%). Для диффузной формы АИТ характерны выраженная деформация и атрофия долек. Вростание пучков соединительной ткани в дольки железы в виде тяжей с формированием сетчатого склероза. Оксифильноклеточная трансформация эпителия отсутствует. Очаговые лимфоциты в основном представлены Т-лимфоцитами. Лимфоцитарные инфильтраты неболь-

шие. Атрофическая форма АИТ характеризуется выраженными атрофическими изменениями паренхимы железы, активацией десмопластических процессов с диффузными склеротическими изменениями в строме, оксифильноклеточной трансформацией тиреоидного эпителия и лимфоплазмочлеточной инфильтрацией. Исследования показали, что чаще всего наиболее выраженные цитологические изменения выявлялись при диффузно – узловой (53,8%) и диффузно–псевдоузловой (54,6%) формах аутоиммунного тиреоидита.

Заключение. Наши исследования дают основание полагать, что такие морфологические изменения можно считать необратимыми и они вряд ли смогут подвергнуться регрессии под влиянием консервативной терапии. Потому подобное течение заболевания мы трактовали как осложненное течение болезни и считали, такого рода клинко-морфологические изменения АИТ показанием к хирургическому лечению пациента. Дальнейшее наблюдение за таким больными показывало, что заболевание прогрессировало со временем иногда достаточно быстро (развивались выраженные местные) изменения. У пациентов отчетливо прослеживалась тенденция к росту и увеличению щитовидной железы с формированием зоба больших размеров (в 46 (16,3%) из 283 человек (IV-V степени)).

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ АДРЕНАЛЭКТОМИЯ

**Башабаев М.Т., Абдикаримова Р.О., Соболев А.Н.,
Ермекаев К.Ж., Амангельды Ш.Ж., Есімжомартов Д.А.**
*КГП на ПХВ «Восточно-Казахстанская областная больница»,
г. Усть-Каменогорск, Казахстан*

Актуальность. В последние десятилетия в медицине значительно возрос интерес к хирургическому лечению больных с заболеваниями надпочечников. Это связано, в первую очередь, с улучшением диагностики патологии надпочечников за счет технического совершенствования методов обследования. А во-вторых, с внедрением видеоэндоскопической адреналэктомии. Надпочечники идеально подходят для лапароскопического доступа, т.к. большинство опухолей данной локализации имеют небольшие размеры и неплохо дифференцируются от окружающих тканей. Более того, они располагаются глубоко в брюшинном пространстве. Что в открытой хирургии требует широкого доступа. Травматичность которого превышает основной этап операции. Поэтому на сегодняшний день лапароскопическую адреналэктомию мы рассматриваем как операцию выбора при большинстве опухолей надпочечников.

Цель исследования - улучшить результаты оперативного лечения опухолей надпочечников.

Материалы и методы. За период 2013 г. по май 2022 г. выполнено 24 лапароскопические адреналэктомии. Среди пациентов 21 женщина и 3 мужчины. Возраст больных от 35 до 67 лет. Длительность заболевания составила от 2 до 12 лет.

Результаты. Из 19 ЛАЭ у трех пациентов операция выполнена слева, у 5 – справа. Средняя продолжительность операции при правосторонней ЛАЭ составила 95 минут, при левосторонней – 110 минут. Средний объем кровопотери – 25±5 мл. Во

время операции и в послеоперационном периоде осложнений не наблюдалось. Больные активизированы в день операции. Средняя продолжительность пребывания больного в стационаре составила $6,5 \pm 1,3$ дней. Гормонально активная опухоль (феохромоматома) – 5 пациент, у 1 (4,2%) одной опухоль надпочечника до 10 см выполнена конверсия после мобилизации, аденома надпочечника – 19, киста надпочечника – 1, киста надпочечниками паразитарного (эхинококк) генеза – 1 пациент. У больных с феохромоцитомой в послеоперационном периоде отмечено снижение АД до нормальных показателей. Осложнений не было.

Выводы. Показанием к лапароскопической адреналэктомии являются гормонально активные опухоли любых размеров и гормонально неактивные образования диаметром более 4 см. ЛАЭ при опухолях надпочечников является достаточно эффективным и малотравматичным оперативным вмешательством. Причиной конверсий было вращение большой опухоли в крупные сосуды.

ЗАГРУДИННЫЙ ЗОБ И ДРУГИЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ

Коньсов М.Н.¹, Шанаев Д.Т.², Тасмаганбетов Б.²,
Коньсова С.А.¹, Сагинбаева Б.М.²

¹Атырауский областной кардиологический центр, Атырау, Казахстан, ²Атырауская областная больница, г. Атырау, Казахстан

Актуальность. Загрудинный зоб (ЗГЗ) встречается относительно редко, и оптимальная хирургическая тактика четко не определена. Под загрудинным зобом подразумевают образование щитовидной железы (ЩЖ), которое распространяется на 3 см или более ниже надгрудинной вырезки при максимально выпрямленной шее. Распространение за грудину наблюдается у 1-20% пациентов с зобом в зависимости от выбранных критериев. Несмотря на то, что эти образования обычно доброкачественные по своей природе, несколько исследований показали, что агрессивный хирургический подход предпочтителен, в том числе из-за возможности присутствия злокачественной опухоли, частота которой может достигать 8-17%. Хирургическое удаление образования обычно предотвращает потенциально опасные компрессионные симптомы. Шейный воротничкообразный разрез является основным хирургическим доступом, но в ряде случаев могут потребоваться дополнительные доступы в виде: частичной продольной стернотомии, торакотомии или эндовидеохирургии.

Цель исследования - оценка и оптимизация хирургических подходов к лечению загрудинного зоба.

Материал и методы. Проведено ретроспективное исследование выполнено в двух ЛПУ. За период с 1996 года выполнено 182 различных операций на щитовидной железе. В 155 (87%) случаях операции производились по поводу узлового/многоузлового зоба и в 23 (13%) случаях по поводу - диффузного токсического зоба (болезнь Грейвса). У 4 (2,1%) пациентов из них: узловое/многоузловое образование ЩЖ имело загрудинное расположение: у 3х-правостороннее и в 1 случае - левостороннее. Женщин в нашем исследовании было - 3 и мужчин - 1. В 1 случае у женщины был отмечен рецидивный узловой зоб через 19 лет после первичной предшествующей операции по поводу многоузлового зоба также загрудинной локализации.

Следует отметить то обстоятельство что ни в одном случае

пальпируемого образования на шее обнаружено не было, стридор был отмечен в 2-х случаях и все пациенты находились в эутиреоидном состоянии, преходящий парез возвратного гортанного нерва (ВГН) имел место у 2 пациентов в исходе заболевания. В последние годы всем пациентам с рецидивом зоба проводим предварительную предоперационную консультацию лор-врача, с целью оценки состояния голосовых связок и вокальных функций. В диагностике узлового зоба загрудинной локализации использовали ультразвуковое исследование и компьютерную томографию (КТ). Во всех случаях КТ-планиметрии узловые образования располагались на 3,5-5,5 см ниже надгрудинной вырезки при максимально выпрямленной шее. Тонкоигольную биопсию ЩЖ провели только в одном случае и выполнение ее не рекомендуем, из-за опасности расположения крупных сосудов в проекции верхней-передней средостения. По данным КТ - сдавление трахеи выявлено у 3 пациентов и смещение ее – еще в 1 случае. Общий объем ЩЖ составили от 55 до 75 см³, соответственно с наличием клиники компрессионного синдрома у 3х пациентов. Касательно затрудненной диагностики при атипичной локализации зоба следует отметить, что пациентке с рецидивом загрудинного зоба, длительное время выставлялись различные диагнозы, связанные с нарушением сердечного ритма, по типу синдрома слабости синусового узла, в т.ч. с имплантацией кардиостимулятора, бронхоаспирационный синдром отмечен в одном случае.

У всех пациентов с загрудинной локализацией зоба новообразования были удалены через шейный воротничкообразный доступ по Кохеру. Средняя вертикальная длина зоба, составила 5.5 см. Дополнительные разрезов в нашем наблюдении не потребовалось. Во всех случаях операций использовали ультразвуковые ножницы и прецизионный контроль за ходом ВГН и трахеи, при выделении и «рождении» зоба из средостения и прилежащих тканей.

Результаты. Морфологически во всех случаях установлена доброкачественная структура заболевания. Послеоперационной летальности не было. Преходящее изменение голоса (односторонний парез) отмечен у 1 пациента и паралич ВГН еще – у 1 пациентки с рецидивным загрудинным зобом, который развился вследствие двухстороннего поражения ВГН в тч после предшествующей ранее операции, который потребовал наложения трахеостомы в раннем послеоперационном периоде (в последующем пациентка перенесла ряд коррекционных лор-операций с целью обеспечения проходимости гортани). В настоящее время пациентка деканюлирована. Длительность пребывания в стационаре у наших пациентов колебалась от 5 до 15 ($5,5 \pm 2$) дней.

Заключение. Удаление загрудинного зоба возможно через шейный воротничкообразный разрез (глубина проникновения до 5,5 см) с обязательной подготовленностью бригады для конверсии доступа (стернотомия) при необходимости. В нашем случае, такой необходимости в расширении доступа не потребовалось. По данным КТ- измерение краниокаудальной длины может обосновать необходимость коррекции доступа у этой тяжелой категории больных (в тч при оправданном риске малигнизации). Практически всем пациентам с ЗГЗ необходимо предлагать его хирургическое удаление. Парезы и параличи ВГН – специфическое осложнений после операций на ЩЖ и в том числе при его загрудинной локализации (по нашим данным развиваются у 2,2% больных и возможно более часто при отдаленном наблюдении за этой категорией больных). С целью профилактики повреждений ВГН необходимо исследовать вокальную функцию до операции

и проводить консультацию лор-врача. Перспективным считаем проведение ультразвукового исследования гортани и использование интраоперационного нейромониторинга при операциях на ЩЖ в будущем.

НАШ ОПЫТ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Нургазиев М.Е.¹, Мукантаев Т.Е.²,
Толеп К.О.¹, Утегалиев Т.К.¹

¹Многопрофильная клиника «Софи мед групп», г. Актау, Казахстан, ²Мангистауский областной онкологический диспансер, г. Актау, Казахстан

Цель работы – оценить техническую осуществимость, безопасность и эффективность малоинвазивных вмешательств у пациентов с доброкачественными заболеваниями щитовидной железы.

Материалы и методы. С 2016 г. в наших лечебных учреждениях 52 пациентам были выполнены малоинвазивные вмешательства при доброкачественных заболеваниях щитовидной железы. Из них, 45 пациентам произведена эндоскопическая трансаксиллярная тиреоидэктомия (из них, в 9 случаях у пациентов с диффузным токсическим зобом выполнена полная тиреоидэктомия; в остальных 36 случаях – гемитиреоидэктомия по поводу узлового зоба в одной из долей органа). У 7 пациентов с диффузно-токсическим зобом 3-4 стадии осуществлена эндовазкулярная окклюзия сосудов щитовидной железы. Мужчин было 3, женщин – 49. Средний возраст составил 39 лет.

Эндовазкулярные вмешательства проводили под местным обезболиванием. При бедренном доступе проводили пункцию общей бедренной артерии справа и устанавливали интрадьюсер 6F - 11см. Проводили катетеризацию общей сонной артерии, ангиографию сонных артерий и их ветвей с последующей катетеризацией селективно правой и левой щитовидных артерий. Микрокатетер «Rebag» устанавливали по ходу артерий в дистальном русле и производили эмболизацию эмболами «Biosphere» 500-900 μm , BEARING 1000-1180 μm . На контрольной ангиографии отмечали отсутствие кровотока в щитовидных артериях, после чего катетер удаляли

Эндоскопические вмешательства выполняли под общим интубационным наркозом. Через 15 мм разрез на передней аксиллярной линии со стороны наиболее пораженной доли щитовидной железы корнцангом создавался подкожный тоннель до проекции щитовидной железы. В этот тоннель вводился 10 мм эндоскоп с боковой оптикой и создавалась полость при давлении CO_2 в 9 мм водного столба. По обе стороны от эндоскопа аналогичным способом устанавливались два 5 мм порта, через которые выполнялась операция. Ткань железы удаляли через доступ эндоскопа.

Результаты. У пациентов с диффузно-токсическим зобом после эндовазкулярной окклюзии сосудов отмечается уменьшение размеров щитовидной железы. Послеоперационных осложнений не было. В послеоперационном периоде после эндоскопических операций у 2 пациентов был парез голосовых связок, ликвидированный консервативными мероприятиями. Все паци-

енты были выписаны на 5-8 сутки после операции. Продолжаем наблюдение за пациентами.

Заключение. По предварительным результатам проведенного исследования можно сделать вывод, что малоинвазивные вмешательства являются технически выполнимыми, достаточно безопасными и эффективными методами лечения доброкачественных заболеваний щитовидной железы.

МЕРЫ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРАЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ

Шегай В.К., Пак В.И., Усманов А.Р.

Казахстанско-Российский медицинский университет,
г. Алматы, Казахстан

Актуальность. Первичный гиперпаратиреоз (ПГПТ) встречается от 25 до 89,6 новых случаев на 100 тысяч населения. В возрастной категории старше 60 лет ПГПТ встречается у 154,1 на 100 тысяч населения.

Цель работы – выяснить меры раннего выявления заболеваний паращитовидных желез и нарушений кальций-фосфорного обмена у больных.

Материалы и методы. За период с 2018 г. по май 2023 г. в клинике «Сункар» находилось 63 больных с синдромом нарушения кальций-фосфорного обмена, из них с первичным гиперпаратиреозом - 27 пациентов, больных с ПГПТ были женщины старше 55 лет. Паратгормон был у всех выше 150-350 пг/мл. Уровень кальция до 2,75 ммоль/л.

Результаты. Аденомы паращитовидной железы установлены в 12 случаях при УЗИ исследовании. КТ шеи с контрастом проводилось в 10 случаях. Сцинтиграфия помогла установить топическую диагностику в 5 случаях. Следует отметить, что в 12 случаях установленной топической диагностики аденомы паращитовидной железы – в 3 случаях не было показаний.

8 пациентов находились неоднократно на лечении по поводу мочекаменной болезни (проведенные операции: уретеролитотомия, контактная литотрипсия и т.д.).

Гистологические заключения: светлоклеточная аденома ПЩЖ у 23 пациентов; Темноклеточная аденома ПЩЖ 4 пациента.

На следующий день после операции у всех больных отмечается снижение или отсутствие болей в суставах. Нормализация уровня ПТГ через 2 недели отмечено у 7 пациентов. В период до 2-х месяцев – уровень ПТГ восстановился у всех 26ти пациентов, одна больная направлена на сцинтиграфию.

Выводы. Женщины старше 50-и лет, при наличии костных, мышечных и суставных болей должны проходить следующие обследования: УЗИ шеи, денситометрию (ультразвуковую или рентгеновскую), определение уровня кальция и фосфора сыворотки крови.

Пациенты с мочекаменной болезнью должны обследоваться с целью выявления патологии паращитовидных желез. С целью улучшения качества жизни пациентов, находящихся на программном гемодиализе, особенно входящих в группу риска развития остеопороза, необходимо проводить УЗИ щитовидной и паращитовидных желез 1 раз в три месяца.

При стойком повышении уровня паратгормона свыше 1000-1500 пг/мл и при неэффективности медикаментозной терапии показано оперативное лечение, до развития деструкции костного скелета.

VI. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ И ПОЧЕК

ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПЕЧЕНИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН: СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

Акбаров М.М.^{1,2}, Исмаилов С.И.¹, Назыров Ф.Г.¹,
Джанбеков Т.А.^{1,2}, Сёмаш К.О.^{1,2}, Бабаджанов А.Х.¹,
Ибадов Р.А.¹, Усмонов А.А.¹, Байбеков Р.Р.¹

¹Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова,
отделение гепатобилиарной хирургии и трансплантации
печени №1, г. Ташкент, Узбекистан,

²Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования - анализ результатов хирургического
лечения пациентов в декомпенсированной стадии печеночной
недостаточности после родственной трансплантации печени
от живого донора.

Материалы и методы. Работа основана на анализе бли-
жайших результатов 60 пациентов в декомпенсированной ста-
дии печеночной недостаточности, которым произведена род-
ственная трансплантация печени от живого донора в период
с февраля 2018 по июнь 2023 г. Возраст реципиентов варь-
ровал от 19 до 59 лет ($38 \pm 4,5$). В подавляющем большинс-
ве пациенты страдали циррозом печени вирусной этиологии
(HBV/HDV/HCV) в стадиях де- и субкомпенсации (Класс В-С
по Child Pugh, MELD от 10 до 25), портальной гипертензией с
различной степенью варикозно расширенных вен пищевода и
желудка, высокой угрозой развития или состоявшимися кро-
вотечениями в анамнезе.

Результаты. У всех доноров был произведен забор пра-
вой доли печени. Масса пересаженной правой доли варьиро-
вала от 480 до 1100 г. GWRW индекс – от 0,9 до 1,4. У доноров
сохранялась левая доля в объеме не менее 35% общей массы
печени.

В ближайшем послеоперационном периоде у 5-х реципи-
ентов наблюдались артериальные осложнения, которые были
купированы миниинвазивно. У троих пациентов в отдаленном
периоде после трансплантации печени развился стеноз во-
ротной вены, лечение выполнялось интервенционным спосо-
бом. У 8 реципиентов в отдаленном периоде наблюдались би-
лиарные осложнения: стриктуры составили 48% от всей доли
билиарных осложнений, желчеистечения – 52%.

Заключение. Результаты свидетельствуют о перспектив-
ности данного направления органной трансплантации для па-
циентов с циррозом печени и требуют дальнейшей доработ-
ки и популяризации подходов в медицинской и социальной
общественности в Республике Узбекистан.

ОЦЕНКА СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ ПЕЧЁНОЧНОЙ ФУНКЦИИ

Бабаджанов А.Х., Хайбуллина З.Р., Махмудов У.М.,
Байбеков Р.Р., Тургунбоев Э.К.

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

Актуальность. Терминальная стадия болезни печени
(ТСБП), которая развивается в исходе цирроза печени вирус-
ной этиологии (до 70% случаев), гепацеллюлярной карциномы,
метаболических заболеваний печени, является показанием к
трансплантации печени (ТП). В Республике Узбекистан первая
ТП от живого родственного донора была проведена в феврале
2018 года и на сегодняшний день ГУ «РСНПМЦХ имени ака-
демика В.Вахидова» располагает опытом выполнения 56 ТП.
Данное вмешательство является сложным, и даже в ведущих
центрах мира, имеющих многолетний опыт ТП, у каждого ре-
ципиента развивается хотя бы 1 осложнение. Одними из наи-
более частых в периоперативном периоде являются тромбо-
геморрагические осложнения, истоки которых лежат в исходно
скомпрометированном метаболическом статусе реципиента.

Цель работы – изучить исходный статус показателей си-
стемы гемостаза у реципиентов печени.

Материалы и методы. Обследовано 17 больных ТСБП,
подготовленных к ТП. Исследование факторов системы гемо-
стаза проводили на автоматическом коагулометре ACL-TOP
(USA) стандартными наборами реагентов.

Результаты. Оценка скрининговых тестов системы гемо-
стаза показала, что АЧТВ было в пределах референс-интерва-
ла при достоверном удлинении тромбинового времени (ТВ) в
1,25 раза, протромбинового времени (ПВ) - в 1,4 раза относи-
тельно показателя у здоровых доноров, увеличении междуна-
родного нормализованного отношения (МНО) до 1,52 (95%ДИ:
1,36-1,68), что создаёт предпосылки для состояния гипокоагу-
ляции. Оценка естественных антикоагулянтов плазмы выяви-
ла резкое снижение антитромбина III в 2,6 раза ($p < 0,05$), и
витамин-К зависимого протеина С в 1,9 раза ($p < 0,05$) отно-
сительно здоровых доноров, что увеличивает риск неэффек-
тивности гепаринотерапии и тромбообразования. У больных
ТСБП в исходном статусе имеется дефицит факторов коагуля-
ции и дефицит естественных антикоагулянтов плазмы на фоне
увеличения содержания (ФВ Ag) и активности (ФВ Act) фак-
тора Виллебранда в 3,14 и 2,95 раза, повышения ИЛ-6 в 4,2
раза, что указывает на высокий риск тромбо-геморрагических
осложнений вследствие расбалансировки системы гемостаза
при ТП.

Вывод. У больных с ТСБП имеется дисбаланс прокоагулянтов, антикоагулянтов и активаторов системы фибринолиза, что повышает риск развития тромбо-геморрагических осложнений в ранний период после ТП.

SPECIFICITY OF RECONSTRUCTION OF HEPATIC VEINS V AND VIII SEGMENTS IN LIVING RELATED DONOR LIVER TRANSPLANTATION USING RIGHT LOBE

Baimakhanov B., Doskhanov M., Skakbayev A., Askeyev B., Seisembaev M., Kaniev S., Serikuly E., Tileuov S., Ismatov A., Mukazhanov D.

Syzganov's National scientific center of surgery, Department HPB surgery and live transplantation, Almaty, Kazakhstan

Background and Aim. In adult-to-adult living donor liver transplantation (LDLT), the use of a right lobe graft without the middle hepatic vein (MHV) reconstruction can cause hepatic congestion and disturbance of venous drainage. The present study aimed to evaluate the efficacy of MHV reconstructions in LDLT.

Material and methods. From December 2011 to May 2023 in our transplantation center, 165 (73,4%) consecutive LDLTs were performed using a right-lobe graft without a MHV. 97 (58,7%) had reconstructed MHV tributaries, and the others 68 (41,2%) did not.

Results. MHV tributaries were reconstructed in 97 recipients. In 5 cases for reconstructions was used synthetic prosthesis, 2 greater saphenous veins, also 2 cadaveric veins. In 88 cases reconstructions were performed by using portal vein of cirrhotic liver. Postoperative congestion was found in 34 cases. 28 congestions were in group without MHV constructions, 6 congestions were in group with reconstructions. Reanastomosis was conducted in 2 patients. The lethal cases were in 21 recipients with MHV reconstructions. The thrombosis of hepatic veins was not observed in all cases.

Conclusions. Thus, we concluded that of type HV reconstruction in RL LDLT is technically sophisticated. The optimal size of the length and width of the reconstructed right hepatic vein is the key to success, which should be sought in each case.

INFLUENCE OF WARM AND COLD ISCHEMIC TIME ON THE OUTCOME OF TRANSPLANTATION

Baimakhanov B.B., Madadov I.K., Belgibaev E.B., Dabyldaeva K.S., Nabiev E.S., Saduakas N.T., Rgebayev B.G.

JCS "National Scientific Center of surgery named after A.N. Syzganov", Almaty, Kazakhstan

Relevance. After kidney transplantation, some factors affect the long-term functioning of the transplant in the kidney recipient. Some of the important factors are the time of vascular anastomosis, heat and cold ischemia of the graft. Thermal ischemia of the kidney is a forced technical action of laparoscopic resection of the renal

tissue, which allows limiting blood loss, optimizes visual control during excision of the affected fragment and suturing of the renal parenchyma. The purpose of this retrospective study is to identify the effect of warm ischemic time on the outcome of transplantation in the long-term variant.

Objectives: to reveal the influence of warm and cold ischemic time on the outcome of transplantation.

Material and methods. To collect the initial information about the patients, the hospitalization database «Medical Information System and archival documents of the medical institution» of JSC «NSCS named after A.N. Syzganov» were used. The list of patients was compiled and the analysis of clinical, laboratory and instrumental data was carried out, and the selection of 583 studied patients (385 men and 198 women) who received standard immunosuppression, the time of cold ischemia of the kidney transplant was on average 81,73 minutes, the time of vascular anastomosis was within 25-30 minutes; the time of cold ischemia, the time of thermal ischemia, the frequency of complications and data on the survival of recipients after transplantation were analyzed.

Results. A total of 583 kidney transplants performed at JSC «National Scientific Center of Surgery» were retrospectively analyzed from 1995 to 2021, 583 transplants were performed, 460 transplants from a living related donor (distantly related donor, close related donor), and the remaining 123 from a kidney cadaver. 146 patients had a graft rejection, while 265 recipients had graft dysfunction. Of the 583 transplants, 546 recipients had a favorable and relatively favorable outcome, while the remaining 37 recipients had a fatal outcome. The causes of death in patients are as follows: the chronic and acute graft rejection, sepsis, viral (pneumocystis) pneumonia, pneumonia (respiratory failure). The main initial diseases that caused end-stage renal failure in the recipients were tubulointerstitial nephritis, chronic glomerulonephritis with nephrotic syndrome, hypertensive nephropathy, lupus nephritis, hemorrhagic vasculitis, urolithiasis with kidney hypoplasia, ureterohydronephrosis of the single kidney, diabetic nephropathy, and disease of unclear etiology.

Conclusion. A shorter time of cold ischemia during kidney transplantation from a deceased donor reduces the frequency of delayed graft function. The kidney graft is more susceptible to thermal ischemia than to cold ischemia of the kidney graft. The reason for rejection of the transplant in recipients from related donors was third-party diseases and previous transplants.

ОСОБЕННОСТИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ

Баймаханов Б.Б., Енин Е.А., Мададов И.К., Дабылдаева К.С., Белгибаев Е.Б., Набиев Е.С., Ргебаев Б.Г., Сәдуақас Н.Т., Болысбаева Ф.П.
АО «Национальный научный центр хирургии имени А.Н. Сызганова», г. Алматы, Казахстан

Введение. Состояние иммунной системы играет важнейшую роль после пересадки органов. Одним из высокочув-

ствительных и специфичных методов количественной оценки состояния иммунной системы является проточнаяцитометрия, позволяющая измерять разные субпопуляции иммунных клеток, отвечающих за клеточный и гуморальный иммунитет.

Цель исследования - выявление особенностей иммунологического статуса у реципиентов почки в сравнении с донорами до оперативного вмешательства.

Материалы и методы. В исследование было включено 160 пациентов: из них контрольная группа (доноры почки) - 80 пациентов (медиана возраста 32 (28;42) лет; женщин - 44, мужчин - 36), исследуемая группа (реципиенты почки) - 80 (медиана возраста 30,5 (28;38) лет; женщин - 46, мужчин - 34). Проточнаяцитометрия проводилась в ННЦХ имени А.Н. Сызганова на аппарате BD FACSCalibur производства фирмы BD Biosciences (США). Дополнительно проводилось исследование иммуноглобулинов классов А, М, и G иммуноферментным анализом. Все тесты проводились до оперативного вмешательства и послеоперационном периодах в сроке 3 месяца и 1 год.

Результаты. Характеристика реципиентов: медиана креатинина до операции 823 (670;907) мкмоль/л, медиана креатинина после операции 97 (80;105) мкмоль/л, медиана гемоглобина до операции 105 (82;120) г/л. Характеристика доноров: медиана креатинина до операции 80 (74;88) мкмоль/л, медиана креатинина после операции 91 (88;95) мкмоль/л, медиана гемоглобина до операции 148 (142;155) г/л.

Проведено иммунологическое исследование уровня иммуноглобулинов и субпопуляций лимфоцитов в обеих группах согласно протоколу исследования.

Результаты статистического сравнения показали однородность основной и контрольной групп по возрасту и полу. Изменения в иммунном статусе реципиентов носят функциональный характер, то есть значимых количественных изменений по полученным результатам не было выявлено и существенного прогностического значения не имеет.

Заключение. Таким образом, иммунологические изменения реципиентов почки носят только функциональный характер, значительных количественных изменений иммунных клеток не наблюдается. Применение иммунологического исследования в рутинной практике ведения пациентов после ТП нецелесообразно в связи с его низкой прогностической информативностью и специфичностью. Возможно применение иммунологического анализа у пациентов с дисфункцией трансплантата, но в данном случае она будет менее информативна, чем морфологическое исследование.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ВЫЯВЛЕНИЯ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСА И ПОЛИОМАВИРУСА У РЕЦИПИЕНТОВ ПОЧКИ С ДИСФУНКЦИЕЙ ТРАНСПЛАНТАТА

**Баймаханов Б.Б., Енин Е.А., Мададов И.К.,
Дабылтаева К.С., Белгибаев Е.Б., Набиев Е.С.,
Ргебаев Б.Г., Сәдуақас Н.Т., Болысбаева Ф.П.**

АО «Национальный научный центр хирургии имени А.Н. Сызганова», г. Алматы, Казахстан

Введение. Цитомегаловирусная инфекция является частым осложнением после трансплантации почек. Инфекция развивается вследствие заражения от пересаженного органа, реактивации латентной инфекции. Цитомегаловирусная инфекция поражает в 20-60 % случаях пересадки почки.

Полиома вирусная инфекция, приводящая к развитию, так называемой, полиома вирус-ассоциированной нефропатии (Polyomavirus-associated nephropathy (PVAN)), встречающаяся 1-10% пациентов и 80% случаях приводит к потере трансплантата.

Материалы и методы. Мы проанализировали результаты биопсии 70 реципиентов почки с дисфункцией трансплантата.

Для обзорного исследования производилось окрашивание гематоксилином в окрашивающей станции Termo SCIENTIFIC GeminiAS. Для люминесценции использовали реагенты фирмы TermoFischer. Готовые препараты просматривали на микроскопах: ZEISSAXIOImagerZ 2 (Германия) с камерой AxioCam 506 color и компьютерным обеспечением ZEISSZEN Imaging Software. Люминесценция проводилась на LeicaDM 4000B с темнопольной камерой LeicaDFC 310 – FX с программным обеспечением Leica DM 4000B с цифровой камерой Leica DFC 320.

Результаты. Мы проанализировали вероятные причины дисфункции трансплантата почки. Основной причиной явилось хроническое отторжение трансплантата.

Согласно полученным результатам пациенты были подразделены на 4 группы: пациенты с острым кризом отторжения трансплантата; пациенты с хроническим отторжением трансплантата; пациенты с хроническим отторжением в сочетании с острым отторжением трансплантата; пациенты с причинами дисфункции трансплантата (De novo гломерулонефрит, острый канальцевый некроз и тубуло-интерстициальный нефрит).

Все биоптаты окрашивались маркерами PVN и CMV и просматривались на люминесцентном микроскопе. В 5 случаях была выявлена PVN инфекция – при световой микроскопии определялись внутриядерные включения вирусных телец, повреждение и лизис эпителиальной выстилки канальцев.

ЦМВ инфекция была обнаружена у 7 пациентов с трансплантированной почкой, при светооптическом исследовании в ткани почечного столбика взятого методом пункционной биопсии изменения клеток носили очаговый характер, инфицированные эпителиальные ЦМВ-клетки проксимальных канальцев почки и эндотелиальные клетки сосудов были увеличены в размерах, с ядрами содержащими центральные размытые мелкие включения.

В нашем случае у 3-х человек было выявлено PVN 1-го класса: представленное минимальной репликацией вируса менее 1% площади биоптата, интерстициальный фиброзом менее 25%, и у 2 человек PVN 2-го класса: представленное умеренной репликацией вируса 4% площади биоптата, и фиброзом 25% (Согласно многоцентровому международному исследованию рабочей группы Vanff). При флуоресцентном иммуногистохимическом окрашивании в ядрах канальцевого эпителия отмечалось умеренное гранулярное свечение.

Заключение. Внутриядерные включения в эпителиальных клетках канальцев являются патогномичным признаком продуктивной PVN вирусной инфекции. При PVN наблюдалась разная степень интерстициального воспаления и склероза коркового слоя почки, что является хорошим достоверных маркером

дифференциальной диагностики от CMV-инфекции и острых кризов отторжения.

Флуоресцентное иммуногистохимическое окрашивание позволяет выявить CMV-антигены на ранних стадиях заболевания, когда цитопатологические изменения еще не развились. Так же позволяют внести определенную ясность при дифференциальной диагностике с кризами отторжения.

Своевременная ранняя морфологическая диагностика инфекционных осложнений после трансплантации почек в связи с негативным влиянием PVN и CMV инфекции снижает риск угрозы дисфункции трансплантата и возможность смерти реципиентов с функционирующим трансплантатом, а также необходимостью повторных госпитализаций.

ЛЕЧЕНИЕ АНАСТОМОТИЧЕСКИХ СТРИКТУР ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ ОТ ЖИВОГО ДОНОРА

Баймаханов Б.Б., Эбдірашев Е.Б., Досханов М.О., Абдыкадыров М.К., Скакбаев А.С.

АО «Национальный научный центр хирургии имени А.Н. Сызганова», г. Алматы, Казахстан

Актуальность. Трансплантация печени является единственным методом лечения при декомпенсированной стадии цирроза печени. Благодаря совершенствованию оперативной методики и менеджмента больных, выживаемость больных до 1 года составляет 90%, а 5-летняя до 80%. Однако, посттрансплантационные осложнения остаются основной причиной заболеваемости и смертности реципиентов. Основные причины развития стриктур желчных протоков после трансплантации зависят от: 1. вида трансплантата; 2. Количества и вида желчных протоков, проводимых для наложения анастомозов, в частности трансплантация печени от живого донора; 3. Вида анастомоза (билио-билиарный либо холедохоеюноанастомоз). Учитывая выше изложенное, осложнения протоковой системы после трансплантации печени от трупного донора составляет 5-15%, а при ТПЖД достигает до 38%. В том числе, при заборе правой доли печени у живых доноров процент осложнений варьирует от 24% до 60%.

Материалы и методы. В данной статье включены данные 168 реципиентов, перенесших ТПЖД в период с 2015 по 2022 г. Из них, 148 (88%) пациенту пересажена правая доля, левая доля - 17 (10%) пациентам, задний латеральный сектор в 1 (0,6%), левый латеральный сектор в 1 (0,6%) и двойной графт в 1 (0,6%) случаях. Среди 168 реципиентов у 32 (19 %) пациентов развились различные виды БО. Из 32 больных анастомотические стриктуры (АС) возникли у 27 (84,3 %) пациентов. У оставшихся 5 (15,7 %) пациентов, АС появились вследствие частичной несостоятельности билио-билиарного анастомоза с образованием биломы.

В раннем пост-ЭРХПГ периоде, мониторинг пациента основывался на показателях уровня амилазы, билирубина, аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы, общего анализа крови и УЗИ данных протоковой системы трансплантата.

В позднем периоде, при сохраняющейся положительной динамике пациенту проводилась лишь реимплантация ранее

установленного ПС. Последующие повторные плановые вмешательства, выполнялись с интервалом от 2 до 3 месяцев. Каждая повторная сессия включала в себя, замену ПС на больший диаметр и/или дополнительную установку ПС для расширения рубцовой стриктуры до диаметра общего желчного протока. Замена ПС требовалась с целью профилактики обструкции билиарного протеза и развития холангита

Результаты. Возникшие БО устранялись эндоскопический ретроградным, чрескожно антеградным и путем открытой хирургической операции. Также в некоторых случаях применялся комбинированный метод лечения, включающий в себя антеградный и ретроградный способы.

Стоит отметить, что из всех 26 пациентов с БО, наибольшее количество осложнений были с желчными протоками типа В и С. Так, например, при типе А из 130 пациента БО развились у 22 (16,9 %), типе В из 16 у 5 (31,3 %) и при типе С из 22 у 10 (45,5 %) пациентов.

Заключение. Ретроградный способ лечения наиболее эффективный при первых признаках развития билиарных стриктур после трансплантации от живого донора. Однако, при технических сложностях, рекомендуется применять чрескожно чрезпеченочный антеградный способ («Рандеву», МКА). После обеспечения доступа в желчные протоки антеградным способом, реципиентам проводится устранение стриктур ретроградным путем.

1000 ТРАНСПЛАНТАЦИЙ ПОЧКИ ОТ ЖИВОГО РОДСТВЕННОГО ДОНОРА: АНАЛИЗ НЕПОСРЕДСТВЕННЫХ И ОТДАЛЁННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАЦИЙ, ВЫПОЛНЕННЫХ В ГУ «РСНПМЦХ ИМЕНИ АКАДЕМИКА В. ВАХИДОВА»

Бахритдинов Ф.Ш., Маткаримов З.Т., Собиров Ж.Г., Комилова Д.Н., Элмурадова Н.Б., Рустамов М.О., Уринов Ж.Б., Саатова У. М.

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

Актуальность. Трансплантация почки (ТП) от живого родственного донора (ЖРД), является единственным эффективным альтернативным методом лечения терминальной стадии хронической почечной недостаточности (ХПН), освобождающая больного от дорогостоящих, многочасовых, неблагоприятно влияющих на общее состояние организма диализных процедур. Согласно данным международных почечных регистров, число больных с терминальной хронической почечной недостаточности (ТХПН) неуклонно растет. На сегодняшний день, радикально изменить прогноз у больных с уремией позволяют методы заместительной почечной терапии (ЗПТ) такие как программный гемодиализ, а также трансплантация почки. В Узбекистане по последним данным встречаемость хронической почечной недостаточности составляет примерно более 700 человек на 1 млн. населения (Сабилов М.А. и др., 2021).

Цель работы – оценка хирургической активности, тактики

и послеоперационных результатов у больных перенесших ТП от ЖРД.

Материалы и методы. С 2010 по 2023 гг. в отделениях «Хирургии сосудов и трансплантации почки», а также «Трансплантации почки и реабилитации» РСНПМЦХ имени академика В. Вахидова были выполнены 1000 ТП от ЖРД. Это примерно 81,25% от всей доли ТП, выполненных за вышеуказанный период в Республике Узбекистан. В 10 случаях произведена лапароскопическая, в 990 – открытая донорская нефрэктомия. После проведения нефрэктомии немедленно начинали перфузию почки консервирующим раствором. Время первичной тепловой ишемии не превышало 1-минуты. Использовался раствор Custodiol, с температурой 4-6°C, в количестве 1 л. Доступ в забрюшинное пространство реципиента осуществляли по параректальной линии, с рассечением спигелиевой линии. Для формирования артериального анастомоза чаще использовали общую, реже наружную подвздошную артерию для анастомоза «конец в бок», а венозный анастомоз «конец в бок» формировали с наружной подвздошной веной с переходом на общую. Сроки холодовой ишемии – $11 \pm 0,9$ мин. Продолжительность вторичной тепловой ишемии – $35 \pm 0,7$ мин.

До начала операции предварительно индуцировали Симулектом 20 мг или Тимоглобулином в дозе 500-1000 мг. Перед пуском кровотока в трансплантат производили инфузионную пульс-терапию метилпреднизолоном, в дозе 500-1000 мг. Мочеточниково-пузырный неоуретероцистоанастомоз формировали по методике Lich, с применением мочеточникового стента «морской конек» размером 5-6F.

Результаты. Осложнения раннего послеоперационного периода составили: урологические (обструкция мочевыводящих путей) – 3 (0,41%) случаев, острые иммунологические – 42 (5,83%) случаев, инфекционные – 4 (0,05%) случая, лимфоцеле – 7 (0,96%) случаев, летальный исход – 10 (1%) случаев. Сосудистые (артериальные и венозные) осложнения не наблюдались. Иммунологические осложнения в 52 случаев были устранены после проведения иммуносупрессивной терапии различными препаратами, по протоколам ТП.

У 98% больных в раннем послеоперационном периоде клиника ХПН исчезала. Уровень креатинина плазмы крови (снижение до 120 мкмоль/л и меньше) в среднем нормализовался на $4,2 \pm 0,9$ дня. Через 1 месяц после трансплантации этот показатель составил $0,1 \pm 0,02$ ммоль/л, уровень клубочковой фильтрации через 5 суток после трансплантации – 85 ± 5 мл/мин.

Заключение. Клинический опыт продемонстрировал высокие показатели выживаемости трансплантатов почки, это говорит о том, что трансплантация почки от живых родственных доноров является наиболее эффективным методом лечения больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности. Быстрое восстановление функции трансплантата, скорейшее разрешение возможных кризов отторжения и послеоперационных осложнений, отсутствие потребности в гемодиализе позволило сократить сроки госпитализации реципиентов до $13 \pm 0,9$ дня. Это связано не только с большей степенью иммунологической совместимости родственного донора и реципиента, но и во многом связано с сокращением времени холодовой ишемии, тем самым, снижением тяжести реперфузионных повреждений.

ОПЫТ ОДНОГО ЦЕНТРА: ПЕРВЫЕ НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ В ПРАКТИКУ МЕТОДИКИ ПОДГОТОВКИ БОЛЬНЫХ ПЕРЕД ТРАНСПЛАНТАЦИЕЙ ПОЧКИ С ВЫСОКИМ ИММУНОЛОГИЧЕСКИМ РИСКОМ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

**Бахритдинов Ф.Ш., Маткаримов З.Т., Собиров Ж.Г.,
Комилова Д.Н., Элмуродова Н.Б., Рустамов М.О.,
Уринов Ж.Б.**

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

Актуальность. Среди современных наук, трансплантология отмечена значительными достижениями и занимает одно из первых мест в развитии медицинских наук XXI века.

Несмотря на то, что трансплантология является хирургическим направлением в медицине, его активное развитие связано с изучением и активным применением знаний в области иммунологии, нефрологии, вирусологии и других смежных наук. Для достижения наилучших результатов у реципиента и донора при трансплантации почки от живого родственного донора, большое внимание уделяется стандартизированной диагностике и предоперационной подготовке реципиента. Трансплантация генетически чужеродной ткани влечет за собой возникновение в организме множества антител различных типов и классов. Исследования в области поиска ранних и малоинвазивных биомаркеров острого и хронического отторжения трансплантата почки ведутся весьма интенсивно.

Цель работы – оценка результатов внедрения методики предоперационной подготовки реципиентов с высоким иммунологическим риском по результатам иммунологических и генетических анализов в ГУ «РСНПМЦХ имени академика В. Вахидова».

Материалы и методы. Материалами для данного исследования послужили реципиенты, которые проходили подготовку к операции трансплантации почки от живого родственного донора, в период с 2022 года и далее, по результатам обследований которых, было выявлено наличие высокой сенсibilизации реципиента по отношению к имеющемуся донору. Для определения конкретного вида особенности у пары донор-реципиент, всем парам, кроме общеклинических анализов проводились иммунологические анализы, такие как: генотипическое HLA-типирование, Cross-Match тесты, определение значений PRA и DSA, а также наличие у реципиента антигенов к антителам данного донора (тест Luminex single antigen) и морфологические (биопсия почек) методы исследования при необходимости до операции или после операции, при выявлении каких-либо осложнений после трансплантации почки.

Результаты. В период с апреля 2023 года по сегодняшний день были подготовлены к операции около 40 реципиентов с высокой сенсбилизацией организма. В ходе подготовки пары было выявлено, что наличие высокой сенсбилизации организма реципиента связано с рядами факторов, такие как: длительный период нахождения больного на программном гемодиализе, наличие переливаний крови в анамнезе, наличие хронического аллергического фона в анамнезе, длительно неконтролируемый сахарный диабет и артериальная гипертензия и другие, что значительно усложняло процесс подготовки реципиента к операции. Применяемый нами метод дооперационной подготовки реципиента заключалось в том, что больному в предоперационном периоде проводились от 2 до 8 сеансов плазмафереза с дальнейшей заменой теряемой части плазмы крови аминокислотами и альбумином, или при необходимости инфузией свежезамороженной плазмы в соответствии группой крови донора; далее проводилось инфузия препарата Ритуксимаб 500 мг до 2-х раз до операции с интервалом 1 раз в неделю, а также инфузия Человеческого Иммуноглобулина 10% до 4 раз до операции, и 2 раза после операции в зависимости от степени сенсбилизации организма реципиента. Количество проводимых инфузий также зависело от ответа организма реципиента в виде снижения значений азотемии и увеличения количества мочи после операции трансплантации почки.

Заключение. Определение уровня предрасполагающих HLA-антител у реципиентов, готовящихся к трансплантации почки, является обязательным методом исследования, позволяющим на практике выделить группу пациентов, нуждающихся в более тщательном подборе донорских органов, проведении предоперационной подготовки, включающей методы экстракорпоральной гемокоррекции и медикаментозной терапии. Следует учитывать влияние предрасполагающих HLA-антител на течение посттрансплантационного периода и выживаемость трансплантата. Выявление повышенного уровня антител в послеоперационном периоде может служить одним из признаков развития острого криза отторжения, что дает возможность своевременно начать лечение.

Таким образом, выявление прогностических факторов развития осложнений после аллотрансплантации почки позволит обосновать основные подходы в подготовке реципиентов, тактике ведения и лечения пациентов с трансплантированной почкой, что должно привести к увеличению продолжительности жизни пациентов и функционирования аллотрансплантата, а также уменьшению времени нахождения реципиентов в листе ожидания. Ранее такие больные были вынуждены искать более подходящего донора среди родственников или даже обращаться за помощью к специалистам за рубежом, что значительно увеличивало как затраты семьи больного, так и время подготовки реципиента к операции. С внедрением в практику нового метода подготовки реципиента до операции, у больных увеличивается шанс проведения трансплантации почки от живого родственного донора даже с имеющимся иммунологическим риском и дальнейшим возвращением в полноценную жизнь в послеоперационном периоде.

СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ ОТ ЖИВОГО РОДСТВЕННОГО ДОНОРА

Джанбеков Т.^{1,2}, Сёмаш К.^{1,2}, Акбаров М.^{1,2}

¹ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова», отделение гепатобилиарной хирургии и трансплантации печени №1, г. Ташкент, Узбекистан, ²Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность. При отсутствии возможности проведения трансплантации печени от посмертного донора, прижизненное донорство является единственно возможной альтернативой для лечения лечения тяжёлых диффузных и нерезектабельных очаговых болезней печени.

Цель исследования - оценить результаты собственного опыта трансплантации печени от живого родственного донора на начальных этапах развития программы, проанализировать данные о частоте развития ранних и поздних послеоперационных осложнений.

Материалы и методы. В исследование были включены 27 родственных пар, которые были прооперированы в условиях одного отделения с октября 2021 г. по май 2023 г. Показаниями к трансплантации печени являлись: Цирроз печени в исходе HBV+D - 21 случай, в исходе HCV - 3, АИГ - 1, криптогенный цирроз печени - 1, цирроз печени токсического генеза - 1. Гендерное распределение реципиентов: лица мужского пола - 18, женского пола - 9. Возраст реципиентов составлял от 15 до 56 лет. Все реципиенты получили трансплантат правой доли. Коэффициент GRWR варьировал от 0,7 до 2,0.

Результаты. Проведена оценка ближайших и отдаленных результатов лечения. Проанализирована частота развития сосудистых, билиарных, инфекционных и других осложнений после трансплантации печени. В 3 случаях (11,1%) диагностированы стенозы артериальных анастомозов на ранних сроках после трансплантации, которые удалось разрешить путем эндоваскулярной баллонной вазодилатации. В 2 случаях (7,4%) развился «splenic artery still syndrome», устранение данного осложнения было выполнено посредством эндоваскулярной эмболизации селезеночной артерии в 1 случае, в другом произведена релапаротомия и лигирование селезеночной артерии. У 1 пациента (2,7%) через 6 месяцев после трансплантации сформировался стеноз воротной вены, выполнена эндоваскулярная баллонная ангиопластика с хорошим клиническим эффектом. Тромбоз артериального и портального анастомозов не наблюдалось. Билиарные осложнения составили 55%, из них 51% желчестечение, 4% стриктура холедохо-холедохо анастомоза. В 5 случаях (18%) имели место инфекционные осложнения. У 3 пациентов был диагностирован сепсис, в 2 случаях развилась двусторонняя полисегментарная пневмония.

Выводы. Своевременная диагностика и лечение осложнений снижает риски потери трансплантата и пациента в посттрансплантационном периоде. Результаты собственного исследования и анализ ретившихся осложнений сопоставимы с данными мировой литературы. Необходимо совершенствовать методики хирургического и терапевтического лечения с целью минимизации развития как ранних, так и поздних послеоперационных осложнений.

ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ МЕТАСТАЗАХ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЕЙ

Ефимов Д.Ю., Щерба А.Е., Штурич И.П., Коротков С.В., Дзядзько А.М., Руммо О.О.

Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии, г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность применения трансплантационных технологий в лечении пациентов с метастатическими нейроэндокринными опухолями (НЭО) обусловлена значительным ростом заболеваемости данной патологией в течении последних 10 лет. Резекция печени при метастатическом поражении НЭО является методом выбора, но R0-резекции выполнимы только в 7-15%, а рецидив заболевания наступает у 70-90% пациентов. При этом, прогрессирование заболевания преимущественно возникает в первые 2 года после резекции и обусловлено резидуальными микрометастазами; а трансплантация печени (ТП) при соответствующей селекции реципиентов обеспечивает максимально радикальное хирургическое вмешательство и минимизирует риск раннего рецидива. На данном этапе, частота ТП при метастазах НЭО в печени составляет 0,2–0,4% от общего количества трансплантаций

Цель работы – проанализировать результаты проведенных трансплантаций печени при опухолевых поражениях печени, в том числе метастатическом поражении НЭО, которые были выполнены в Минском научно-практическом центре хирургии, трансплантологии и гематологии.

Материалы и методы. В Республике Беларусь на базе Минского научно-практического центра хирургии, трансплантологии и гематологии с момента выполнения первой трансплантации печени 3 апреля 2008 года и по состоянию на май 2023 года выполнено 1004 ортотопических трансплантаций печени, в том числе 186 – при опухолях печени. Показаниями для ТП при опухолевом поражении печени явились: гепатоцеллюлярная карцинома (ГЦК) в 159 случаях, холангиоцеллюлярная карцинома (ХЦК) – в 10, гепатобластома – в 6, эпителиоидная гемангиоэндотелиома – в 6, метастазы НЭО – у 5 пациентов. Для реципиентов, у которых показанием для ТП являются злокачественные новообразования печени (ГЦК, ХЦК) и ее метастатическое поражение, разработаны алгоритмы и критерии отбора для трансплантации, включающие в себя: применение локорегиональных методов воздействия, неоадьювантной химиотерапии, а также стереотаксической лучевой терапии.

Результаты. Трансплантация печени при метастазах НЭО выполнена 5 (0,5% от всех ТП) пациентам (возраст 33-62 года), 3 женщины/ 2 мужчины, срок наблюдения - 24-60 месяцев. У одной пациентки прогрессирование заболевания наступило через 2 года после ТП – выполнена локорегиональная и адьювантная химиотерапия, умерла через 45 месяцев после ТП. Один пациент погиб от холангиогенных абсцессов трансплантата печени и сепсиса, спустя 29 месяцев после ТП. Неанатомическая артериальная реваскуляризация во всех случаях, артериальных осложнений в раннем послеоперационном периоде не наблюдалось. Общая выживаемость 60%, медиана безрецидивной выживаемости составила 20 [16; 51] месяцев.

Выводы. Для пациентов с нерезектабельными метастазами нейроэндокринных опухолей в печени без поражения других органов трансплантация печени представляет собой радикальный вариант лечения и обеспечивает приемлемое преимущество в долгосрочной выживаемости. В настоящее время благоприятные результаты ТП при метастазах нейроэндокринных опухолей в печени могут быть достигнуты путем: а) оценки биологии опухоли и общей опухолевой нагрузки; б) возможности резекции R0; в) оценки физического статуса пациента и г) оценки предполагаемого времени ожидания. Для обеспечения максимальной безрецидивной выживаемости пациентам в листе ожидания может быть выполнена таргетная химиотерапия, а также локорегиональные методы воздействия.

МИНИИВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БИЛИАРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Исмаилов С.И., Назыров Ф.Г., Бабаджанов А.Х., Байбеков Р.Р., Джуманиязов Д.А.

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

Актуальность. Билиарные осложнения существенно ухудшают результаты ортотопической трансплантации печени от живого родственного донора, отрицательно сказываются на качестве жизни, приводят к устойчивой, а порой и необратимой дисфункции графта. Частота билиарных осложнений после пересадки печени составляет от 10 до 35%. Наиболее распространенными среди которых являются рубцовые стриктуры желчных протоков.

Цель исследования - оценить частоту билиарных стриктур после ортотопической трансплантации печени от живого родственного донора (ОТП) и результаты их лечения.

Материалы и методы. За период с 12 февраля 2018 года по февраль 2023 года проведено 44 родственные трансплантации правой доли печени пациентам с декомпенсированной печеночной недостаточностью различной этиологии. Билиарная реконструкция выполнялась в различных вариациях, так прямые билиобилиарные анастомозы наложены у 21 больного, что составило 47,7%, у остальных 23 больных были наложены различные варианты билиодигестивных анастомозов (52,3%). Среди 21 билилобильного шунта у 4 больных (9,1%) в связи с большим диастазом между желчными протоками, было выполнено наложение двух билиобиларных анастомозов, при этом 2 из которых были наложены с гепатикохоledохом и пузырным протоком, а в остальных двух случаях анастомозы наложены с правым и левым печёночным протоком реципиента. Среди 23 случаев билидигестивного шунтирования 19 больным (43,2%) наложены анастомозы с каркасным дренированием по Фелкеру, 2 больным (4,5%) наложены стандартные билиодигестивные анастомозы без каркасного дренирования в связи с широким диаметром камеры анастомоза и еще в 2 случаях произведено наложение би-билиодигестивных анастомозов в связи с большим диастазом между желчными протоками

Результаты. В структуре билиарных осложнений у 11 ре-

ципиентов (25%) в раннем послеоперационном периоде (до 3-х месяцев) наблюдались следующие осложнения: в 5 случаях (11,4%) после билиобилиарной реконструкции возникла стриктура на уровне билиобилиарного анастомоза разрешённая эндоскопическим стентированием, у 2 пациентов (4,5%) отмечалось длительное желчеистечение с образованием наружного желчного свища, которые самостоятельно закрылись в сроки от 4 до 6 мес. В 4 случаях (9,1%) при формировании билум было выполнено чрескожное дренирование с последующим закрытием свища.

У 6 пациентов (13,6%) наблюдались поздние билиарные осложнения: в 2 случаях (4,5%) – стриктура на уровне билиобилиарного анастомоза (разрешена эндоскопическим стентированием), в 1 случае (2,3%) стриктура одного из гепатикоанастомозов (бигепатикоэнтероанастомоз), с техническими сложностями выполнено эндоскопическое стентирование с полной реканализацией. В 3 случаях (6,8%) у пациента сформировалась стриктура билиобилиарного анастомоза, после неоднократных попыток стентирования выполнены повторные вмешательства с различными вариантами билиарной реконструкцией.

Выводы. Билиарные осложнения составляют наиболее многочисленную группу хирургических проблем после ортотопической трансплантации печени от живого родственного донора. Большинство билиарных осложнений успешно излечивается миниинвазивными методами, в наших наблюдениях 31,8% из 38,6% ранних и поздних осложнений. При невозможности стентирования при рубцовых стриктурах выполняются реконструктивные вмешательства, в наших наблюдениях 6,8%. Билиарных осложнений, на фоне которых требовалась ретрансплантация, не наблюдалось.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭТАПА ВНЕДРЕНИЯ ПРОГРАММЫ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

**Исмаилов С.И., Назыров Ф.Г., Бабаджанов А.Х.,
Махмудов У.М., Байбеков Р.Р., Султанов С.А.,
Шарифджанов С.М., Тургунбаев Э.К., Иброхимов С.С.,
Маткаримов Ш.У.**

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

Актуальность. Трансплантация является единственным радикальным лечением терминальных стадий заболеваний печени. Улучшение результатов пересадки печени напрямую зависит от подготовки реципиентов, тщательности отбора доноров, хирургической техники и методов реабилитации в послеоперационном периоде. Несмотря на достигнутые положительные результаты в выживаемости реципиентов после пересадки, частота осложнений все ещё остается высокой, что требует дальнейшего исследования в этом направлении.

Цель исследования - анализ результатов начального этапа внедрения родственной трансплантации печени в Республи-

ке Узбекистан.

Материалы и методы. За период с 12 февраля 2018 г. по февраль 2023 г. проведено 44 родственные трансплантации правой доли печени пациентам с декомпенсированной печеночной недостаточностью различной этиологии. Возраст реципиентов варьировал от 19 до 52 лет и в среднем составил $34,2 \pm 2,1$ года. Все больные оперированы с диагнозом: Цирроз печени (на момент операции класс В-С по Child-Pugh, MELD от 13 до 23 баллов), портальная гипертензия с различной степенью варикозно расширенных вен пищевода и желудка, с высоким риском развития или состоявшимися кровотечениями в анамнезе, асцит, спленомегалия.

Масса пересаженной правой доли варьировала от 470 до 900 г. GRWR (graft recipient weight rate) индекс - от 0,7 до 1,4%. У доноров сохранялась левая доля в объеме не менее 35% от общей массы печени, при этом GRWR индекс составлял от 0,7 до 1,2%.

Результаты. Послеоперационный период у реципиентов без осложнений проходил в 17 случаях, что составило 38,6%, у остальных 27 пациентов (61,4%) после вмешательства отмечалось наличие одного или более осложнений. Так, среди 27 больных отмечалось развитие 47 различных осложнений (от 1 до 3 осложнений). При этом возникшие осложнения у 8 больных (18,2%) в раннем послеоперационном периоде требовали выполнения релапаротомий.

В структуре всех ранних послеоперационных осложнений, доминирующим являлись инфекционные (31,9%), которые встречались как изолировано, так в большой степени были следствием какого-либо другого осложнения (билиарного, сосудистого или наличия ограниченных жидкостных скоплений). Другим частым осложнением являлись билиарные, так различные их проявления встречались в 19,1% (9 больных) случаев. Наиболее сложным для коррекции в тактическом плане являлись сосудистые осложнения, их встречаемость в общей группе осложнений составила 17% (8 больных). Различные проявления отторжений (от острых и сверхострых, до первичной дисфункции трансплантата) наблюдались у 4 пациентов (8,5%), в двух случаях при первичной дисфункции графта, спасти пациентов не удалось. Неврологические осложнения в наших наблюдениях у пациентов протекали в виде острых симптоматических судорожных приступов и стойкой энцефалопатии на фоне сохраненной функции графта и встречались у 5 пациентов (10,6%). В структуре всех сосудистых осложнений ближайшего послеоперационного периода у 6 реципиентов (13,6%) наблюдались артериальные осложнения.

Среди 44 пациентов, в раннем послеоперационном периоде умерло 9 пациентов (20,5%), в отдаленном периоде (через 3 года после пересадки) отмечался еще 1 летальный исход у пациента с хроническим отторжением на фоне отказа от приема препаратов иммуносупрессии. В целом среди реципиентов, оперированных в центре за период с 2018 по 2023 год ближайшие удовлетворительные результаты, получены у 79,5%, тогда как в отдаленном периоде этот показатель составил 77,3%

Заключение. Проведенный анализ показал, что показатели выживаемости трансплантатов и реципиентов в большой степени зависят от особенностей хирургической тактики, нозологии и тяжести исходного состояния реципиента. На начальных этапах внедрения программы существенное значение

имеет так называемый «эффект центра».

РОДСТВЕННАЯ ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПЕЧЕНИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН: НЫНЕШНЕЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

Исмаилов С.И., Назыров Ф.Г., Бабаджанов А.Х., Акбаров М.М., Джанбеков Т.А., Байбеков Р.Р., Усманов А.А., Тургунбаев Э.К.

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

Актуальность. Трансплантация является единственным радикальным лечением терминальных стадий заболеваний печени. Улучшение результатов пересадки печени напрямую зависит от подготовки реципиентов, тщательности отбора доноров, хирургической техники и методов реабилитации в послеоперационном периоде. Несмотря на достигнутые положительные результаты в выживаемости реципиентов после пересадки, частота осложнений все ещё остается высокой, что требует дальнейшего исследования в этом направлении.

Цель исследования - анализ результатов начального этапа внедрения родственной трансплантации печени в Республику Узбекистан.

Материалы и методы. За период с 12 февраля 2018 года по февраль 2023 года проведено 44 родственные трансплантации правой доли печени пациентам с декомпенсированной печеночной недостаточностью различной этиологии.

Результаты. Послеоперационный период у реципиентов без осложнений проходил в 17 случаях, что составило 38,6%, у остальных 27 пациентов (61,4%) после вмешательства отмечалось наличие одного или более осложнений. Так, среди 27 больных отмечалось развитие 47 различных осложнений (от 1 до 3 осложнений). При этом возникшие осложнения у 8 больных (18,2%) в раннем послеоперационном периоде требовали выполнения релапаротомий. Среди 44 пациентов, в раннем послеоперационном периоде умерло 9 пациентов (20,5%), в отдаленном периоде (через 3 года после пересадки) отмечался еще 1 летальный исход у пациента с хроническим отторжением на фоне отказа от приема препаратов иммуносупрессии. В целом среди реципиентов, оперированных в центре за период с 2018 по 2023 год ближайшие удовлетворительные результаты, получены у 79,5%, тогда как в отдаленном периоде этот показатель составил 77,3%

Заключение. Проведенный анализ показал, что показатели выживаемости трансплантатов и реципиентов в большой степени зависят от особенностей хирургической тактики, нозологии и тяжести исходного состояния реципиента. На начальных этапах внедрения программы существенное значение имеет так называемый «эффект центра».

РЕКОНСТРУКЦИЯ ГЕПАТОКАВАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ ОТ ЖИВОГО ДОНОРА

Исмоилов С.С.^{1,2}, Гулшанова С.Ф.^{1,2}, Миргозиев М.М.¹
¹Кафедра Инновационной хирургии и трансплантологии ТГМУ имени Абуали ибни Сино, ²Национальный научный центр трансплантации органов и тканей человека Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, г. Душанбе, Таджикистан

Цель исследования - улучшение результатов трансплантации печени от живого донора проведением реконструкции области гепато-кавального анастомоза

Материал и методы. В период с января 2018 года до 2023 года в Национальном научном центре трансплантации органов и тканей человека в Республике Таджикистан были проведены пересадки печени с использованием трансплантата правой доли печени без средней печеночной вены от живых доноров 120 которых включены в исследование. Вариантная анатомия правой печеночной вены у 38 (31,7%) составили исследуемую группу (группа А), при трансплантации применялся способ венозной пластики. Контрольную группу составили 40 (33,3%) наблюдений при трансплантации, которых венозная пластика не применялась. Оценку функции печеночного трансплантата и гемодинамику в трансплантате после трансплантации давали клинически, по лабораторным показателям, доплерографии, компьютерное 3D-моделирование. Всем донорам выполнялась правосторонняя гемигепатэктомия. На этапе гепатэктомии реципиента правая печеночная вена тщательно выделяется, интрапаренхиматозно максимально от 1 до 2 см от основного ствола. После гепатэктомии и проверки герметичности нижней полой вены, ушиваем культю средней и левой собственных печеночных вен непрерывным швом Prolen 4/0.

Индивидуальная стратегия для отдельных лиц может быть необходимой в зависимости от наличия показаний к применению данной методики: размер и расположение печеночной вены; мелкие множественные вены трансплантата; укладки печеночной трансплантата.

Противопоказания: диаметр правой печеночной вены ≥ 2 см; нормальная длина и размер печеночной вены.

Для расширяющей пластики печеночной вены используется культя правой печеночной вены реципиента протяженностью 1,5 см за счёт задней стенки. После гепатэктомии производится вскрытие просвета печеночной вены. При трансплантации правой доли печени трансплантат укладывается правильно, не перекрывает просвет анастомоза, при укладке который обычно наблюдается при короткой правой печеночной вене, гепато-кавальный анастомоз визуально не сужен, не наблюдается его натяжение и перекрут. Имплантируемый трансплантат всегда меньше стандартного объема печени, поэтому важна методика укладки трансплантата в брюшную полость.

Вследствие неадекватной укладки печеночного трансплантата происходит нарушение оттока венозной крови, за счёт скручивания или изгиба гепатико-кавальной вены, приводит к подъёму венозного давления, полнокровию внутривенных ультраструктур, что сопровождается стазом венозной крови. Из-за отсутствия связочного аппарата печеночный трансплантат в брюшной полости более мобилен во фронтальной, и сагиттальной плоскостях благодаря оптимальной длине и ширине вены, достигается оптимальная укладка органа без препятствий венозному оттоку.

Результаты. В раннем послеоперационном периоде в группе пациентов с реконструкцией гепатокавальной области у 2 (1,7%) обнаружены кровотечения трансплантата, ревизия послеоперационной раны в одном случае (0,8%) с санацией и ликвидацией источника кровотечения. Тромбоз правой печеночной вены в обеих группах не встречался. Гематома поддиафрагмальной области выявлена у 5 реципиентов контрольной группы (4,2%), в 2 случаях (1,7%) совершена санация и гемостаз. Адекватное функционирование сформированного гепатико-кавального анастомоза, также оценивалось по цвету и консистенции печеночного трансплантата. Интраоперационно проводилось доплерометрическое исследование и визуализирован кровоток по трансплантату.

Заключение. Таким образом, при условии правильного технического выполнения расширения и элонгации вены повышается результаты трансплантации печени. Реконструкция правой печеночной вены реципиента эффективный и безопасный способ достижения оптимальной укладки органа и обеспечения его адекватной перфузии.

ФАКТОРЫ РИСКА ОСТРОГО ПОЧЕЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Коротков С.В., Шурич И.П., Щерба А.Е., Руммо О.О.

Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии, г. Минск, Республика Беларусь

Развитие острого повреждения почек (ОПП) при трансплантации печени (ТП) оказывает влияние на течение раннего послеоперационного периода (РПОП). Цель работы – определение факторов риска ОПП в РПОП. Анализ РПОП у 135 пациентов после ТП выявил несвязанное с периоперационными причинами ОПП у 53 (39%) реципиентов. Нефротоксичность Такролимуса привела к развитию ОПП у 31 (58%) пациента на 11 (5; 27) сутки после операции (СПО), внутрибрюшное кровотечение – у 7 (13%) на 2 (2; 2) СПО. Рентген-контрастные исследования способствовали развитию ОПП у 10 пациентов (19%) на 11 (7; 14) СПО, инфекционные осложнения – у 4 (8%) на 6 (5; 8) СПО. Комбинация факторов была выявлена у 8 (15%) пациентов. Развитию ОПП в РПОП у 43 пациентов (81%) способствовало периоперационное почечное повреждение. Уровень креатинина на 10 и 14 СПО был достоверно выше в группе пациентов с ОПП, что составило 91 (75; 131) vs 62 (51; 77) мкмоль/л ($p=0,0001$) и 116 (76; 150) vs 68 (53; 80) мкмоль/л ($p=0,0001$) соответственно. Концентрация Такролимуса в группе ОПП была ниже – 4,4 (2,7; 5,2) vs 5,95 (4,9; 7,1) нг/мл, что повысило иммунологические риски и способствовало более медленному восстановлению функции трансплантационной печени – уровень АЛТ на 10 СПО в группе ОПП составил 177 (139; 201) и 82 (51; 102) Е/л в группе без ОПП. Почечное повреждение и дисфункция трансплантата способствовали увеличению сроков стационарного лечения после ТП с 17 (14; 20) до 22 (17; 36) суток ($p=0,0004$).

РОЛЬ ИНДЕКСИРОВАННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СКЕЛЕТНОЙ МУСКУЛАТУРЫ В ОЦЕНКЕ СТЕПЕНИ РАЗВИТИЯ САРКОПЕНИИ У ПАЦИЕНТОВ, ОЖИДАЮЩИХ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Салимов У.Р.¹, Стома И.О.², Федорук Д.А.¹, Ковалев А.А.², Щерба А.Е.¹, Руммо О.О.¹

¹ГУ «Минский научно-практический центр хирургии трансплантологии и гематологии», г. Минск, Республика Беларусь, ²Гомельский государственный медицинский университет, г. Гомель, Республика Беларусь

Введение. Впервые термин «Саркопения» был введен Ирвином Розенбергом в 1989 году, однако за более чем 30-летнюю историю, определение данного термина претерпело множество изменений. Кроме того, по сей день сохраняются разногласия, как в методах диагностики, так и в определении самих диагностических критериях саркопии. В этой связи, нами было проведено собственное исследование, нацеленное на определение диагностически значимых критериев и параметров определения тяжести саркопии у пациентов, страдающих хроническими диффузными заболеваниями печени (ХДЗБ).

Цель работы – определить прогностическую роль индексированных показателей скелетной мускулатуры и индекса массы тела в диагностике саркопии у пациентов страдающих ХДЗБ.

Материал и методы. Ретроспективному анализу были подвергнуты 87 пациентов, страдающих ХДЗБ и находящихся в листе ожидания трансплантации печени. Оценка саркопии проводилась при помощи КТ сидеминтации и определения индексов скелетной мускулатуры (ИСМ). Математическая обработка проводилась с использованием FDA одобренного ПО Osirix. Распределение пациентов носило следующих характер: 52 женщины и 35 мужчин. Возраст от 19 до 72 лет, (Mean=49,6; SD=12,2). Среднее значение MELD было 19,1 (SD=8,5).

Результаты. Наиболее интересными представляются нам результаты полученные в ходе анализа взаимосвязи ИМТ и ИСМ. Так, у пациентов с развившейся саркопией отмечается наличие значимой умеренной связи между ИМТ и ИСМ ($r=0,42$; CI95% [0,10-0,66]; $p<0,01$), которая не была обнаружена у пациентов без саркопии ($r=0,21$; CI95% [0,07,-0,46]; $p=0,14$). Таким образом, исследование показало косвенную прогностическую роль ИСМ в диагностике тяжести саркопии. К тому же, была определена значимая взаимосвязь между ИМТ и саркопией в группах по половой принадлежности. Медиана ИМТ в группе пациентов женского пола с саркопией и без составила 22,30 и 24,86 соответственно ($p=0,00005$; g Хеджеса = -0,93; 95%CI [-1,49; -0,36], $grb = -0,47$; 95%CI [-0,68; -0,18]). При этом в группе мужчин эффект более выражен: 24,07 и 27,31 соответственно ($p=0,001$; g Хеджеса = -1,19; 95%CI [-1,89; -0,47], $grb=-0,62$; 95%CI [-0,81; -0,33]). Данный факт указывает на значимую корреляционную взаи-

мосьвязь саркопении и ИМТ в зависимости от половой принадлежности.

Заключение. Проведенный анализ показал диагностическую значимость ИМТ в диагностике саркопении, а также указывает на возможность применения ИСМ в качестве неинвазивного диагностического инструмента прогнозирования тяжести течения саркопении.

ЗАВИСИМОСТЬ ЧАСТОТЫ РАЗВИТИЯ САРКОПЕНИИ ОТ ЭТИОЛОГИЧЕСКОГО ФАКТОРА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ЛИСТА ОЖИДАНИЯ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Салимов У.Р.¹, Стома И.О.², Федорук Д.А.¹, Ковалев А.А.², Щерба А.Е.¹, Руммо О.О.¹

¹ГУ «Минский научно-практический центр хирургии трансплантологии и гематологии», г. Минск, Республика Беларусь, ²Гомельский государственный медицинский университет, г. Гомель, Республика Беларусь

Введение. Трансплантация печени является единственным радикальным методом лечения пациентов с хроническими прогрессирующими диффузными заболеваниями печени (ХПЗП). Проблема раннего выявления предрасположенности такого реципиента к развитию осложнений после трансплантации печени остается остроактуальной в современной трансплантационной гепатологии. В то же время целый ряд хорошо известных факторов существенно повышают риски возникновения осложнений в пост-трансплантационном периоде. К последним относится и наличие в пред-трансплантационном периоде саркопенического поражения. По данным множества исследований, в том числе рандомизированного, контролируемого характера, наличие саркопении существенно ухудшает результаты лечения пациентов после трансплантации печени, значимо увеличивая степень инфекционных осложнений и снижая общую выживаемость. В этой связи, нами было проведено собственное исследование, посвященное определению частоты развития саркопении в различных этиологических группах.

Цель работы – определить частоту встречаемости саркопении у пациентов различных нозологических групп ХДЗБ, находящихся в листе ожидания трансплантации печени.

Материал и методы. Дизайн исследования сформирован в виде ретроспективного обсервационного. Первичную когорту составили 145 пациентов, однако, после применения критериев исследования анализу были подвергнуты 87 пациентов, страдающих ХДЗБ и находящихся в листе ожидания трансплантации печени. Для оценки частоты встречаемости саркопении пациенты были разделены на 7 групп согласно главному этиологическому фактору. Оценка саркопении проводилась при помощи КТ сидеминтации и определения индексов скелетной мускулатуры (ИСМ). Математическая обработка проводилась с использованием FDA одобренного ПО Osirix. Распределение пациентов носило следующий характер: 52 женщины и 35 мужчин. Возраст от 19 до 72 лет (Mean=49,6;

SD=12,2). Среднее значение MELD было 19,1 (SD=8,5).

Результаты. Пациенты с вирусными гепатитами составили 17 пациентов (22%); алкогольной болезнью печени – 8 пациентов (10,3%); аутоиммунным поражением печени 19 (24,6%) пациентов; онкологической инвазией – 14 (18,1%) пациентов; криптогенным поражением печени - 11 пациентов (14,2%); альвеококковой инвазией - 3 (3,8%) пациента; болезнью Вильсона - 5 (6,4%) пациентов. При этом частота встречаемости саркопении среди указанных групп была следующей: пациенты с вирусными гепатитами – 8 пациента (22,2%); алкогольной болезнью печени – 4 пациентов (11,1%); аутоиммунным поражением печени – 10 (27,8%) пациентов; онкологической инвазией – 8 (22,2%) пациентов; криптогенным поражением печени - 3 пациента (8,3%); альвеококковой инвазией - 2 (5,6%) пациента; болезнью Вильсона - 1 (2,8%) пациентов. Саркопения встречалась чаще всего среди пациентов с аутоиммунными гепатитами, в сравнении с другими группами, составив 27,8%. ($p=0,001$) Неравномерное распределение по частоте возникновения саркопении в различных нозологических группах носило значимый характер ($p=0,028$; $\chi^2=14,1$).

Заключение. Проведенный анализ указывает на статистически достоверную разницу частоты возникновения саркопенического поражения среди пациентов различных этиологических групп, находящихся в листе ожидания трансплантации печени. Данный факт может быть использован в качестве элемента стратификации групп высокого рисков на основании этиологического детерминанта.

РАЗЛИЧИЕ МИКРОБИОТИЧЕСКИХ СИГНАТУР У ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ В ЛИСТЕ ОЖИДАНИЯ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Салимов У.Р.¹, Стома И.О.², Ковалев А.А.², Руммо О.О.¹

¹ГУ «Минский научно-практический центр хирургии трансплантологии и гематологии», г. Минск, Республика Беларусь, ²Гомельский государственный медицинский университет, г. Гомель, Республика Беларусь

Введение. За последние 10 лет был совершен колоссальный прорыв в области трансплантологии и трансплантационной гепатологии. Сегодня, пятилетняя выживаемость после трансплантации печени, по разным источникам достигает 80-90%. Тем ни менее, многие звенья патогенеза развития цирротической трансформации остаются по-прежнему не до конца изученными. Указанный факт имеет большое фундаментальное и прикладное значение. В частности, известно, что ранняя и поздняя выживаемость пациентов после трансплантации печени варьируют в широких пределах в зависимости от этиологии цирроза печени и тяжести печеночной декомпенсации.

В свою очередь исследования последних лет придают большое значение влиянию микробиотических сигнатур на течение и прогрессию диффузных болезней печени, что неоспоримо имеет прямое влияние на результаты трансплантации печени. В этой связи нами был проведен собственный анализ микробио-

тических сигнатур у пациентов, находящихся в листе ожидания трансплантации печени.

Цель работы – определить основные отличия таксономических сигнатур кишечной микробиоты у пациентов с хроническими болезнями печени.

Материал и методы. В данное проспективное, когортное, закрытое, исследование вошло 24 взрослых пациента, находящихся в листе ожидания трансплантации печени. Средний возраст пациентов составил $49,2 \pm 13,2$ года. Цирроз печени согласно функциональным классам А, В, С был распределен следующим образом: А - 8 (33,3%) пациентов; В - 11 (45,8%) пациентов; С - 5 (20,8%) пациентов соответственно. Средний MELD балл составил 16,8.

Состав кишечной микробиоты оценивали по средствам 16 s DNA NGS образцов кала, взятых до и после трансплантации печени. Регистрация исследования: «ClinicalTrials.gov: NCT04281797»

Результаты. Известно, что микробиота кишечника воздействует на организм и его гомеостаз посредством двунаправленности печеночно-интестинальной оси, где первым отдаленным органом, с которым кишечная микробиота вступает во взаимосвязь является печень (трансплантат печени). В этой связи, нами был проведен анализ связи микробиоты с этиологической причиной поражения печени. Результаты исследования показали статистически значимое различие по ряду таксонов у пациентов с алкогольной болезнью печени. Важно, что достоверность отличия была определена для Firmicutes (медиана относительной представленности равна 0,36 [0,29; 0,43], $p=0,03$) одного из наиболее значимых родов. По таксону Chlorobi для алкогольной болезни печени отличие также было статистически значимым ($1,49 \cdot 10^{-5}$ [$1,22 \cdot 10^{-5}$; $1,86 \cdot 10^{-5}$] $p=0,009$). В свою очередь следует отметить, филогенетическое родство Chlorobi и второго наиболее обширного микробиотического типа - Bacteroidetes, объединенных двумя консервативными таксонспецифичными инделами.

Заключение. Полученные результаты указывают на значимые отличия микробиоты кишечника у пациентов с алкогольной болезнью печени. В свою очередь, отсутствие значимых отличий между хроническими прогрессирующими заболеваниями печени в других нозологических группах определено не было, что может быть связано с небольшой выборкой пациентов и невыраженным распределением некоторых групп.

АНАЛИЗ ЗАВИСИМОСТИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО РЕЗЕРВА ПЕЧЕНИ ОТ МИКРОБИОТИЧЕСКОЙ ПАЛИТР РЕЦИПИЕНТОВ НАХОДЯЩИХСЯ В ЛИСТЕ ОЖИДАНИЯ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Салимов У.Р.¹, Стома И.О.², Ковалев А.А.², Руммо О.О.¹

¹ГУ «Минский научно-практический центр хирургии трансплантологии и гематологии», г. Минск, Республика Беларусь, ²Гомельский государственный медицинский университет, г. Гомель, Республика Беларусь

Введение. Трансплантация печени является высокоэффективным и единственным радикальным методом лечения целого ряда диффузных и очаговых заболеваний печени. Кроме того, прогресс хирургической техники, улучшение качества консервирующих растворов, разработка новых эффективных иммуносупрессантов привели к значимому улучшению исходов трансплантации печени. Отмечено снижение потери трансплантатов вследствие реакций отторжения, увеличение продолжительности жизни реципиентов. Однако, известно, что тяжесть декомпенсации функции печени имеет прямую влияние на результаты оперативного лечения. Так, известно, что прогноз заболевания даже после успешного оперативного вмешательства значительно хуже у пациентов с тяжелой декомпенсацией печени в сравнении с пациентами в компенсированной фазе цирроза печени. В то же время, в последние годы все чаще звучит гипотеза о прямом влиянии кишечной микробиоты на частоту и тяжесть печеночной декомпенсации.

Цель работы – определить корреляционную взаимосвязь печеночной декомпенсации в зависимости от микробиотической палитры кишечника реципиентов печени.

Материал и методы. В данное проспективное, когортное, закрытое, исследование вошло 24 взрослых пациента, находящихся в листе ожидания трансплантации печени. Средний возраст пациентов составил $49,2 \pm 13,2$ года. Цирроз печени согласно функциональным классам А, В, С был распределен следующим образом: А - 8 (33,3%) пациентов; В - 11 (45,8%) пациентов; С - 5 (20,8%) пациентов соответственно. Средний MELD балл составил 16,8.

Состав кишечной микробиоты оценивали по средствам 16 s DNA NGS образцов кала, взятых до и после трансплантации печени. Регистрация исследования: «ClinicalTrials.gov: NCT04281797»

Результаты. Нами были определены статистически достоверные отличия по таксонам Chlorobi ($p = 0,01$) между классами А ($9,10 \cdot 10^{-6}$ [$8,05 \cdot 10^{-6}$; $2,42 \cdot 10^{-5}$]) и В ($2,19 \cdot 10^{-5}$ [$1,86 \cdot 10^{-5}$; $3,19 \cdot 10^{-5}$]) и Coprothermobacterota ($p=0,03$) между классами А (0 [0,00; $7,05 \cdot 10^{-6}$]) и С ($5,65 \cdot 10^{-5}$ [$5,31 \cdot 10^{-6}$; $7,05 \cdot 10^{-5}$]). Классовое распределение было представлено Coprothermobacteria ($p=0,01$); Chlorobia ($p=0,0389$); Blastocatellia ($p=0,003$); Ktedonobacteria ($p=0,01$); Fimbriimonadia ($p=0,03$); Vicinamibacteria ($p=0,02$); Chitinophagia ($p=0,02$) различие которых носило статистически достоверный результат между пациентами с компенсированным и декомпенсированным циррозом печени (Класс А ($3,85 \cdot 10^{-5}$ [$1,61 \cdot 10^{-5}$; $6,56 \cdot 10^{-5}$]) и С ($8,06 \cdot 10^{-5}$ [$4,47 \cdot 10^{-5}$; $3,23 \cdot 10^{-4}$])). В свою очередь в образцах кала тех же пациентов взятых на 2ой неделе после трансплантации печени были выявлены достоверные тенденции изменения микробиотической палитры. Так, у пациентов класса В – была отмечена тенденция к увеличению Bacteroidetes, тогда как у пациентов находящихся в функциональном классе С – напротив была отмечена тенденция к их снижению. В отношении Firmicutes была отмечена тенденция к их увеличению у пациентов класса С. По классам Actinobacteria и Proteobacteria изменения были незначительны.

Заключение. Полученные результаты указывают на наличие статистически достоверной связи между микробиотическими сигнатурами кишечника в зависимости от тяжести печеночной декомпенсации, что может послужить основанием для разработки методов коррекции микробиоты на пути улучшения результатов трансплантации печени.

ДИАГНОСТИКА, ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ ОТ ЖИВОГО РОДСТВЕННОГО ДОНОРА

Сёмаш К.^{1,2}, Джанбеков Т.^{1,2}, Акбаров М.^{1,2}

¹ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова», отделение гепатобилиарной хирургии и трансплантации печени №1, г. Ташкент, Узбекистан,
²Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Трансплантация печени от живого родственного донора является эффективным методом лечения пациентов с терминальными заболеваниями печени. Сосудистые осложнения наблюдаются редко после трансплантации печени, однако могут приводить к необратимым последствиям вплоть до потери трансплантата или реципиента.

Цель исследования - оценить результаты нашего опыта диагностики, профилактики и лечения сосудистых осложнений после родственной трансплантации печени.

Материалы и методы. В исследование были включены реципиенты печени с доказанными нарушениями кровотока по печеночной артерии, а так по воротной вене трансплантата печени. Оценены факторы риска развития осложнений. Оценены отдаленные результаты лечения данных осложнений.

Результаты. Хирургическая техника наложения артериального анастомоза не влияла на развитие артериальных осложнений ($p < 0,01$). Выявлена достоверная связь между лигированием селезеночной артерии в воротах селезенки и развитием стеноза печеночной артерии ($p < 0,01$). Тромбозов артерии трансплантата и тромбозов воротной вены не наблюдалось. Из 30 пациентов, стеноз артерии трансплантата развился у 3-х пациентов (10%), синдром обкрадывания селезеночной артерией наблюдался у 2-х пациентов (6,7%). Также, выявлен 1 стеноз воротной вены на отдаленных сроках после проведенной трансплантации.

Выводы. Своевременная диагностика сосудистых осложнений снижает риски потери трансплантата и риски ишемических осложнений в раннем посттрансплантационном периоде. Основными инструментами для раннего выявления и быстрого восстановления артериального кровотока являются рутинный ультразвуковой мониторинг и немедленное интервенционное вмешательство.

БИЛИАРНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПРАВОЙ ДОЛИ ПЕЧЕНИ ВЗРОСЛЫМ

Скакбаев А.С., Досханов М.О., Баймаханов Б.Б., Сейсембаев М.А., Каниев Ш.А., Тилеуов С.Т., Исмаев А.У., Серикулы Е., Хаджиева А.А., Оспан Ж., Мукажанов Д.Е.

АО «Национальный научный центр хирургии имени А.Н. Сызганова», отделение гепатопанкреатобилиарной хирургии и трансплантации печени, г. Алматы, Казахстан

Актуальность. Билиарные осложнения (БО) являются одной из частых и серьезных проблем после трансплантации печени (ТП), встречаются от 10 до 40%. Настоящее исследование отражает результаты БО нашего центра.

Материал и методы. С декабря 2011 по июль 2023 г. выполнена 211 ТП взрослым в ННЦХ имени А.Н. Сызганова. ТП от живого родственного донора (ТПЖД) выполнена 186 (88,1%) пациентам, из них правая доля использована в 165 (91,1%) случаях. Каркасные дренажи использованы в 85 (51,5%) случаях и без каркаса 80 (48,5%) пациентов соответственно. По типу желчных протоков живого донора были распределены на группы А - 131, В - 6 и С - 28.

Результаты. В послеоперационном периоде у 35 (18,8%) пациентов развились БО. При использовании каркасного дренажа в 15 (17,6%) случаях и без каркаса у 20 (25%) пациентов развились БО. По типу желчных протоков БО развились в группе А - у 24 (18,4%), В - у 3 (50%) и С - 8 (28,5%). БО корректировались: у 3 (8,5%) пациентов по поводу биломы чрескожным методом, у 2 (5,7%) пациентов открытая операция по поводу желчного перитонита. У всех пациентов в последующем развилась рубцовая стриктура. У 28 пациентов с билиарными стриктурами выполнена ЭРХПГ + эндобилиарное стентирование, из них у двух пациентов после магнитной компрессии и 3 случая путем рандеву метода. У 3 пациентов выполнена ЧХС с антеградным стентированием. Холангиоеюноанастомоз у 5 (14,2%) пациентов, из них 4 случая завершились успешно, а у 1 пациента развился рецидив рубцового процесса в билиодигестивном анастомозе.

Вывод. БО в большинстве случаев корректировались мининвазивными способами, что является основной тактикой лечения, однако если невозможно ее провести прибегаем к открытой хирургической операции. Совершенствование методов коррекции БО приведет к улучшению результатов после ТП в целом.

ОПЫТ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С ИММУНОЛОГИЧЕСКИМ РИСКОМ

Турганбекова А.А.¹, Сапарбай Д.Ж.², Асыкбаев М.Н.², Абдрахманова С.А.¹, Жанзакова Ж.Ж.¹, Сипенова А.М.², Жангазиева К.Х.¹

¹Научно-производственный центр трансфузиологии МЗ РК, г. Астана, Казахстан, ²ТОО «Национальный исследовательский онкологический центр», г. Астана, Казахстан

Введение. Согласно отчету исследования глобального бремени болезней (ГББ), в 2017 году во всем мире было зарегистрировано более 1 миллиона распространенных случаев хронических болезней почек (ХБП). Среди подходов к

заместительной терапии почки трансплантация почки (ТП) является наилучшим терапевтическим вариантом. Трансплантация почки значительно продлевает выживаемость пациентов, более того, ТП превосходит другие методы заместительной почечной терапии с точки зрения лучшего качества жизни. Трансплантация почки является более экономически выгодным решением для пациентов с ХБП.

Материал и методы. Когорта состояла из 253 человек, перенесших трансплантацию почки, и была разделена в соответствии с отсутствием или существованием антител класса HLA I или HLA II. Была сравнена выживаемость трансплантата почки в группах низкого (0%; 1-4%), среднего (5-14%) и высокого (15-19%) иммунологического риска реципиентов почки.

Результаты. Была обнаружена корреляция между наличием антител класса HLA I и выживаемостью трансплантата ($p=0,046$). Наблюдалась тенденция к худшей выживаемости трансплантата у пациентов, у которых были антитела к HLA I класса. Из 24 пациентов, у которых были антитела к HLA II класса, 1 (4%) человек потерял трансплантат. Кроме того, связь между наличием антител класса II HLA и потерей трансплантата не была значимой ($p=0,324$). Было продемонстрировано, что эпизоды острого отторжения увеличивают риск потери трансплантата у реципиентов почки ($p<0,001$). Женщины-реципиенты имели значительно более низкую выживаемость трансплантата по сравнению с пациентами мужского пола. Мы наблюдали больше случаев отторжения у женщин-реципиентов по сравнению с пациентами мужского пола, особенно острое отторжение в течение первого года после трансплантации. Из когорты у 18 (7%) было острое отторжение, и 13 (72%) из них были женщинами ($p<0,001$). Выживаемость трансплантата была статистически значимо связана с полом реципиента при $p=0,002$. 5-летняя выживаемость трансплантата у женщин составила 80,2%, в то время как у мужчин - 95,3%. Кроме того, послеоперационные осложнения значительно повлияли на потерю трансплантата с $p=0,005$.

Заключение. Результаты исследования показали, что характеристики донора, такие как возраст и тип донора, не оказали влияния на выживаемость почек. Пол реципиентов, иммунологический статус и эпизоды острого отторжения трансплантата после трансплантации были предикторами ухудшения функции почек через 1 год после трансплантации.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ПЕРЕД РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИЕЙ ПЕЧЕНИ

Хайбуллина З.Р., Бабаджанов А.Х., Махмудов У.М.,
Байбеков Р.Р., Маткаримов Ш.У., Иброхимов С.С.,
Усмонов К.С.

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

Актуальность. Каждый реципиент печени в послеоперационном периоде имеет как минимум одно осложнение, что связано с исходно тяжелым его состоянием перед операцией, качеством трансплантата, хирургическими аспектами, иммуносупрессивной терапией. Терминальная стадия болезни печени (ТСБП), которая развивается в исходе цирроза печени, ГЦК, метаболических заболеваний печени, проявляется различной выраженностью синдромов поражения гепатоцитов и совокупно оценивается по шкале MELD (Model of End-Stage Liver Disease).

Цель работы – установить выраженность нарушения белкового, липидного и углеводного обмена у больных с ТСБП.

Материалы и методы. Обследовано 17 больных с ТСБП, со средним возрастом 38,8 (95%ДИ: 32,4-45,3) лет, подготовленных к трансплантации печени (ТП). Исследование ферментов, электролитов, метаболитов в сыворотке крови проводили на биохимическом анализаторе Vitros-5600 стандартными наборами этого же производителя.

Результаты. По шкале MELD средний бал составил 13,8 (95% ДИ=11,6-15,9). У реципиентов относительно здоровых доноров имело место статистически значимое повышение уровня глюкозы в 1,3 раза ($p<0,05$), гипоальбуминемия до 30,9 г/л (95% ДИ: 25,5-36,3) на фоне нормопроteinемии при уровне общего белка 70,2 г/л (95% ДИ: 65,3-74,9); гипербилирубинемия (повышение в 3,8 раза ($p<0,05$) при увеличении прямого билирубина в 14,2 раза, $p<0,05$), гиперферментемия АЛТ и АСТ (повышение в 2,3 и 2,9 раза соответственно, $p<0,05$). Маркер холестаза - щелочная фосфатаза (ЩФ), в частности, ее общая фракция была повышена в 1,6 раза ($p<0,05$), маркер активации и повреждения микросом печени гамма-глутамилтрансфераза (ГГТ) была увеличена в 2,1 раза ($p<0,05$), отмечалось снижение активности ацетилхолинэстеразы (АХЭ) в 2,5 раза ($p<0,05$), снижение уровня общего холестерина - в 1,3 раза ($p<0,05$), лактата – в 3,1 раза ($p<0,05$), что обусловлено нарушением синтетической функции печени, в том числе биосинтеза холестерина, липопротеинов и низким уровнем глюконеогенеза в печени.

Вывод. У реципиентов доли печени в исходном статусе имеются нарушения углеводного обмена в виде гипергликемии и снижения лактата в виду снижения глюконеогенеза и расбалансировки обмена гликогена в гепатоцитах. Нарушения белкового обмена проявляются умеренной гипоальбуминемией, диспротеинемией; нарушения липидного обмена проявляются гипоcholesterинемией в результате снижения синтетической функции печени. У реципиентов доли печени обнаружены нарушения экскреторной и обезвреживающей функции печени на фоне умеренного выраженного синдрома холестаза и слабо выраженного синдрома цитолиза.

VII. ХИРУРГИЯ

ОСОБЕННОСТИ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ РЕКАНАЛИЗАЦИИ ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Абдуллаев С.А., Махмудов Т.Б.

Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд, Узбекистан

Актуальность. Ежегодный рост больных сахарным диабетом осложненным синдромом диабетической стопы и малая эффективность хирургического лечения заставляют искать новые подходы к лечению данной патологии. Одним из таких методов лечения является эндоваскулярная реканализация сосудов нижних конечностей. В настоящее время данный метод зарекомендовал себя своей эффективностью и безопасностью.

Цель исследования – выявить наиболее эффективный метод реваскуляризации при эндоваскулярном хирургическом лечении диабетической стопы.

Материалы и методы. В период с 2020 по 2023 г. под нашим наблюдением находился 31 пациент с синдромом диабетической стопы (СДС) в возрасте от 50 до 85 лет. Трофические поражения правой конечности было выявлено у 14 больных, левой конечности у 16 больных и обеих конечностей у 1 больного. Трофические язвы пальцев и стопы были выявлены у 7 больных, гангрены у 14 больных, тромбозы сосудов нижних конечностей у 2 больных, незаживающие послеоперационные раны у 4 больных и выраженный болевой синдром у 4 больных. По данным МСКТ изолированное поражение поверхностной бедренной артерии (ПБА) было выявлено у 1 пациента, ПБА с артериями голени – 4, ПБА с подкаленной артерией (ПА) и артериями голени – 9, изолированное поражение ПА – 3, ПА с артериями голени – 5, изолированное поражение артерий голени – 9. В дооперационном периоде больным производилась двойная антиагрегантная терапия (тромбопол 75 мг + прасугрел 10 мг) и коррекция нарушения углеводного обмена. Всем пациентам в результате обследования был назначен эндоваскулярный метод лечения. Из 31 пациента у 15 была ишемия IIБ-III степени и у 16 – IV степени. Чрескожная баллонная транслюминальная ангиопластика со стентированием ПБА и ПА была произведена 14 больным, баллонная ангиопластика без стентирования – 17. В большинстве случаев мы использовали антеградный трансфеморальный доступ (18 пациентов), в 3 случаях нами был применен ретроградный тиббиальный доступ. У всех пациентов с IIБ-III степенью ишемии удалось произвести операцию удачно с полным восстановлением кровотока, у 5 пациентов с ишемией IV степени полного восстановления кровотока добиться не удалось.

Результаты. Положительного результата удалось добиться у всех пациентов с ишемией IIБ - III степени, что отразилось на улучшении качества жизни больных. У одного больного с IV степенью ишемии, несмотря на проведенное эндоваскулярное вмешательство, в раннем послеоперационном периоде наблю-

далось прогрессирование ишемии, что потребовало высокой ампутации. Осложнение было связано с протяженной окклюзией, малоподвижным образом жизни и нарушением приема препаратов в послеоперационном периоде. У 2 пациентом в периоде от 1 до 2 месяцев, потребовалось повторное вмешательство в связи с реокклюзией сосудов голени и признаков ишемии, что потребовало повторной ангиопластики. У большинства пациентов в сроке от 3-6 месяцев, по данным ультразвуковой диагностики, мы наблюдали повторные окклюзии артерий голени, без признаков нарастающей ишемии, что было связано с хорошим развитием коллатерального кровообращения.

Выводы. Полное либо частичное восстановление кровотока по артериям голени уменьшает степень ишемии конечности и ведет к улучшению в лечении язвенно-некротических процессов у больных с синдромом диабетической стопы. Рентгенохирургических методов реваскуляризации у пациентов с IIБ-III и IV степенью ишемии показывает свою большую эффективность по сравнению с традиционными методами лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ, НАПРАВЛЕННОГО НА УЛУЧШЕНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Айтбеков Б.К., Джумабеков А.Т., Алыбаев Э.У.,
Жарменов С.М., Калиева С.С., Каныбеков А.,
Жанбырбаев С.Ж., Артыкбаев А.Ж.

Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ»,
г. Алматы, Казахстан

Актуальность. На современном этапе в практическом здравоохранении до сих пор стоит актуальная проблема о поиске безопасного и эффективного способа профилактики спаечной болезни брюшной полости, и не смотря на наличие современных техник и медикаментов, очень часто возникает осложнение в виде спаечной кишечной непроходимости и повторных операций.

Спаечная болезнь органов брюшной полости является распространенным заболеванием, которое встречается по всему миру. В последние годы, с увеличением объема и разнообразия полостных операций, наблюдается постоянный рост частоты спаечной болезни брюшины и ее осложнений. С тех пор, как оперативные вмешательства на органах брюшной полости стали широко применяться в хирургии, проблема спаечной болезни брюшины остается актуальной и в настоящее время. Она часто возникает у молодых и работоспособных пациентов, которые стремятся вести активный образ жизни. Операции, проводимые для лечения острой спаечной кишечной непроходимости, не исключают возможности рецидива и порой стимулируют образование новых спаек.

Цель исследования - разработка современного способа профилактики развития острой спаечной кишечной непроходи-

мости в послеоперационном периоде посредством применения методики трансдермальной миостимуляции мышц передней брюшной стенки и снижения спайкообразования.

Материалы и методы. Наше исследование было проведено в условиях Вивария НИИ фундаментальной и прикладной медицины имени Б. Атчабарова (г. Алматы, Республика Казахстан).

Экспериментальное исследование было выполнено на $n=36$ беспородных кроликах массой 4000 ± 500 г. Животные до и после операции содержались в условиях Вивария, со стандартным рационом питания и ухода.

I группа - Контрольная группа, выполнялась лапаротомия, десерозация тонкого кишечника без каких-либо дополнительных манипуляций ($n = 12$);

II группа – выполнялась лапаротомия, десерозация тонкого кишечника + устанавливалась мембрана гиалуроновой кислоты-карбоксиметилцеллюлозы (Seprafilm) ($n = 12$);

III группа – выполнялась лапаротомия, десерозация тонкого кишечника + трансдермальная электрическая миостимуляция мышц передней брюшной стенки ($n = 12$).

После расширенной премедикации животное было помещено на операционный стол и зафиксировано. При достижении полной мышечной релаксации была проведена интубация трахеи. Начато ИВЛ. Далее была выполнена стандартная лапаротомия, после чего с целью моделирования спаечного процесса была выполнена десерозация тонкого кишечника, после чего брюшная полость послойно ушивалась в контрольной группе, во второй группе использовалось в среднем от 1 до 2 адгезионных барьеров Сепрафильм®, наносились на поверхности тонкого кишечника, подвергшихся прямой хирургической травме, а также на поверхности с подозрением на образование спаек. В третьей группе после моделирования спаечного процесса брюшная полость послойно ушивалась, затем на кожу животных были наложены четыре пластинчатых электрода размером 1.0×1.0 см, непосредственно на кожу передней брюшной стенки в области проекции прямых мышц живота. Оценка распространенности спаечного процесса в исследуемых группах выполнялась по способу, наиболее известной классификации описанной Н.В. Zuhlke и др., основанная на выраженности и некоторых морфологических особенностях спаек. Данный метод предполагает оценку спаечного процесса согласно пятибалльной шкале. После вывода животных из эксперимента выполнялась оценка пятью независимыми хирургами, которые выставляли баллы согласно шкале Zuhlke.

Результаты. В результате проведения исследования наибольшее количество баллов наблюдалось в контрольной группе 3,1 на 7 сутки и 3,6 на 14 сутки, наименее выраженный спаечный процесс наблюдался в группе с применением методики трансдермальной миостимуляции мышц передней брюшной стенки, 1,9 и 2,1 соответственно.

Заключение. В нашем экспериментальном исследовании применение трансдермальной электрической миостимуляции мышц передней брюшной стенки показало наилучшие результаты в сравнении с другими методами профилактики спаечной болезни брюшной полости. Таким образом, существует необходимость в продолжении изучения данной методики для последующего внедрения ее в клиническую практику.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ

Алиев М.Ф.², Джексенова А.М.¹, Койгельдиев Т.Т.², Оркашбаев Н.С²

¹НАО «Медицинский университет Астана», кафедра хирургических болезней с курсами кардиоторакальной хирургии и ЧЛХ, г. Астана, Казахстан,
²ГКП на ПХВ «ГМБ №2, г. Астана», Казахстан

Актуальность. В настоящее время, по данным отечественных и зарубежных исследователей, сокращение частоты острых гнойно-деструктивных заболеваний легких (ГДЗЛ), осложненных эмпиемой плевры, не наблюдается. Как известно, в 19,1-73,0% случаев причиной неспецифических эмпием плевры являются острые гнойно-деструктивные заболевания легких. При этом летальность составляет 7,2%. Посттравматический генез эмпиемы плевры отмечен в 6-20% наблюдений. Летальность при посттравматической эмпиеме плевры достигает порой 30%. Лечение больных с эмпиемой плевры до сих пор представляет собой сложную проблему, о чем свидетельствуют относительно высокие показатели летальности, хронизации процесса, инвалидизации больных, большинство из которых лица трудоспособного возраста.

Материал и методы. В отделений торакальной хирургии ГКП на ПХВ «ГМБ №2 г. Астана» в период с 2010 г. по 05.2023 год пролечено 797 больных. Из них с диагнозом эмпиема плевры пролечено 76 больных, что составляет 9,5%. Оперативному вмешательству подверглись все 76 больных. По объемам оперативного вмешательства выполнялись следующие вмешательства: видеоторакоскопия с декортикацией произведено 56 (74%) пациентам. В ходе проведения видеоторакоскопии производилось эвакуация гнойного экссудата, рассечение плевральных сращений с целью дефрагментации эмпиемной полости, удаление гнойного детрита и секвестров, резекция зон деструктивного пульмонита, промывание полости эмпиемы растворами антисептиков, частичная или полная плеврэктомия и декортикация легкого. Миниторакотомия с VATS проведена у 20 пациентов 26%, основным достоинством такого доступа, является возможность двойного обзора оперируемой зоны, достаточное освещение, возможность использования как традиционных, так и эндоскопических инструментов. Микробиологические исследования: исследование результатов бактериологических посевов.

Результаты. Получена следующая микробиологическая картина результатов бактериологического исследования: *Candida albicans* - 26 пациентов (34%), *Candida glabrata* - 6 пациентов (7,8%), *Eschrehia coli* - 16 пациентов (21%), *Streptococcus viridous* - 35 пациентов (46%), *Streptococcus gordonii* - 8 пациентов (10,5%), *Klebsiella pneumoniae* - 14 пациентов (18,5%), *Staphylococcus aureus* - 32 пациентов (46,5%). Сочетание более 4-х флор у 8 пациентов (10,5%), более 3-х флор у 22 пациентов (28%). 2 флор составила у 36 пациентов (47%), 1 флора – 8 (10,5%) пациентов, не высеяна у 2-х пациентов (2,6%). У 74 пациентов по результатам гистологического ответа заключение: фибринозно-гнойный плеврит и у 2 пациентов с туберкулезное поражение плевры.

Положительная динамика микробиологической картины наблюдалась при применении миниторакотомии с VATS и видеоторакоскопия с декортикацией значительно в ранние сроки, чем при традиционном подходе лечения эмпиемы плевры дренирования по Бюлау. Летальность 1 пациент, что составляет 1,3%.

Выводы. Миниторакотомия с VATS и видеоторакоскопия с декортикацией позволяет выполнить полную санацию эмпиемной полости под визуальным контролем с ликвидацией шварт, плевральных сращений, декортикация легкого. Позволяет добиться клинического выздоровления и сокращает время нахождения пациентов в стационаре, свидетельствуют о высокой медицинской и экономической эффективности.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ КРАНИОПЛАСТИК ПРИ ВДАВЛЕННЫХ ПЕРЕЛОМАХ НАРУЖНОЙ СТЕНКИ ЛОБНЫХ ПАЗУХ

Ахметов К.К.^{1,2}, Кадралиева Э.И.¹

¹НАО «Медицинский университет Астана»,
г. Астана, Казахстан,

²АО «Национальный центр нейрохирургии»,
г. Астана, Казахстан

Актуальность. Переломы лобной пазухи составляют всего 5-15% от всех переломов верхних отделов лицевого скелета. Биомеханическая сила, требующаяся для возникновения перелома передней пластинки лобной пазухи незначительная, но приводит к тяжелым косметическим дефектам у 75% пациентов. Основной проблемой, которую приходится решать нейрохирургу на этапе подготовки к краниопластике, является выбор материала для предстоящей операции.

Цель исследования - сравнить результаты краниопластик с применением различных видов трансплантатов при вдавленных переломах наружной стенки лобных пазух.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 34 историй болезни пациентов, пролеченных в АО «Национальный центр нейрохирургии» с 2018 по 2021 г. с вдавленными переломами наружной стенки лобных пазух, после проведения краниопластик с различными трансплантатами. Все пациенты разделены на группы: 1 группа (16 пациентов) – для остеосинтеза использовали наборы титановых пластин с управляемым моделированием. 2 группа (16 пациентов) – для остеосинтеза использовали полиметилметакрилат. 3 группа (2 пациента) – для остеосинтеза использовали наборы титановых пластин с применением 3D принтера.

Критерии включения и исключения разработаны в соответствии данной патологии. Инструментальное обследование больных: рентгенологическое исследование в стандартных укладках; рентгенография черепа в прямой и боковой проекциях, придаточных пазух носа, костей носа; компьютерная томография с 3D-моделированием.

Больные наблюдались в течение года после выписки с контрольным осмотром нейрохирурга АО «НЦН» через 6, 12 месяцев.

Результаты. Среднее пребывание в стационаре и длительность операции: средняя длительность операции была максимальной у больных во второй группе и составила 90,5 минут, что на 44,5% больше чем в первой группе и на 45,3% больше чем в третьей группе. Данный факт связан с более длительным процессом формирования и фиксации акрилового трансплантата к костям черепа и лицевого скелета в сравнение с титановыми трансплантатами.

Выявлено, среднее пребывание больных в стационаре так же самое длительное во второй группе – 7,5 суток, что на 56% и 53,3% больше чем во второй группе и третьей группе соответственно. Несмотря на то, что с целью уменьшения осложнений и воспалительных реакций полость лобных пазух во время операции технически одинаково обрабатывалась у больных во всех трех группах, у больных второй группы наблюдалось более длительные и выраженные признаки экссудации и воспаления, что объясняет более длительное пребывания их в стационаре. Осложнений во время операции не наблюдалось ни в одной группе. Через 6 месяцев осложнения были лишь у больных второй группы в 6,25% (1 пациент) и через 12 месяцев у 12,5% (2 пациента) той же группы. Осложнения проявлялись в виде нестойкости трансплантата.

Осложнения вовремя и после операции: степень восстановления лицевого скелета оценивали по шкале Брока. Оценивали данные КТ-снимков и состояние мягких тканей после операции, учитывали состояние и симметричность края орбиты (острый, притупленный, закруглен, завернут), надбровных дуг (от 0 до 3 баллов), глабеллы по Мартину (6 балльная шкала). Анализ вышеуказанных данных показал, что у больных в первой и третьей группе восстановление лицевого скелета было более симметричное и полноценное, в сравнение с больными со второй группы, что можно объяснить большим объемом вариативности пластичности и возможностью сохранения и восстановления мелких осколков собственных костей при использовании титановой сетки.

Выводы. Проведение реконструктивных операций с применением титанового трансплантата позволяет уменьшить длительность операции, сократить пребывание пациента в стационаре, снизить риск осложнений, получить оптимальные косметические результаты, избежать дополнительных операций по краниопластике

СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ОСТРЫХ МАЛЫХ СУБДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ

Ахметов К.К.^{1,3}, Кадралиева Э.И.¹,
Рустемова К.Р.¹, Сулейменов А.А.²

¹НАО «Медицинский университет Астана»,
г. Астана, Казахстан, ²ГКП на ПХВ «ГМБ №2»,
г. Астана, Казахстан,

³АО «Национальный центр нейрохирургии»,
г. Астана, Казахстан

Актуальность. Внутрочерепные травматические субдуральные гематомы малого объема (МСГ) в структуре внутрече-

репных гематом составляют 3,0-18,2%. При обнаружении МСГ и компенсированном состоянии больного перед нейрохирургом возникает проблема определения показаний к хирургическому лечению. Несмотря на большое количество проведенных исследований, вопрос выбора тактики лечения МСГ остается открытым и недостаточно освещенным в литературе. В связи с этим имело место целесообразность создания шкалы оценки острых малых субдуральных гематом, которая поможет в принятии решений в построении дальнейшей тактики ведения пациентов

Цель работы – определить способ лечения острых малых гематом.

Материалы и методы. За период с марта 2009 г. по март 2019 г. на стационарном лечении в отделении нейрохирургии АО «Национальный центр нейрохирургии» РК находилось 215 больных с малыми субдуральными гематомами. Мужчин было 161, женщин - 54. Возраст больных - от 15 до 86 лет. Средний возраст больных составил $37,8 \pm 17,0$ лет. Среди причин травмы превалировала бытовая - 67% и транспортная - 17%, производственная травма была у 3%, и у 13% пострадавших причина травмы осталась неизвестной. Больные поступали в сроки от 20 минут до 6 суток после травмы. Обследование: неврологический осмотр, рентгенографию черепа в двух проекциях, КТ. При выполнении КТ головного мозга вычисляли объем гематомы, сопутствующие очаги ушиба, гидромы и зоны перифокального отека. Определялся суммарный общий объем гематомы и гидромы, объем высокоплотной зоны очага ушиба с зоной перифокального отека, смещение срединных структур головного мозга, состояние цистерн головного мозга. Уровень сознания пациента оценивали по шкале комы Глазго. В отделении экстренной нейрохирургии больные осматривались профильными специалистами.

Результаты. На фоне применения разработанного алгоритма тактики ведения данной категории больных представлен результат лечения малых гематом, где у 123 больных после проведения консервативного лечения по данным КТ головного мозга наблюдалась полная резорбция гематомы в сроки до 10 суток. В 63 случаях удалось перевести острую гематому в хроническую форму и в последующем применить малоинвазивную тактику - закрытое наружное дренирование хронической субдуральной гематомы. 29 больным в связи с отрицательной динамикой на фоне медикаментозного лечения в течение 3-4 суток была проведена костно-пластическая трепанация черепа с удалением гематомы.

Выводы. Применение малоинвазивной тактики определяет благоприятный исход, быстрое выздоровление и социальную адаптацию пациента, а также уменьшение затрат на лечение пациента в стационаре. Выжидательная тактика в лечении больных с МСГ возможна при компенсированном состоянии больных.

РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Аширбаев Е.Д.¹, Рустемова К.Р.²,
Мухаметкалиев С.С.¹, Турсынбаев Н.Н.¹

¹ГКП на ПХВ «ГМБ №2 г. Астана», Казахстан,
²НАО «Медицинский университет Астана», Казахстан

Актуальность. По имеющимся публикациям научных исследователей, у 60 млн пациентов в мире с сахарным диабетом (СД) поставлен диагноз Синдром диабетической стопы (СДС). СДС требует к себе комплексного подхода со стороны многих специалистов, так как поражение нижних конечностей находится на стыке нескольких медицинских дисциплин – терапевтических и хирургических. Несмотря на большое количество проведенных исследований, вопрос выбора тактики лечения СДС остается открытым и недостаточно освещенным в литературе. В связи с этим, целесообразно создание комплексного протокола и подхода, который поможет в принятии решений в построении дальнейшей тактики ведения пациентов, не доводя до ампутации. По данным литературы, около 85% случаев заканчивается ампутацией нижней конечности и инвалидизацией пациентов. Такие пациенты относятся к наиболее высоким категориям риска, ассоциирующимся с повышенным риском смертности. Таким образом, роль профилактических мероприятий в развитии осложнений СДС трудно переоценить, они являются жизненно необходимыми для пациентов с СД.

Цель исследования - разработать комплексный подход диагностики и лечения при СДС.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ, а также проведена оценка по критериям унифицированной шкалы 250 больных с 2013 г. по декабрь 2022 г. в отделении ССХ, ГКП на ПХВ «ГМБ №2 г. Астана» с СДС после реконструктивной операции с различной локализацией поражений артерий нижних конечностей. Всем больным проведены клиничко-лабораторные и инструментальные обследования согласно клинического протокола «Сахарный диабет 2 типа» от «04» марта 2022 года, Протокол №158. МЗ РК. Виды хирургических вмешательств: баллонная ангиопластика - 228 больных; шунтирование аллотрансплантантом большой подкожной вены - 8 больных.

Результаты. У 236 больных после проведения реконструктивной ангиопластики наблюдалось уменьшение или отсутствие болевого синдрома уже в первые сутки после операции, уменьшение гиперемии вокруг раны, потепление стопы, улучшение движений пальцев и стопы в последующие 10 суток. В 14 клинических случаях не удалось восстановить кровоток в связи с имеющимися протяженными окклюзиями. Все 14 пациентов с острой фазы переведены в хроническую форму, и в последующем получили консервативную, сосудорасширяющую терапию. 8 больным, в связи с отрицательной динамикой на фоне медикаментозного лечения, выраженного болевого синдрома в течение 2-5 суток был установлен перидуральный катетер для обезболивания. В 6 случаях проведена ампутация в пределах пальцев стопы и стопы. Высокая ампутация нижней конечности проведена у 3% больных.

Выводы. Таким образом, наши исследования показывают, что при СДС с целью сохранения конечности следует как можно в ранние сроки заболевания проводить эндоваскулярную реконструктивную операцию. При этом необходимо учесть, что она показана при ограниченных окклюзиях магистральных артерий нижней конечности.

APPLICATION OF THE DOUBLE-LOOP NODE – «KAZYK BAU» IN APPENDECTOMY IN EXPERIMENTAL ANIMALS

Babakhanov A.T., Dzhumabekov A.T., Zharmenov S.M., Artykbaev A.Zh., Kalieva S.S., Kanybekov A., Zhanbyrbaev S.Zh.

*Kazakhstan medical university «Higher school of public health»,
Almaty, Kazakhstan*

Purpose of the study is to experimentally substantiate the effectiveness of the use of a two-loop knot - «Kazyk bau» during appendectomy.

Materials and methods. The study was conducted on 96 laboratory animals (rabbits), whose age was 24-27 months, weight - 12-17 kg. The study was carried out at the Institute of Experimental Biology named after Mumakhamidiev. To determine the sample size of laboratory animals, the G*Power v. 3.0.10. A large effect size of 0,40 was chosen, two comparison groups and an effect power of 0,95 with a significance level of 0,05.

Thus, the total number of samples was 96 laboratory animals (n=48 in each group). Each group of animals randomly participated in a separate series of experiments.

In the 1st series, laparotomy, appendectomy were performed with the imposition of the Roeder's loop on the base of the appendix. Animals were observed up to 1 month after the operation.

In the 2nd series, laparotomy, appendectomy were performed with the imposition of a two-loop knot on the base of the appendix. The observation period is up to 1 month after the operation. Histological and morphometric evaluation.

The method of sampling histological material was carried out according to the method of Korzhevsky. The main objective of the histological study was to study the regenerative process along the line of the intestinal suture, formed in 3 groups, after 24, 48, 72 hours, and also 7 days after the operation. The following were taken into account: the severity of the inflammatory reaction (the presence of leukocyte infiltration, vascular stasis, thrombosis, edema), the timing of the appearance and organization of connective tissue structures, the appearance of new vessels, the comparison of the edges of the intestinal wound, the presence and timing of epithelialization.

Samples of the formed sections of the anastomoses were fixed in formalin, followed by wiring and staining with Hemotaxilin-Eosin. For the morphometric method, digital software (Image-Pro plus 6.0; Media Cybernetics) was used.

Results. All laboratory animals were withdrawn from the experiment according to the established deadlines; no serious complications or diseases were observed during the study. In the second group of laboratory animals (1 day after surgery), all individuals in the peritoneal cavity had a serous effusion.

Formed spike sheets of the parietal and visceral peritoneum were not observed. The areas of the nodes imposed by the studied methods did not have hyperemia of the serous cover, which is most likely due to the lack of response to surgical trauma.

However, the area of the node superimposed in the standard way had a more pronounced nature of hyperemia, as evidenced by further morphometry data. Thus, the best results and even the

absence of hyperemia in the area of the node a day after surgery in 3 cases were observed in researched method.

Macroscopic examination of the abdominal cavity in all laboratory animals did not reveal signs of failure of the caecum stump, peritonitis or other infectious process. Evaluation of the adhesive process determined that series 1 of laboratory animals (standard appendectomy) showed the highest degree of adhesive process ($p=0,01$) compared with anastomoses of series 2 of experimental laboratory animals.

Conclusion. Thus, the obtained data on morphological changes in the area of the nodes indicate significant advantages of the studied method compared to the standard one ($p<0,001$). Histological studies of the wound process along the line of the node formed by the studied methods showed significantly better indicators of regeneration, such as; the severity of the inflammatory process i.e. leukocyte infiltration, vascular stasis, thrombus formation, edema.

УСОВЕРШЕНСТВОВАННЫЙ ГЕЛЬ НА ОСНОВЕ РЕКОМБИНАТНОГО АНГИОГЕНИНА ЧЕЛОВЕКА КАК СПОСОБ УСИЛЕНИЯ ПРОТИВОМИКРОБНОГО, ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО И РАНОЗАЖИВЛЯЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ

**Бокебаев Ж.Т.¹, Тайгулов Е.А.², Нуртазинова Г.С.¹,
Омарбеков А.Ж.¹**

*¹НАО «Медицинский университет Астана», г. Астана,
Казахстан, ²Корпоративный фонд «University Medical Center»,
г. Астана, Казахстан*

Цель работы – изучить противомикробное, противовоспалительное и ранозаживляющее действие геля ангиогенина в сравнении с модифицированным вариантом этого препарата - гелем диоксидин-ангиогенина. Модификация геля на основе рекомбинантного ангиогенина путем добавления в его состав диоксида приводит к возникновению выраженного антимикробного эффекта в отношении основных возбудителей гнойно-септических инфекций - золотистого стафилококка, синегнойной палочки, палочки сенной и кишечной палочки.

Материалы и методы. Объектами исследования являются природный гель рекомбинантного ангиогенина человека и модифицированный гель рекомбинантного ангиогенина человека с диоксидином.

Гель нативного ангиогенина предназначен для наружного применения, содержит рекомбинантный ангиогенин человека в концентрации 25 мкг/мл, вспомогательные вещества-оксид полиэтилена (наполнитель) и бензоат натрия (консервант). Гель рекомбинантного ангиогенина человека с модифицированным диоксидином содержит рекомбинантный ангиогенин человека в концентрации 25 мкг/мл и 5% диоксидин, вспомогательные вещества – оксид полиэтилена (наполнитель) и бензоат натрия (консервант).

Антимикробное действие объектов исследования изучалось методом «диффузии в агар». В качестве тестовых штаммов использовались эталонные штаммы: грамположительные кокки

- Staphylococcus aureus; Pseudomonas aeruginosa; грамположительные бактерии - Bacillus subtilis и грамотрицательные палочки.

Результаты. Результаты исследования противовоспалительной активности ангиогенинового геля и модифицированного диоксидинового ангиогенинового геля, которые дали положительные результаты при местном лечении.

Заключение. При модификации геля на основе рекомбинантного ангиогенина с добавлением химиотерапевтического препарата диоксидин используется для лечения стафилококка и E.coli, проявляется выраженный антимикробный эффект.

ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ТКАНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ И ПРОЛЕНОВОГО ПРОТЕЗА ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ ИНФРАКРАСНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ

Гуламов О.М., Мухамедов Б.З., Ташкенбаев Ф.Р.,
Азизов Т.А., Максудов М.Т.

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

Цель работы – изучить реакцию тканей передней брюшной стенки на имплантированный эндопротез, оценить возможности и влияние низкоинтенсивного лазерного излучения (инфракрасного) на взаимодействие тканей передней брюшной стенки и имплантируемый протез.

Материалы и методы. Исследование выполнено в отделении торакоабдоминальной онкохирургии, где с 2003 г. широко используется протезирующая пластика в различных вариантах и модификациях. За период 2003-2022 гг. оперировано 1439 пациентов с грыжами различной локализации. В эксперименте использованы 24 белые крысы породы Вистар массой 200-250 г. Животные были разделены на две группы: контрольная и основная по 12 крыс в каждой.

Результаты. Проведенные ранее исследования лабораторией патологической анатомии, о влиянии инфракрасного лазерного излучения на заживления дерматомных ран, показали, что в ранний срок наблюдения существенных отличий морфологического статуса контрольных ран и ран, подвергнутых лазерному воздействию, не выявлено. В области разреза в группах доминируют нейтрофильные лейкоциты и нейтрофилы. Значительные отличия выявляются на 7 сутки наблюдения. В контрольной группе область шва представлена рыхлой соединительной тканью со слоем вертикальных капилляров и многочисленными фибробластами. На поверхности разреза выявляется детрит и не отмечено напользания на область рубца эпителиального пласта. В группе животных, раны которых подвергались лазеротерапии, имело место, выраженное очищение линии разреза от детрита, в области рубца доминировали фибробласты, встречались многоядерные клетки инородных тел. Это указывает на интенсификацию процессов коллагенообразования и ремоделирования рубца. Имело место напользование эпителиального пласта на рубец, а в некоторых случаях смыкание языков эпителия краёв раны. Таким образом, проведенные исследования позволили определить, что лазер в инфракрас-

ном диапазоне излучения оказывает выраженное стимулирующее воздействие на раневой процесс. Причём существенные различия проявляются на 7 сутки после нанесения ран и соответствующего курса лазеротерапии (5 сеансов облучения). К 14 суткам основные репаративные процессы линейных ран, подвергнутых лазерному воздействию, завершаются, и рана находится в стадии ре-моделирования соединительнотканного рубца. Проведенная серия экспериментов позволила определить, что для изучения взаимодействия имплантированной проленовой сетки с тканями, под воздействием лазерного облучения следует ограничиться указанными сроками наблюдения.

Заключение. Таким образом, морфологические исследования позволили обосновать целесообразность применения низкоинтенсивного ИК лазерного излучения для ускорения интеграции проленовых сеток с окружающими тканями в ближайшем послеоперационном периоде и применить их в клинике при хирургическом лечении пациентов с вентральными грыжами. При интраоперационном комбинированном использовании лазеров в области имплантации, отмечается сокращение сроков заживления и уменьшение экссудации, ускоряется интеграция сетки с окружающими тканями с выраженным неоваскулогенезом. Доказано влияние низкоинтенсивного лазерного излучения на быструю нормализацию микроциркуляторных нарушений, стимуляцию макрофагальной и фибробластической реакции, процесса пролиферации и ангиогенеза, на скорость созревания соединительной ткани.

ПРИЧИНЫ ОБРАЗОВАНИЯ КОЖНО-ПРОТЕЗНЫХ СВИЩЕЙ ПОСЛЕ АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ ГРЫЖАХ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Гуламов О.М., Мухамедов Б.З., Ташкенбаев Ф.Р.,
Азизов Т.А., Максудов М.Т.

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

Цель работы – изучение причин возникновения кожно-протезных свищей после имплантации протезной сетки и способов лечения данной категории больных.

Материалы и методы. В исследовании был проведен ретроспективный анализ 13 пациентов, которым была выполнена протезная пластика в надапоневротическом положении в отделении с 2007 по 2022 г., у которых в дальнейшем развилась картина кожно-протезного свища.

Результаты. Основной причиной кожно-протезных свищей является инфекция. У всех 13 больных предыдущая операция осложнилась нагноением раны и развитием парапротезной инфекции, которая не давала интегрироваться протезу в окружающую ткань. 12 больных были повторно оперированы в позднем послеоперационном периоде. У 6 больных со сформированной фиброзной капсулой над протезом и отсутствием рецидива операция завершилась дренированием и полным ушиванием раны. Еще 5 больным было выполнено реимплантация протеза, с предварительным облучением поверхности лазером. Из две-

надцати оперированных больных полное выздоровление было у одиннадцати, только у одного пациента через 3 месяца образовался новый свищ, который после консервативного лечения успешно закрылся.

Заключение. Проблема инфекционных осложнений протезирующей пластики в настоящее время далека от своего разрешения. Планирование профилактических мероприятий следует начинать на дооперационном этапе в рамках элективного подхода, тщательной стратификации пациента, детальной оценки риска и объективного статуса больного. Антибиотикопрофилактику нужно проводить в соответствии с международными руководствами, при этом целевые решения должны соответствовать данным о конкретном пациенте, то есть после определения чувствительности флоры к антибиотикам, как локальной, так и вне зоны предстоящей операции, анамнезу и текущему состоянию.

ВЫБОР СПОСОБА ОПТИМАЛЬНОЙ ПРОТЕЗНОЙ ПЛАСТИКИ СЛОЖНЫХ И ГИГАНТСКИХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ С УЧЕТОМ ВНУТРИБРЮШНОГО ДАВЛЕНИЯ

Гуламов О.М., Музаффаров Ф.У., Мухамедов Б.З.,
Ташкенбаев Ф.Р., Азизов Т.А., Максудов М.Т.

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

Цель исследования - выбор способа оптимальной протезной пластики сложных и гигантских вентральных грыж с учетом внутрибрюшного давления.

Материал и методы. В ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова» в отделении торакоабдоминальной онкохирургии в периоде 2018-2022 гг. в было пролечено 103 больных со сложными и гигантскими вентральными грыжами. Больных женского пола было 63 (61,2%), мужского пола 40 пациентов (38,8%). После госпитализации всем больным выполнялись рутинные исследования. В данной работе с целью профилактики абдоминального компартмент синдрома (АКС) интраоперационно проводилось измерение ВБД.

Результаты. У 27 (26,2%) больных с гигантскими и сложными грыжами, после проведенных исследований, учитывая большой размер грыжевого дефекта и объем грыжевого содержимого интраоперационно измерялось ВБД. В наших наблюдениях таких пациентов было 14 (51,8%). При сближении краев апоневроза этих больных отмечалось повышение ВБД учитывая показатели ВБД и с целью избежать возникновения АКС этой категории больных выполнена коррекция брюшной стенки с протезированием проленовой сеткой. Обязательное измерение ВБД интраоперационно до сопоставления краев дефекта апоневроза позволило применить реконструкцию брюшной стенки у 86,3% больных, восстановить мышечный каркас и придать мышцам физиологическое положение даже при обширных и гигантских грыжах, а в 13,7% выполнить коррекцию без возникновения абдоминальной гипертензии и такого грозного осложнения как АКС.

Заключение. У пациентов со сложными и гигантскими вентральными грыжами методика контроля ВБД с целью профилактики АКС является информативной и необходимой процедурой. Применение этой процедуры во время операции дает возможность выбрать оптимальный способ пластики грыжевых ворот, с безопасным восстановлением элементов мышечно-апоневротического каркаса передней брюшной стенки, тем самым минимизировать рецидивы грыж. Прогнозирование риска тяжелых послеоперационных осложнений и комплексной их профилактики позволяет легче перенести операцию больному, верная операционная тактика облегчает работу хирургу вовремя и после операции, значительно снижает риск АКС.

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЗАДНЕЙ СТЕНКИ ТРАХЕИ

Джаркеев К.С., Смаилов М.Б., Мусабеков Д.К.

АО «Национальный научный медицинский центр»,
г. Астана, Казахстан

Актуальность. Повреждение трахеи при интубации относится к числу редких и серьезных ятрогенных осложнений. В большинстве публикаций представлены единичные наблюдения, в которых приводятся различные причины и возможные механизмы их возникновения, неоднозначные показания к выбору лечебной тактики. Появившиеся только в последние годы значительное количество сообщений, свидетельствует о возросшем интересе к профилактике, диагностике и лечению этого весьма редкого осложнения современного эндотрахеального наркоза. Так, по данным ряда авторов, частота повреждения трахеи при интубации составляет от 0,05 до 0,19%, а N. Barbetakis и соавт. (2008) отмечают подобные осложнения в 1% всех интубаций.

По мнению большинства авторов, ятрогенные повреждения трахеи чаще связаны с грубой интубацией, многократными попытками интубации, неправильно подобранным размером интубационной трубки, использованием несоответствующих стилетов, перераздуванием герметизирующей манжетки интубационной трубки. Среди прочих причин, способствующих развитию повреждения трахеи, указывается предшествующая стероидная и лучевая терапия, ХОБЛ, трахеомалация.

Материал и методы. Наш опыт лечения с 2010 по 2023 г. 5-и пациентов с повреждением задней стенки трахеи. 1 пациента повреждения задней стенки произошло при интубации трахеи в условиях кареты скорой помощи. 1 пациентка повреждения задней стенки произошло при лазерной коагуляции рубцового стеноза средней трети трахеи с формированием трахеопищеводного свища. 1 пациент повреждения задней стенки нижней трети трахеи с переходом на бифуркацию произошло при ДТП. У 1 пациента имелось идиопатическое повреждение задней стенки трахеи с формированием стеноза нижней трети трахеи, трахеопищеводного свища. 1 пациентка повреждения задней стенки трахеи произошло при трахеостомии.

При поступлении всем пациентам проведен комплекс обследования включающие в себя клиничко-лабораторные анализы крови, КТ шеи и грудного сегмента с контрастированием, ВФЭГДС. Для верификации диагноза, определения размера и

длины повреждения трахеи, обязательным условиям необходимо проведения видеотрахеобронхоскопии. Если у пациента имеется интубационная или трахеостомическая трубка в просвете трахеи, для визуализации повреждения трахеи, проведение ВТБС необходимо проводить при извлечении трубок из просвета трахеи.

Всем пациентам проведено оперативное лечение в разные сроки от момента получения повреждения.

Пациентке с повреждением задней стенки трахеи при интубации трахеи в условиях кареты скорой помощи произведена оперативное вмешательство через 6 часов от момента повреждения. Произведена задне-боковая торакотомия справа, перевязка непарной вены, ушивание раны задней стенки средней трети трахеи. Выписана на 13 сутки от момента заболевания в удовлетворительном состоянии.

Результаты. Пациентке с повреждением задней стенки трахеи после лазерного иссечения рубцового сужения нижней трети трахеи, с формированием трахео-пищеводного свища, диагноз установлен через 1,5 месяца от момента повреждения. Данной пациентке произведена операция: формирование трахеофиссуры, протезирование трахеи Т-образной трубкой, установка н/гастрального зонда. От наложения гастростомы, пациентка категорически отказалась. Пациентка находилась на динамическом наблюдении в течении 3 месяцев, каждые 2 недели производилась смена Т-образной трубки. Через 3 месяца при контрольной ВТБС дефекта задней стенки трахеи не визуализировался, имелась рубцовая ткань, при приеме воды через рот, заброса жидкости в трахеи не наблюдалось.

Особому вниманию предоставляется случаи повреждения задней стенки трахеи у 3-х пациентов получившие травмы при ДТП; при интубации трахеи интубационной трубкой; трахеостомической трубкой. Повреждения у данных пациентов диагностированы во время проведения ФБС, на уровне средней трети, нижней трети трахеи с переходом на бифуркацию трахеи, протяженностью от 3,0 до 5,0 см. Пациенту получившего травму при ДТП повреждение трахеи диагностирована на 3 сутки.

Пациент, у которого диагностировано повреждение задней стенки трахеи с формированием стеноза нижней трети трахеи, трахео-пищеводного свища обратился через 2 мес. от появления жалоб. Пациентке у которой диагностирован дефект задней стенки трахеи при наложении наложения трахеостомы, дефект обнаружен через 4 часа.

Общеобъединяющее этих пациентов то, что дефект трахеи не прикрывался раздутой манжетой интубационной трубкой или трахеостомической трубкой располагавшейся ниже разрыва трахеи, при этом имелось поступление воздуха в средостение, снижение показателей сатурацией, нарастанием дыхательной недостаточностью. При попытке проведения одноклеточной интубации легкого, ситуация не менялась в лучшую сторону, показатели сатурации снижались, риск перехода пациента в гипоксию увеличивался.

Нами предложено и осуществлен оригинальный способ лечения данных пациентов. В экстренном порядке было произведено оперативное вмешательство: наложение трахеофиссуры на передней стенке средней трети шеи, протезирование трахеи Т-образной трубкой Монгомери, при этом нижний конец Т-образной трубки располагали выше бифуркации на 0,2 см. Далее производили интубация трахеи через Т-образную трубку

интубационной трубкой диаметром 7,5, при этом, заостренный конец интубационной трубки срезали (чтобы не упиралась в карину), манжета интубационной трубки располагали максимально дистальнее и раздували в просвете Т-образной трубки. В результате, за счет увеличения площади соприкосновения Т-образной трубки с диаметром просвета трахеи, возникало прикрытие дефекта задней стенки трахеи, даже тогда, когда нижний край разрыва трахеи распространялся на бифуркацию. Таким образом, поступление воздуха при вентиляции легкого в клетчатку средостения прекращалось, вентиляция обеих легких не страдала, показатели сатурации выровнялись от 97 до 100%. Дыхание пациентам проводилось аппаратом ИВЛ в сроках от 3 дней до 15 дней. Ежедневно проводилась санация бронхиального дерева с помощью ФБС с введением муколитиков, антибиотиков. При восстановления самостоятельного дыхания, и перевода пациентов на спонтанную вентиляцию легких, конструкция Т-образной трубки с введенной в неё интубационной трубки держали ещё 3-5 дней. Далее, производили контрольный осмотр трахеи ФБС, оценивали посттравматический рубец задней стенки трахеи. Если отсутствовало сообщение слизистой трахеи с клетчаткой средостения, конструкцию Т-образной трубки с введенной в неё интубационной трубки удалялось. Летальный исход не было, пациенты выписаны на амбулаторное наблюдение в удовлетворительном состоянии. Рана шеи от трахеофиссуры зажило на 7-10 сутки. Сроки наблюдения пациентов от 2 мес до 3-х лет. Клиники рубцового сужения трахеи не наблюдаются.

Выводы. Таким образом, расширение возможностей хирургии и увеличение количества оперативных вмешательств свидетельствует о необходимости более тщательного обеспечения безопасности пациентов во время анестезии и операции, которая включает в себя не только вопросы непрерывного и полного мониторинга состояния пациентов, но и вопросы своевременной и полноценной профилактики ятрогенных повреждений.

Ранняя видеотрахеобронхоскопия – это основной метод диагностики повреждений трахеи и бронхов, поскольку оно позволяют достоверно и точно определить локализацию и характер повреждения.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ЛУЧЕВЫХ И СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ОСТРОМ НАРУШЕНИИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В КАРДИОХИРУРГИИ

Джурова Н.М., Бабаджанов А.Х., Амирхамзаев А.Т., Ибрагимов С.Х.

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

Цель работы – оценить эффективность применения перфузионной компьютерной томографии (ПКТ) и NIRS мониторинга на периоперативных этапах в сердечно-сосудистой хирургии.

Материал и методы. Мы проспективно проанализировали данные 12 пациентов (7 мужчин, 5 женщин) с сердечно-сосудистой патологией высокого риска, поступивших в ГУ «РСПМЦХ имени академика В.Вахидова» на хирургическое лечение, с

октября 2022 г. по декабрь 2022 г. Всем пациентам была выполнена ПКТ головного мозга одновременно со сбором данных NIRS мониторинга. КТ исследования проводились на широко-детекторном 640 срезовом МСКТ «Aquilion One – 640» версии Genesis (Toshiba Medical Systems, Япония). Области интереса были получены на 2,5 см ниже бифронтального датчика NIRS при ПКТ со средним объемом от 2 до 4 мл. Определяли следующие параметры церебральной перфузии: церебральный кровоток (CBF, мл/100 г/мин); церебральный объем крови (CBV, мл/100 г); среднее время транзита контрастного вещества (МТТ, сек). При этом средние значения CBF использовались для целей анализа. CBF был связан с CBV и МТТ в следующем уравнении: $CBF = CBV / MTT$. Мониторинг церебральной оксиметрии выполнен на приборе версии Equanoх с 3 и 4 длинами волн (Nonin Medical, Плимут, Миннесота). Прибор использует аналогичную для таковых систем мониторинга технологию. Бифронтальные оптоды были помещены на кожу головы с расстоянием между оптодами 4-5 см.

Результаты. Средние значения CBF, установленные при ПКТ, составили: $51,2 \pm 21,28$ мл/100 г/мин ($N=43,6-76,4$ мл/100 г/мин) для левого полушария; и $50,2 \pm 21,21$ мл/100 г/мин ($N=43,4-77,4$ мл/100 г/мин) для правого полушария. Средние CBV составили $3,25 \pm 1,04$ мл ($N=2,34-3,93$ мл) для левого полушария и $3,27 \pm 1,00$ мл ($N=2,29-4,48$ мл) для правого. Среднее значение МТТ составило $3,32 \pm 0,7$ с ($N=3,01-3,78$ секунды) для левой и $3,45 \pm 0,837$ с ($N=3,01-4,22$ с) для правой. Данные, собранные NIRS мониторингом, были следующими: среднее значение для левой фронтальной оксиметрии составило $70,5 \pm 9,02$ оксиметрических единиц ($N=60-87$), и $70,2 \pm 10,7$ оксиметрических единиц ($N=56-84$) для правой. Линейный регрессионный анализ продемонстрировал статистически значимое значение вероятности при сравнении показателей фронтальной оксиметрии и значений CBF. Была показана линейная корреляция измерений оксигенации головного мозга во фронтальной NIRS с регионарным CBF при ПКТ ($p < 0,0001$).

Заключение. Фронтальное измерение церебральной оксигенации (NIRS brain) может служить полезным, неинвазивным инструментом мониторинга прямой оценки оксигенации мозга на периперативных этапах в сердечно-сосудистой хирургии. В случаях выявления неврологической симптоматики в раннем послеоперационном периоде после кардиохирургических операций, определяемых с помощью NIRS мониторинга, рекомендуется проведение ПКТ, при которой выявляются очаги инсульта и устанавливается их генез.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ ПОЛОСТИ

Дильдабеков Ж.Б.^{1,2}, Абдурахманов Б.А.^{1,2},
Аймагамбетов М.Б.¹, Астанаев А.К.¹, Садыков Т.К.¹,
Сапарбеков А.Д.¹

¹ГКП на ПХВ «Областная клиническая больница УОЗ Туркестанской области», ²АО «Южно-Казахстанская медицинская академия», г. Шымкент, Казахстан

Цель работы – оценить диагностические возможности видеоторакоскопии при патологии органов грудной клетки и провести сравнительный анализ результатов видеоторакоскопических и открытых вмешательств в тактике лечения больных.

Материалы и методы. Анализируется опыт хирургического лечения 272 больных в возрасте от 18 до 72 лет с различными заболеваниями органов грудной полости. Всем больным при поступлении проводились исследования общеклинических показателей крови, биохимические исследования, рентгенография и компьютерная томография органов грудной полости, фибро-бронхоскопия, эзофагогастродуоденофиброскопия и по показаниям эхокардиография, доплеровская эхография сосудов нижних конечностей, эхография органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

Видеоторакоскопические вмешательства (ВТВ) проведены 118 (43,4%) больным, традиционные вмешательства (ТВ) посредством торакотомии 154 (56,6%) пациентам. При этом 7 больным с подозрением на плеврит туберкулезной этиологии проведена ВТВ с санацией и эвакуацией экссудата, и взятие биопсии; у 12 пациентов с диагнозом «Неспецифический плеврит» проведены ВТВ, удаление плеврита, взятие биопсии. Из 6 больных с подозрением опухолевое поражение плевры – у 5 проведена ВТВ, декортикация, плеврэктомию и у 1 больного – традиционная торакотомия. В 43 наблюдениях произведена операция видеоторакоскопия, ушивание булл миниторакотомным доступом с диагнозом буллезная эмфизема, осложненная спонтанным пневмотораксом. Из 17 больных с диагнозом на периферическое доброкачественное новообразование легких – у 8 произведена видеоторакоскопическая операция с атипичной резекцией легкого вместе с опухолью, у 9 больных – традиционная операция с удалением опухоли. Из 68 больных с травмами и ранениями грудной клетки у 12 проведены видеоторакоскопия, удаление гемоторакса, остановка места кровотечения, санация и дренирование плевральной полости, у 56 вмешательство проведено посредством традиционной торакотомии. У 4 пациентов из 5 с диагнозом новообразование средостения произведена операция видеоторакоскопия, удаление образования средостения, у 1 – путем традиционной торакотомии. Из 14 больных с диагнозом кистозная гипоплазия и бронхоэктазы у 4 проведена ВТВ с атипичной резекцией легкого, у 10 – ТВ. Из 70 больных с диагнозом эхинококкоз легких – у 8 произведена ВТВ с эхинококкэктомией и ликвидацией остаточной полости, у 62 – традиционная торакотомия с последующей эхинококкэктомией.

Результаты. В послеоперационном периоде у 11 (9,3%) больных отмечены осложнения в виде гидроторакса, у 7 (5,9%) – пневмоторакс, которые нивелированы проведением плевральных пункций и консервативных мероприятий. Установленные дренажные трубки из плевральной полости удалены на 3-е сутки после операции у 90 больных (76,3%), на 5-е сутки у 20 больных (16,9%) и на 7-е сутки у 8 больных (6,8%). Нагноение операционной раны отмечены у 2 (1,7%) больных, в остальных наблюдениях отмечены заживление первичным натяжением. По результатам патогистологических исследований атипичные клетки выявлены у 7 (5,9%), клетки Пирогова-Ланганса – у 2 (1,7%). Летальных исходов в наших наблюдениях не было.

Заключение. Сравнительный анализ косвенных данных травматичности перенесенной операции позволяет утверждать о менее выраженности хирургического стресса у больных после

применения эндовидеохирургических технологий. Уровень качества жизни по всем показателям в группе торакоскопически оперированных больных в позднем послеоперационном периоде достоверно выше, чем в группе оперированных традиционным методом.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ В ЛЕЧЕНИИ ФИБРОМИОМ МАТКИ

Дильдабеков Ж.Б.^{1,2}, Абдурахманов Б.А.^{1,2},
Аймагамбетов М.Б.¹, Гульметов С.И.¹

¹ГКП на ПХВ «Областная клиническая больница УОЗ Туркестанской области», ²АО «Южно-Казахстанская медицинская академия», г. Шымкент, Казахстан

Цель работы – изучение результатов эмболизации маточных артерий (ЭМА) у больных фибромиомами матки (ФМ).

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 56 больных ФМ в возрасте от 24 до 59 лет с применением ЭМА. Показаниями к оперативному лечению явились: субмукозные и интрамурально-субсерозные ФМ с диаметром узла до 5-8 см, женщины с симптомными ФМ, отказывающиеся от операции, а также симптомные ФМ в сочетании с тяжелой сопутствующей патологией. Абсолютными противопоказаниями к вмешательству явились: острая инфекция, злокачественные опухоли матки. Непереносимость контрастных препаратов, тяжелые коагулопатии и хронические воспалительные заболевания придатков матки мы считаем относительными противопоказаниями. В качестве эмболизирующего материала применяли гемостатическую губку и стандартные биосферы из ПВА размерами частиц 700-900 мкм и 900-1200 мкм. Методика заключалась в следующем: пунктировали бедренную артерию по Сельдингеру, чаще правой, с последующей селективной последовательной катетеризацией маточных артерий сначала левой, затем правой, с помощью катетера 4-5 F (Cordis). Во всех наблюдениях удалось успешно произвести ЭМА.

Результаты. При динамическом осмотре оперированных больных в сроки от 3 мес. до 36 мес. с проведением эхографического контроля во всех наблюдениях отмечена полная резорбция миоматозных узлов. В 2 наблюдениях отмечено наступление аменореи в связи с эмболизацией яичниковых артерий. В послеоперационном периоде отмечено возникновение постэмболизационного синдрома: боли (n=27), тошнота и рвота в первые сутки (n=18), лихорадка менее 38°C до 1 недели (n=8), умеренный лейкоцитоз на 3-4 сутки (n=7). Все эти осложнения купированы консервативными мероприятиями. В 3-х случаях через 1 год после процедуры у пациенток наступила беременность, течение беременности было без особенностей и они завершили физиологическими родами в сроки 39-40 недель, живым, доношенным плодом (в 1 случае родился мальчик, в 2 случаях девочка).

Заключение. Таким образом, как показал наш опыт, эмболизация маточных артерий является не только эффективным, органосохраняющим и мининвазивным методом лечения ФМ, но и альтернативой существующим традиционным хирургическим вмешательствам.

ТАКТИКА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ЧРЕЗМЫЩЕЛКОВЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ

Дуйсенов Н.Б., Кожуханов Б.К.,
Сукбаев Д.Д., Исаев Н.Н.

Казахстанско-Российский медицинский университет,
г. Алматы, Республика Казахстан

Актуальность. Переломы костей верхней конечности у детей, по частоте, разнообразию, количеству и тяжести осложненный занимают первое место среди всех повреждений костно-суставной системы у детей. Из всего количества переломов от 3% до 16% составляет доля чрезмыщелковых переломов, при этом у детей до 7 лет эта доля составляет 30%. Необходимо отметить, что из всех травм локтевого сустава, на чрезмыщелковые переломы приходится до 60%, что представляет высокую актуальность этой проблемы в детской травматологии и ортопедии.

Однако, не все методы как консервативного, так и оперативного лечения чрезмыщелковых переломов у детей, приводят к удовлетворительному результату лечения. Это приводит к формированию деформаций, анкилозов и последующему многоэтапному оперативному лечению и инвалидности ребенка. Актуальность темы привела нас к необходимости систематизации данных и выбору оптимального метода лечения чрезмыщелковых переломов у детей.

Цель исследования - улучшение результатов лечения детей с чрезмыщелковыми переломами путем формирования системы консервативного и оперативного лечения в клинической практике.

Материалы и методы. На базе Центра детской неотложной медицинской помощи г. Алматы, а также Городской детской клинической больницы №2 г. Алматы, производилось лечение больных с чрезмыщелковыми переломами у детей до 18 лет. Всего за период с январь по июль 2022 года было 44 пациента. Мальчиков 25, девочек 19. С чрезмыщелковыми переломами детей дошкольного возраста (до 6 лет) было – 14, младшего школьного возраста (с 6 до 10 лет) – 10, в возрасте 10-14 лет – 11, и в старшем школьном возрасте поступило – 9 больных.

В данную группу входят дети и подростки, у которых имеет место быть значительное смещение в 2 или 3 плоскостях с потерей контакта между костными фрагментами. При данном типе чрезмыщелкового перелома показано оперативное лечение.

Нами используются 3 основные методики:

Проведение закрытого вправления отломков под ЭОП, металлоостеосинтез спицами (25). Данная методика наиболее малоинвазивная, малотравматичная, и дает большой процент эффективности оперативного лечения.

Проведение открытого вправления (7), с использованием ЭОП, и последующем остеосинтезе спицами или реконструктивной пластиной. В данном случае, сопоставление отломков производится под визуальным контролем. Данная методика применяется при многооскольчатых переломах, а также при сроках давности перелома от 6 до 20 дней, когда начинается первичное сращение в неправильном положении.

Проведение закрытого вправления отломков под ЭОП, металлоостеосинтез аппаратом компрессионно-дистракционного остеосинтеза (12). Данная методика используется при тяжелых чрезмыщелковых переломах, а также при наличии остаточного

смещения по месту перелома. С помощью аппарата чрезкостного остеосинтеза осуществляется коррекция остаточной деформации дистального метадиафиза плечевой кости

Результаты. Оценка результатов лечения больных проводилась по разработанной нами шкале «Система оценки функционального состояния конечности при их повреждениях у детей и подростков» (Дуйсенов Н.Б. 2018).

По результатам обследования до начала лечения состояние декомпенсации выявлено у 8 пациентов с Т- и U-образными чрезмыщелковыми переломами (интегральный показатель 1,72 балла), субкомпенсации у 36 детей (интегральный показатель $3,5 \pm 0,43$ балла), компенсации не было.

При повторном тестировании после лечения и курса реабилитации отмечен прирост интегрального показателя в пределах 1–2 баллов: декомпенсация не выявлена, субкомпенсация у 9 детей, у которых отмечалось ограничение движений в локтевом суставе (интегральный показатель $3,6 \pm 0,37$ балла), компенсация у 35 (ИП $4,4 \pm 0,27$) больных.

Полученные результаты лечения свидетельствуют о преимуществах проводимой системы консервативного и оперативного лечения, а также последующей реабилитации детей с чрезмыщелковыми переломами плечевой кости.

Выводы. Таким образом, в результате проведенного хирургического лечения детей с чрезмыщелковыми переломами плечевой кости у детей, отмечены преимущества предложенной нами тактики оперативной коррекции, так как повышается надежность и стабильность фиксации костных фрагментов. Все это позволяет сократить время необходимое для реабилитации этой группы детей.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КСЕНОДЕРМЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ РАН ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Екибаев Т.Р.¹, Нуралин Р.Ш.²,
Пашимов М.О.¹, Даниярова Л.Б.¹

¹НИИ кардиологии и внутренних болезней, г. Алматы, Казахстан, ²Центр «Диабетическая стопа», г. Алматы, Казахстан

Цель работы – изучение эффективности и безопасности ксенодермотрансплантатов (КДТ) на основе кожи речной форели (КРФ) для лечения длительно незаживающих язв и ран нижних конечностей (ЯРНК) у больных СД.

Материалы и методы. Проведено проспективное исследование 24 больных СД с длительно незаживающими язвами и ранами нижних конечностей на базе Центра «Диабетическая стопа», г. Алматы и кабинета «Диабетическая стопа» НИИ кардиологии и внутренних болезней. Контрольная группа - 10 больных. Для клинического изучения был использован стерилизованный и консервированный в глицерине КДТ на основе КРФ. Для изучения эффективности лечения проводили наблюдения за динамикой изменений в зоне поражения. Проводилось микробиологическое изучение отделяемого с раны. Использовали планиметрический метод Поповой Л.Н. с вычислением процента уменьшения площади раневой поверхности. Цитологическое исследование по методу Покровской Т.М.

Результаты. Клиническое действие КРФ было изучено у 14 больных СД. Площадь раневой поверхности у исследуемых больных составляла от 189,76 мм² до 8451,82 мм².

В морфологической картине на 10-11 сутки, общее количество клеток уменьшилось, возросла их жизнеспособность, количество разрушенных лейкоцитов снизилось. Процент нейтрофилов в ране в этот период был минимальным, а показатели числа лимфоцитов незначительно возросли, тогда как, число макрофагов, увеличилось в 1,75 раз и достигло наибольших значений, фибробластов в 6 раз в сравнении с исходными данными, а эпителиальных клеток в 8 раз.

На 20-21 сутки общее количество свободно лежащих клеток в ране значительно возросло. Наблюдались пласты эпителиоцитов. Среднее количество нейтрофилов к 18 суткам лечения вернулся к исходному уровню, а процент клеточных элементов в ране сократился. Внутриклеточно микрофлора находилась в небольшом количестве.

При использовании КДТ на основе КРФ на 20-21 сутки развитие грануляционной ткани и появление очагов эпителизации отмечали у всех пациентов. Скорость заживления составляла $20,89 \pm 3,3\%$ в сутки. Уменьшение размеров раны в 2 раза отмечено у 2 (14,29%) больных в сроки от 7 до 14 суток. Полное заживление ран достигли у 21,42% больных с площадью ран: до 1000 мм² в сроки от 2 до 4 недель.

Заключение. Местное применение КДТ на основе КРФ в комплексном лечении ЯРНК при СД позволяет достоверно ускорить заживление 2,3 раза ($p < 0,05$). Результаты морфологической картины применения КДТ на основе КРФ свидетельствовали об активном регенераторном процессе в ране. Результаты проведенных исследований свидетельствуют о перспективности дальнейшего изучения применения данного метода в более крупном, рандомизированном и контролируемом испытании.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПОЯСНИЧНАЯ СИМПАТЭКТОМИЯ ПРИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ С ТРОФИЧЕСКИМИ И ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ

Ержанов О.Н., Варнавский Т.Н.,
Нурканов М.О., Балыкбаева А.М.

ГКП на ПХВ «Многопрофильная областная №2» УОЗ Акмолинской области, г. Астана, Казахстан

Актуальность. Диабетические ангиопатии с дистальными формами атеросклеротического поражения артерии нижних конечностей с трофическими и гнойно-некротическими осложнениями составляют до 20% среди всех видов сердечно-сосудистых заболеваний и встречаются в 2-3% населения.

Цель работы – оптимизировать результаты при критической ишемии нижних конечностей у больных сахарным диабетом с трофическими и гнойно-некротическими осложнениями.

Материалы и методы. С 2017 года в хирургическом отделении внедрена техника открытой и эндоскопической поясничной симпатэктомии (ЭПСЭ). За период с 2017 по 2023 г.

пролечены 90 пациентов. Мужчин 45 (50%), женщин 45 (50%) в возрасте от 31 до 80 лет ($63,2 \pm 12,1$ лет). 25 (27,7%) больных с хронической ишемией нижних конечностей (ХИНК) 2Б ст., по классификации Фонтейн-Покровский, 48 (53,3%) больных с ХИНК 3 ст., 17 (18,8%) пациентов с ХИНК 4 ст. У 35 (38,8 %) больных +признаки поражения сосудов отмечались преимущественно слева, у 25 (27,7%) – справа, у 20 (22,2%) – процесс наблюдался с обеих сторон. Больные были разделены на три группы. В I группу включены 30 больных в лечении которых использовали традиционное лечение, во II группу - 30 пациентов, в лечении которых использовали ЭПСЭ. В III группу - 30 больных в лечении которых использовали традиционную открытую поясничную симпатэктомию. Показания к проведению поясничной симпатэктомии: диабетические ангиопатии с дистальными формами атеросклеротического поражения артерии нижних конечностей с трофическими и гнойно-некротическими осложнениями; гемодинамически значимые стенозы обеих поверхностных бедренных артерий в сочетании с дистальным поражением артерий голени и развитием хронической ишемии нижних конечностей III стадии, облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей, дистальная форма поражения; облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей, в сочетании с реконструктивными операциями на артериях нижних конечностей и аорте; диабетическая макро и микроангиопатия сосудов нижних конечностей; облитерирующий эндартериит, тромбангиит, неспецифический аортоартериит; недостаточная эффективность проводимой вазоактивной консервативной терапии с вазопростаном, курса гипербарической оксигенации, бесперспективность реконструктивной операции.

Результаты. Использование ЭПСЭ сокращает продолжительность операции до 15-30 минут (в среднем составляет 20 минут), что позволяет уменьшить использование наркотических препаратов и продолжительность наркоза, способствуя ранней активизации пациентов в послеоперационном периоде и сокращает пребывание пациентов в стационаре. Послеоперационный койко-день составил 3 (2–4) дня. После ЭПСЭ осложнений не было.

В I группе всем пациентам произведена ампутация нижних конечностей на уровне средней трети бедра. Летальность составила 10%. Во I и III группах летальность составила 3,3%. В отличие от пациентов из II группы пациентам III группы было выполнено вмешательство открытым способом. Продолжительность операции 35–50 минут (в среднем 45 минут). В III группе зафиксировано 2 осложнения - забрюшинная гематома, флегмона забрюшинного пространства. Послеоперационный койко-день составил 10 (8–14) дней.

Выводы. Таким образом, симпатэктомию в изолированном виде устраняет спастический компонент заболевания, замедляет прогрессирование ишемического процесса. Применение видеоэндоскопической техники при проведении симпатэктомии значительно уменьшает травматичность и продолжительность операции, позволяет избежать послеоперационных осложнений, способствует сокращению послеоперационного периода и раннему восстановлению пациента. ЭПСЭ может быть рекомендована как самостоятельный метод лечения, так и в дополнение к реконструктивным операциям.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ С ХОБЛ

Ешмуратов Т.Ш., Акимниязова Б.Б., Таменов И.Ж., Сатаев А.И., Шубаткалиева Н.К.

ТОО «Институт хирургии», г. Алматы, Казахстан

Введение. Сочетание хирургических заболеваний органов грудной клетки с ХОБЛ является бременем как для пациента, так и для хирурга в связи с высоким процентом послеоперационных осложнений. По данным ВОЗ – ХОБЛ занимает третье место в мире среди ведущих причин смертности и в структуре противопоказаний или отказов от операции в плановом порядке является одной из ведущих причин по данным различных источников.

Цель исследования - улучшение результатов хирургического лечения сочетанной патологии органов грудной клетки с ХОБЛ путем оптимизации периоперационного периода.

Материалы и методы. Проведен ретро- и проспективный анализ истории болезней пациентов, находившихся на стационарном лечении в ТОО «Институт хирургии» с 2016 по 2023 г., с сочетанной патологией – ХОБЛ и очаговые образования легких, средостения, и болезни диафрагмы. Всего пролечено 51 пациента, из них 11 женщин и 40 мужчин в возрасте от 18 до 70 лет (средний возраст 55 ± 5 лет). Наличие показаний к оперативному лечению выставлен на основании данных компьютерной томографии органов грудной клетке, ХОБЛ уточнен на основании анамнестических, клинко-инструментальных данных, по диспансерному учету.

Результаты. Всем пациентам проведены оперативные вмешательства в плановом порядке. Пациенты условно разделены на 2 группы. 1 группа - проводилась стандартная предоперационная подготовка, включала 16 пациентов со следующими патологиями: периферическое новообразование легкого - 8 пациентов, тимома – 3, бронхоэктатическая болезнь – 2, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы – 2, хронический абсцесс легкого – 1. 2 группа - проводилась расширенная предоперационная подготовка; включала 35 пациентов, со следующими патологиями: периферическое новообразование легкого (плоскоклеточный рак, аденокарцинома) - 21 пациентов, бронхоэктатическая болезнь - 3, тимома – 2, хронический абсцесс легкого - 1, плеврит - 3, аспергиллез - 2, киста средостения - 1, грыжа пищеводного отверстия пищевода - 1, артерио-венозная мальформация – 1.

Стандартная предоперационная подготовка включала в себя: объективные данные (аускультативная картина, уровень неинвазивной сатурации), исследование функции внешнего дыхания (спирометрия) - коррекция показателей.

Объем стандартной предоперационной подготовки расширен включением следующих критерии: 1. Анкетирование по ХОБЛ; 2. Определение индекса курильщика; 3. Базисная бронходилатационная терапия - обучение, приверженность и контроль; 4. Тренировка на инновационном тренажере для дыхательной мускулатуры; 5. Отказ от курения; 6. Контроль ходьбы по шагомеру; 6. Коррекция уровня витамина Д.

Интраоперационных осложнениях в обеих группах исследований не наблюдались.

Послеоперационные осложнения в 1 группе имели следующий характер: обострения ХОБЛ в раннем послеоперационном периоде (7-43%) - вынужденное назначение ГКС терапии, базисной ингаляционной бронхолитической терапии; пневмоторакс за счет отсутствия адекватного расправления легкого (2-12,5%) – использование аппарата активной аспирации; нарастание болевого синдрома (у этих же 9 пациентов) - длительное использование наркотических анальгетиков.

Послеоперационные осложнения во 2 группе имели минимальный характер - подкожная эмфизема грудной клетки (2-5,7%).

Отдаленные результаты изучены у 100% пациентов, за счет оптимизации послеоперационного мониторинга, первый осмотр после выписки – через 1 неделю, затем – через 1,3,6 и 12 месяцев. 45 (88%) пациентов отказались от курения, что является основным фактором развития осложнений ХОБЛ, у 50 (98%) пациентов улучшились показатели функции внешнего дыхания по спирометрическим данным, у 35 (68%) пациентов – снижение веса на ± 5 кг/месяц, у 50 (98%) пациентов достигнут нормальный уровень витамина Д.

Единственным недостатком расширенной предоперационной подготовки можно считать увеличение длительности дооперационного периода, однако в сравнении с результатами контрольных обследований и итоговых результатов, при наличии возможности со стороны хирургической патологии, это считается допустимой мерой.

Заключение. На данный момент в медицине не существует стандартов и клинических рекомендаций по объему диагностических мероприятий и коррекции вентиляционных нарушений у больных с ХОБЛ в сочетании с другими заболеваниями органов грудной клетки на предоперационном этапе. В связи с этим в качестве рекомендации следует обратить внимание врачей на разработку диагностического алгоритма, повышающего точность выявления бронхообструктивного синдрома, особенно на ранних стадиях ХОБЛ, изучение риска оперативного вмешательства, а также компенсации респираторных нарушений с использованием современной комплексной терапии.

КЕУДЕ ДЕФОРМАЦИЯСЫНЫҢ NUSS БОЙЫНША ХИРУРГИЯЛЫҚ КОРРЕКЦИЯСЫНЫҢ КӨРСЕТКІШТЕРІ

**Ешмуратов Т.Ш., Акимниязова Б.Б., Таменов И.Ж.,
Сатаев А.И., Шубаткалиева Н.К.**

ТОО «Институт хирургии», г. Алматы, Казахстан

Кіріспе. Кеуде деформациясы - төс сүйегінің төменгі үштен бірінің, жартысының артқы депрессиясы және қабырға шеміршектерінің артқа ауытқуы, әдетте үшінші және сегізінші қабырғалар арасында пайда болады. Кеуде қуысының деформациясы 1000 балаға шаққан 1-де кездеседі (ДДСҰ 2020 жыл).

Жұмыстың мақсаты - кеуде деформациясының NUSS бойынша хирургиялық коррекциясының көрсеткіштерін бағалау.

Материалдар және әдістері. «Хирургия Институтында» кеуде хирургиясы және пульмонология бөлімінде 2016-2023

жылдар аралығында NUSS бойынша видеоторакоскопиялық стернопластикалық оталар жасалынған науқастардың ауру тарихына ретроспективті анализ жүргізілді. Зерттеуде 41 науқастың ауру тарихына талдау жүргізілді, оның ішінде әйелдер – 13, ерлер – 28. Жас ерекшелігі әйелдер 7 ± 40 жас, ерлер 6 ± 30 жас. 1 - этап – 31 науқасқа, 2 - этап – 10 науқасқа жасалынды.

Нәтижелері. Зерттеу барысында 41 науқастың ауру тарихының талдауын барысында 38 науқаста деформация туа біткен, 3 науқаста жүре пайда болған (негізгі себептері рахит, сколиоз, қабырға остеомиелиті, қабырға ісіктері). Науқастардың негізгі шағымы - физикалық жүктеме кезіндегі еңтігу (68%), кеуде аймағындағы ауырсыну сезімі (55%), әлсіздік (62%), тез шаршағыштық (43%), жүрек соғысының жиілеуі (38%) анықталған. Тірек қимыл жүйесінің бұзылуы – 17 науқаста, 1-2 дәрежелі сколиоз - 5 науқаста анықталған. Зерттеулерді талдай отырып, кеуде деформациясы бойынша науқастардың жасы ең үлкен - 28-30 жас аралығы белгіленген, бұл көрсеткіш біздің зерттеуде – 40 жас. Асқынулары: зерттеуде отадан кейінгі кезеңдегі пневмоторакс (1 науқас 2,4%) және металл пластинаның орынынан жылжуы анықталған (1 науқас 2,4%). Қан жоғалту – ота кезінде және отадан кейінгі кезеңде науқастарда анықталмады. Ота уақытының қысқаруы – салыстырмалы түрде біздің хирургиялық бригаданың нәтижесі - 1 сағаттан 35-30 минутқа дейін қысқарған. Отадан кейін науқастарды ерте белсендіруге мүмкіндік жоғары, себебі ауру сезімі қысқа уақыт және наркотикалық анальгетиктер аз уақыт қолданды. Науқастың ауруханада ем алу күнінің қысқаруы (7 күннен 4-5 күнге қысқарған). Науқастарды қашықтықтан бақылау 1, 3, 6, 12 ай сайын жүргізілді, нәтижесінде кеуде деформациясының коррекциясы 100%-ға жетті. Деформация рецидиві анықталмады.

Қорытынды. NUSS бойынша видеоторакоскопия ойыс кеуде деформациясының хирургиялық емінде үлкен нәтиже көрсетті, оның дәлелі - деформация рецидив жиілігінің азаюы. Жоғары жасты науқастар бүгінгі таңда қарсы көрсеткіштерге жатпайды.

ДЕРМАТОМНАЯ КОЖНАЯ ПЛАСТИКА ПРИ ЗАКРЫТИИ РАНЕВЫХ ДЕФЕКТОВ У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ОТМОРОЖЕНИЯ

**Жамашев Д.К., Желдибаев Е.М., Алимжанов А.К.,
Головня М.А., Калымбетов Б.Б., Байкубесов К.Б.**

*Городская больница скорой неотложной помощи,
г. Алматы, Казахстан, Казахстанско-Российский медицинский
университет, г. Алматы, Казахстан*

Актуальность. К настоящему времени техника дерматомной пересадки кожи в основном усилиями специалистов – комбустиологов доведена до совершенства. Возможно, поэтому пострадавшие с травматическими дефектами кожи и мягких тканей довольно часто лечатся в ожоговых стационарах.

Цель работы. Имея 20-летний опыт оперативного лечения последствий отморожения Больнице скорой неотложной помощи г. Алматы, мы смогли выявить ряд особенностей дерматомной пересадки кожи.

Материал и методы. Свободная пересадка кожи на трав-

матические дефекты была выполнена 220 больным (мужчин – 180, женщин – 40) в возрасте от 25 до 75 лет. Больные доставлялись (переводились) в отделение из хирургического отделения, где производились ампутации на разных уровнях стоп и кисти, при некрозах мягких тканей производили отсроченные некрэктомии. Площадь травматических дефектов составляла от 10 до 700 см². Свободные пересадки кожи у всех больных выполнялись на гранулирующие раны в сроки от 21 до 70 суток с момента травмы. Подготовка ран к пластическому закрытию осуществлялась частой сменой повязок с различными лекарственными препаратами в зависимости от состояния раневого ложа. Остатки нежизнеспособных тканей удалялись механически, ежедневной сменой повязок с пастой Шнырева. Для подавления патогенной микрофлоры выполнялась ежедневная смена повязок с антисептическими растворами (фурацилин, хлоргексидин, повидон-йод, мирамистин и др.). Степень готовности раневого ложа к восприятию кожного лоскута оценивалась визуально, противопоказанием для аутодермопластики считали наличие в ране б-гемолитического стрептококка и большую обсемененность ран микрофлорой. У подавляющего числа больных (90%) применяли сплошные кожные аутотрансплантаты.

Результаты. Большое значение для получения хороших функциональных и косметических результатов лечения имеет правильный выбор толщины срезаемого кожного лоскута. Если для закрытия ран функционально пассивных областей вполне достаточен лоскут толщиной 0,3–0,4 мм, то для закрытия области суставов используем лоскуты толщиной 0,5–0,6 мм, а на опорных и постоянно подвергающихся механическому воздействию поверхностях (стопа, ладонная поверхность кистей, культи бедер и голеней) используем аутотрансплантаты толщиной 0,7–0,8 мм. Сроки заживления донорских ран после среза лоскутов такой толщины увеличиваются до 3–3,5 недель вместо 1,5–2 недель при срезании более тонких трансплантатов. С целью улучшения приживления местно использовали раствор димексида разведенный с раствором фурациллина 1:3 и мазь гиоксизон.

Косметический и функциональный результат зависит также от сроков проведения аутодермопластики: чем раньше выполнено пластическое закрытие раневого дефекта, тем лучше результат лечения.

Выводы. При травматических дефектах кожи и мягких тканей свободную пересадку кожи следует считать методом выбора. Строгое и последовательное соблюдение принципов оперативного лечения позволяет добиваться хороших функциональных и косметических результатов лечения у большинства пострадавших.

НЕВРАЛГИЯ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

Зайтенова Г.Б., Изенбаев Н.Б., Джунусова Г.И., Мугалбаева М.А.

*Казахско-Российский медицинский университет,
г. Алматы, Казахстан*

Актуальность. Невралгия тройничного нерва в челюстно-лицевой хирургии является одной из актуальных моментов современной медицины. Среди невралгических заболеваний

лица - ведущее место занимает синдромы, вызванные поражением ветвей тройничного нерва, уступая по частоте лишь люмбалгиям и люмбоишалгиями. Диагностика этого заболевания осуществляется на основании изучения характерных клинических проявлениях в виде пароксизмальных болей на лице больного. Этиология невралгии тройничного нерва до сих пор не установлена. Настоящее время общепринятой является точка зрения о решающей роли в происхождении НТН, сдавления корешка пятого нерва в месте его выхода в мозговую пост патологически извитым кровеносным сосудом, который встречается в 88% наблюдений. В последние годы появились сообщения (Р.Р. Ахмеров, с соавт, 2016) об успешном использовании аутологичной плазмы при различных патологиях. Как указывают авторы, аутологичная плазма способствует восстановлению обменных процессов, улучшает микроциркуляцию и метаболизм в клетках тканей, нормализует тканевое дыхание. Перечисленные выше свойства тромбоцитарной аутоплазмы, позволили нам использовать ее в лечении невралгии тройничного нерва.

Цель исследования - оценка эффективности применения аутологичной тромбоцитарной плазмы при лечении невралгии тройничного нерва.

Материалы и методы. Проводили лечение невралгии тройничного путем введения аутологичной тромбоцитарной плазмы с анестетиком у выхода 2, 3-й ветвей тройничного нерва у основании черепа. Метод получения аутоплазмы был следующий: кровь из вены получали, используя специализированные пробирки Plasmolifting 8.5 ml (стерильные, содержащие гепарин натрия) с использованием венозных катетеров (катетора – бабочки). Полученную в пробирке кровь, центрифугировали в настольной центрифуге 80 – 25 КНР с режимом 3000 об/мин в течение 5 минут. Процедуру проводили 3 раза в неделю, всего до 7 – 8 инъекций. Кроме инъекционного лечения, всем больным с невралгией тройничного нерва проводили комплексную стандартную терапию. Обследовано 30 больных с невралгией и невритом тройничного нерва, находившихся на лечении в ГКБ №5 в челюстно-лицевом отделении с 2019 по 2022 г. Обследование и комплексное лечение проводилось в остром периоде заболевания с последующим наблюдением. 5 обследовались повторно. Один из них с невротией тройничного нерва. На примере 30 больных с заболеваниями тройничного нерва будут рассмотрены вопросы лечения. Среди актуальные вопросы хирургической стоматологии и дентальной имплантологии 28 обследованных больных мужчин – 12 (40%), женщин - 18 (60%). Средний возраст, как невралгий, так и неврита у мужчин составил 45±0,6 года, женщин – 47 лет, интервал – от 36 до 45 лет. Продолжительность болезни у 6 больных значительная, от 1 до 10 лет, у 7 – наблюдалось и более длительное течение- от 21 до 36 лет. Правосторонняя невралгия наблюдалась в 18 (60%) случаях, левосторонняя – в 12 (40%) случаях. Случаев с двусторонней невралгией не наблюдалось. Наиболее часто отмечалось, сочетание второй и третьей ветви тройничного нерва 12 (40%). 8 больных – (26,7%), изолированное: второй ветви - 10 (33,3%) и третьей – 8 больных – 26,7%).

Заключение. Таким образом, введение в комплексное лечение НТН аутологичной плазмы, обладающей противоотечным, противовоспалительным действием, уменьшает частоту и интенсивность болевых приступов, т.е. улучшает качество жизни больных. Кроме того, у больных время наступления присту-

пов было короче. Универсальный механизм действия, простота и дешевизна получения плазмы, обогащенной тромбоцитарными факторами, позволили нам рекомендовать ее при комплексной терапии невралгии тройничного нерва

НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ВИСОЧНО – НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ СУСТАВОВ

Зайтенова Г.Б., Изенбаев Н.Б., Джунусова Г.И., Мугалбаева М.А.

Казахско-Российский медицинский университет, г. Алматы, Казахстан

Актуальность. Нарушение функции височно–нижнечелюстных суставов обусловлена возросшей распространенности данной патологии и недостаточной эффективности традиционных методов лечения. По этому поводу многие авторы высказывали различные точки зрения по поводу этиологии, патогенеза и клиники заболеваний. Эти вопросы остаются спорными и на сегодняшний день.

Цель работы - уточнение этиологической природы нарушение функции височно–нижнечелюстного сустава.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 42 человека с нарушением функции височно – нижнечелюстных суставов, в возрасте от 14 до 50 лет с 2019 по 2022гг. Обследование проводили по обще принятым методом со сбора анамнеза. Клиническое обследование начинали с полости рта, изучали движение нижней челюсти, что туда входило движение нижней челюсти в разных направлениях, отмечали степень открывание рта. При наружной и внутренней пальпации область суставов определяли характер экскурсии суставных головок, а также оценивали состояние жевательных мышц в покое и во время движения челюсти.

Результаты. На основании наших наблюдении во время опроса и клинического осмотра больных выявлены предположительные причины и установлены возникновения дисфункции височно – нижнечелюстных суставов. Это зубочелюстные аномалии (глубокое резцовое перекрытие 10 (23,8%), аномалия положения отдельных зубов – 15 (35,7%), открытый прикус - 6 (14,3%), сужение челюстей и зубных дуг - 6 (14,3), отсутствие моляров – 5 (11,90%), а также отмечено вредная привычка двигать нижней челюстью в разные стороны).

Клиническая картина складывалась из жалоб больных и данных обследования. Жалобы были следующие: щелканье, хруст в суставах, которые временами проходили самостоятельно и вновь появлялись, боль, ограниченное или затрудненное открывание рта, привычный вывих, односторонняя головная боль, понижение слуха или чувство присутствие жидкости в ухе. Боль появлялась самопроизвольно или при прикосновении, надавливании на суставы, смещении челюсти в сторону, напряжение жевательных мышц. При пальпации определялось движение суставных головок во время открывания рта было толчкообразное или волнообразное, скованное, а также смещение нижней челюсти в сторону.

Заключение. Таким образом, установлена взаимосвязь нарушения функции височно-нижнечелюстных суставов и зубочелюстных аномалий. Подтверждается сходство клиники с артропатией.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ БАЛЛОННОЙ МИТРАЛЬНОЙ ВАЛЬВУЛОПЛАСТИКИ ТОЛЬКО ПОД ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ КОНТРОЛЕМ

Зуфаров М.М., Им В.М., Хамдамов С.К.

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

Актуальность. Стеноз митрального отверстия – это сужение левого атрио-вентрикулярного отверстия, возникшее в результате ревматического кардита, приводящее к увеличению давления в левом предсердии, застою в малом круге кровообращения и легочной гипертензии с перегрузкой правых отделов сердца. В настоящее время, наряду с кардиохирургическими методами лечения, наибольшее распространение получил чрезбедренный трансвенозный антеградный метод баллонной митральной вальвулопластики стеноза митрального отверстия (СМО), впервые предложенный K.Inoue с соавт. (1984). При этом, малоинвазивные эндоваскулярные вмешательства являются сложными процедурами, которые проводятся с применением рентгеноскопического излучения в специально оборудованных ангиографических операционных. БМВ также может сопровождаться высокой дозой радиации для больного и врача. С целью снижения негативного влияния лучевой нагрузки и количества применяемого контрастного вещества, рядом исследователей были проведены эндоваскулярные вмешательства под ЭхоКГ контролем без применения рентгена. В работах Liu с соавт., были проведены БМВ только под контролем трансторакальной ЭхоКГ с хорошими непосредственными и отдаленными результатами. БМВ под контролем ЭхоКГ является методом, подходящим для беременных женщин, лиц с аллергией на йод, ХПН и тем, кому следует избегать рентгеновского облучения. Не стоит забывать и о возможности осложнений у больных с почечной недостаточностью.

Цель работы – показать возможность выполнения БМВ под контролем ЭхоКГ без применения рентгеноскопии.

Клинический случай. Пациентка 63 лет, со СМО ревматической этиологии. Больная в течение многих лет страдает фибрилляцией предсердий (ФП). Наблюдалась у ревматолога. Принимала варфарин под контролем МНО. Степень сердечной недостаточности ФК III по NYHA. Анализы без особенностей. По данным трансторакального ЭхоКГ площадь митрального отверстия (МО) 1,4 см². ГД 25 мм рт.ст. На транспищеводной ЭхоКГ ушко ЛП без тромбов. Больной в ангиографической операционной под местной анестезией по специальной технологии была выполнена БМВ по методике Inoue под контролем трансторакальной ЭхоКГ без применения рентгена. Особое внимание занимало проведение транссептальной пункции и проведение с позиционированием баллонного катетера на митральном клапане. Каждый этап производился согласованно с эхокардиографистом. Произведено расширение баллона до 26 размера. При ЭхоКГ измерении было выявлено расширение МО до 1,7 см² с возникновением митральной регургитации до 1 степени, снижением градиента до 6 мм рт.ст. Результат расценен как хороший и

вмешательство было завершено. Время вмешательства составило 62 мин.

Послеоперационный период протекал гладко. На контрольной ЭхоКГ площадь МО составила 1,75 см². Митральная регургитация не превышала 1 степень. Градиент давления оставался в пределах 7 мм рт.ст. ФК сердечной недостаточности снизился с III до I по NYHA. Через два дня больная была выписана. После выписки пациентка наблюдалась в амбулаторном порядке. Через 1, 3 и 6 месяцев после процедуры параметры МК и клиническая выраженность СН оставались стабильными.

Вывод. Баллонная митральная вальвулопластика только под эхокардиографическим контролем является эффективным и достаточной безопасным методом лечения СМО и позволяет избежать негативного влияния рентгенизлучения и рентгенконтрастного вещества. Подобный подход позволяет избежать кардиохирургического вмешательства и сопутствующих ему общей анестезии, торакотомии, искусственного кровообращения. Также необходима подготовка вмешательства сердечной командой, включающей интервенционных кардиологов, кардиохирургов, врачей-эхокардиографистов и анестезиологов.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ БАЛЛОННОЙ МИТРАЛЬНОЙ ВАЛЬВУЛОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ С МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Зуфаров М.М., Им В.М., Хамдамов С.К.

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

Цель работы – оценка результатов баллонной митральной вальвулопластики (БМВ) по методике Inoue у больных со стенозом митрального отверстия (СМО), осложненного фибрилляцией предсердий (ФП).

Материал и методы. БМВ выполнена у 75 больных со СМО, осложненного ФП в возрасте от 16 до 54 лет (среднее 31,2±3,8). Мужчин было 8 (10,7%), женщин - 67 (89,3%). Всем пациентам для исключения тромбоза левого предсердия проводилась транспищеводная ЭхоКГ. У 14 (18,7%) пациентов исходно имелась регургитация на митральном клапане (МК) до I степени. В 2 (2,7%) случаях БМВ выполнена пациенткам с беременностью сроком от 24 до 28 недель. У 4 (5,3%) пациентов с отеком легких БМВ выполнена в экстренном порядке. Показанием к БМВ СМО являлись клинические проявления заболевания, уменьшение площади митрального отверстия до 1,5 см² и менее, трансмитральный градиент более 10 мм рт.ст. Противопоказанием для выполнения БМВ являлись регургитация на митральном клапане II степени и более, а так же тромбоз ЛП по данным транспищеводной ЭхоКГ. Для выполнения БМК во всех случаях использован доступ через правую бедренную вену. Были использованы баллонные катетеры диаметром от 24 до 28 мм. Для катетеризации ЛП выполнялась пункция межпредсердной перегородки в области овальной

ямки. Баллонная митральная вальвулопластика проводилась последовательно начиная с диаметра баллона от 24 мм с увеличением на 1 мм под контролем трансэзофагеальной ЭхоКГ на каждом этапе. Результат считался оптимальным при раскрытии одной или обеих комиссур МК до фиброзного кольца, расширении СМО более 1,5 см² при отсутствии или наличии регургитации на МК не более I степени.

Результаты. У 74 (98,7%) из 75 больных удалось произвести успешную БМВ. В 1 (1,3%) случае ошибочная пункция задней стенки правого предсердия не потребовала каких-либо вмешательств. У больных с ростом до 147 см использовали баллонный катетер № 24, от 148 до 160 см - № 26, от 161 до 180 см - № 28, более 180 см - № 30. По данным ЭхоКГ площадь митрального отверстия после БМВ увеличилась в среднем с 1,1±0,2 см² до 2,1±0,9 см² (p±0,05). Градиент давления на МК снизился в среднем с 19±2,4 до 8±1,7 мм рт.ст. (p±0,05). По данным интраоперационной тензиометрии систолическое давление в ЛП снизилось с 34±2,3 до 16±1,4 мм рт.ст., диастолическое - с 16±2,0 до 8,5±1,5 мм рт.ст., среднее - с 22±2,1 до 11±0,9 мм рт.ст. (p±0,05). У 21 (28,1%) пациента появилась регургитация на МК до I степени. У 8 (10,7%) пациентов с исходной регургитацией на МК до I степени увеличилась до II степени, у 1 (1,3%) - до III степени. У 25 (33,3%) пациентов с ФП давностью до 6 мес. выполнена дефибрилляция, синусовый ритм восстановлен в 22 (88,2%) случаях. После вмешательства у 73 (98,6%) из 74 (p±0,05) больных отмечено значительное улучшение клинического состояния, исчезли или уменьшились явления НК. У 1 больной с регургитацией на МК III степени отмечено незначительное улучшение клинической картины заболевания, она направлена кардиохирургам на открытую коррекцию порока. Все остальные больные в удовлетворительном состоянии выписаны домой с рекомендациями наблюдения и лечения у ревматолога по месту жительства. В 1 (1,3%) случае, несмотря на адекватное раскрытие митрального клапана, у пациентки с критическим митральным стенозом (0,4 см²) поступившей в крайне тяжелом состоянии на высоте отека легких, из-за прогрессирующей сердечной недостаточности наступил летальный исход.

Заключение. БМВ по методике Inoue у пациентов со стенозом митрального отверстия осложненного ФП является эффективным методом лечения у больных со СМО, что дает основание считать ее альтернативой хирургическим методам лечения.

АБДОМИНАЛЬНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В РАЗВИТИИ СЕПСИСА

**Ибадильдин А.С., Ли И.И., Исакова Т.А.,
Ибадильдина С.А.**

Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Казахстан

В настоящее время, вопросы своевременной диагностики и комплексной терапии сепсиса, продолжают активно изучаться у хирургических больных. Это обусловлено расширением диапазона хирургических операций, применением эндовидеоско-

пических вмешательств у лиц старшего возраста, коморбидностью заболеваний, изменением иммунного статуса.

Цель исследования - определить структуру хирургических заболеваний в группе больных с диагностированным сепсисом.

Материал и методы. Изучены результаты диагностики и лечения у 122 больных, находившихся в ОРИТ с верифицированным сепсисом. Из них 60 (49,2%) мужчин и 62 (50,8%) женщин. Преобладали больные старше 50 лет (40,1%). От 30 до 40 лет - 38,5%, от 17 до 30 лет - 21,4%. Наличие старшей возрастной группы обусловлено коморбидными заболеваниями, повышенным питанием, иногда ожирением, иммунным статусом. Болезни желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы, как причина сепсиса, диагностирована в 6,6% случаях. При хирургическом сепсисе, у наших больных было доминированное грамотрицательной флоры, зачастую мультирезистентной. Мультирезистентные штаммы грамотрицательной флоры, при тяжелом сепсисе, выделены почти в два раза чаще (64,6%) по сравнению с грамположительной (30,6%).

Для диагностики сепсиса использованы универсальные диагностические критерии ACCP/SCCM. Определение концентрации прокальцитонина в динамике было важным для дифференциальной диагностики и в качестве лабораторного показателя эффективности и адекватности терапии (элиминация возбудителя, адекватность лечения).

Результаты. Концентрация прокальцитонина показала достоверную разницу при тяжелом сепсисе ($12,5 \pm 3,5$ нг/мл) и септическим шоком ($33,6 \pm 1,91$ нг/мл). Анализ вида возбудителя инфекции и концентрации прокальцитонина корреляции между ними не выявлено. При сепсисе, у наших больных, в течение первых суток происходили метаболические нарушения, развитие сердечно-сосудистой недостаточности и ОПЛ/ОПДС. В последующем нарушение гомеостаза усиливались изменением функции других органов и систем. Использование шкалы APACHE 2 позволило определять исходную тяжесть, а динамику её по шкале SOFA. Изменение концентрации сывороточного альбумина, при прогнозируемой высокой летальности, диктует максимальный уровень лечения и мониторинга, для оперативной вариации лечения.

Заключение. Увеличение хирургического сепсиса обусловлено объективными и субъективными факторами. Специфичными маркерами диагностики, тяжести течения, прогнозирования, нашей группе больных, были уровни прокальцитонина, С-реактивный протеин, интерлейкины. Шкалы APACHE 2, SOFA, уменьшения содержания сывороточного альбумина показали свою объективность в прогностическом аспекте.

THE ROLE OF VIDEOLAPAROSCOPY IN THE COMPLEX TREATMENT OF COMPLICATIONS OF INTRAUTERINE CONTRACEPTION

Iskhakov N. B., Alijanov A. A.,
Iskhakov B. R., Robiddinov J. B.

*Namangan branch of the Republican emergency medical service,
Namangan, Uzbekistan*

Relevance. The advantages of intrauterine contraception and other methods (barrier, hormonal, chemical, and so on) are apparent. Nevertheless, with the introduction of an intrauterine device (IUD), complications such as endometritis, hyperpolymenorrhea can occur. One of the severe complications is perforation of the uterus with the exit of the spiral beyond its limits. This severe consequence is observed in 0,003–0,8% of patients, which, according to the WHO, corresponds to one case per 150–9000 injections.

The frequency of development of perforation of the uterus depends on many factors: the material from which the IUD is made, the shape, the individual anatomical features of the uterus of each patient, adherence to the technique, and the optimal timing of the introduction of the intrauterine device. Typical perforation sites are the fundus of the uterus, the cervical wall, and the angle between the cervix and the body of the uterus. (Kupina A.D., 2019).

The study aims to improve the treatment of patients with IUD expulsion into the abdominal cavity by using endo-video technology.

Material and methods. 2000 to 2020 There were 54 women with IUD expulsion into the abdominal cavity in the Namangan Branch of the Republican Emergency Medical Service (NBREMS). According to the age factor, the victims were distributed as follows: up to 19 years old - 11 (20,4%), from 19 to 44 years old - 32 (59,2%), from 45 to 59 years old - 11 (20,4%) patients. Persons of working age accounted for 79,3%.

The introduction of the IUD was carried out in various medical institutions, and the removal of which was not. Patients were referred to us from the clinic and the RMO due to pain in the lower abdomen, bleeding, abnormal vaginal discharge, and fever. Patients were admitted within ten days to 3 months after the IUD was installed. Upon admission, the patients underwent comprehensive examinations: fluoroscopy and ultrasound of the pelvic organs, general clinical and biochemical blood tests, PTI, blood coagulation.

A laparoscopic stand made by Karl Storz was used for the operation. In most cases, a single 5mm was used to remove the IUD from the abdominal cavity. Trocar through the puncture of the left iliac region. In patients with abscesses, pelvic infiltrates, a second 10 mm was additionally used. The trocar is punctured in the right iliac region. After removing a foreign body (IUD), according to indications, the pelvic cavity was sanitized, and the latter was drained with a silicone tube.

Results. At the diagnostic stage of laparoscopy, the following was revealed: perforation of the bottom of the uterus in 6 (11,1%) (admitted within 5-7 days from the moment of IUD insertion), tubo-ovarian abscess in 18 (33,3%), abscess of the greater omentum 5 (9,3%), infiltrate Douglas space in 20 (37%), pelvioperitonitis and free IUD in the small pelvis - in 4 (7,4%) patients.

In 1 (1,9%) patient, an IUD was not found in the abdominal cavity. A foreign body (IUD) was found in the bladder during intraoperative fluoroscopy, which was removed cystoscopically.

Complications associated with laparoscopy and removal of the IUD were not observed. According to indications, patients were prescribed analgesics for one day, according to indications, antibiotics in tablets for up to 5 days. Drainage tubes were removed 2-3 days after the ultrasound. The average bed-day was 1,5 days.

Conclusion. Intrauterine devices are among the most popular and effective methods of contraception. However, when using the IUD, the risk of developing infectious and inflammatory diseases of the pelvic organs increases and, in rare cases, perforation of the uterus with the migration of the IUD into the small pelvis, free abdominal cavity, bladder with the formation of uterovesical fistulas is possible.

Thus, despite the relatively rare cases of the development of uterine perforation, translocation of the intrauterine device, purulent tubo-ovarian pseudotumors, pelvioperitonitis, and other infectious and inflammatory diseases of the pelvic organs, the obstetrician-gynecologist should be aware of the possibility of these negative consequences of using the IUD.

SURGICAL TREATMENT OF ANEURYSMS OF AORTIC ARCH BRANCHES AND VESSELS OF THE UPPER EXTREMITIES

Khanchi Mead, Matkerimov A.Zh., Tergeussizov A.S., Demeuov T.N., Zhakubayev M.A., Khanchi M.M., Shamshiev A.S.

A.N. Syzganov National scientific center of surgery, Almaty, Kazakhstan

Objective: to improve the diagnosis and results of surgical treatment of patients with aneurysms of the aortic arch branches.

Relevance. Aneurysms of the branches of the aortic arch are relatively less common than other peripheral vessels. More often, aneurysms of this localization have an atherosclerotic etiology, whereas degenerative vascular changes occur in systemic diseases. Thus, the frequency of true carotid artery aneurysms, according to various data (El-Sabroun R, et al., 2000; Goldstone J, et al., 2005) ranges from 0,4 to 4% of all peripheral artery aneurysms, operations for which are performed in practice only in 0,1-2% of all carotid artery interventions.

Materials and methods. In the Department of Vascular Surgery of the National Scientific Center of Surgery named after A.N. Syzganov, from 2000 to 2019, 38 patients with aneurysms of segments of the branches of the aortic arch and arteries of the upper extremities operated on in the vascular surgery department over the past 10 years were operated on. The patients were aged from 19 to 76 years, the average age was $43 \pm 6,5$. There were 32 men (84%), 6 women (16%).

the most common cause of aneurysm development was atherosclerosis in 31 (2%) patients, in second place - posttraumatic false aneurysm in 4 cases (10%) and in third place aortoarteriti (NAA) in 3 cases (8%).

By localization carotid artery aneurysms (CCA, ECA, ICA) were diagnosed in 20 (44%) patients, branches of the carotid artery (Temporal artery) in 2 cases (5%), subclavian - in 6 (17%), arteries of the upper extremities – in 10 (28%).

The size of aneurysms of the branches of the aortic arch and arteries of the upper extremities ranged from 2,5 cm to 10 cm. The average size is $6,3 \pm 1,8$ cm.

Performing reconstruction on the arteries in all cases of

aneurysms of the branches of the artery arch is the only way to preserve the main circulation in the area of distal localization of the aneurysm, regardless of its localization, this is due to the threat of complications threatening CVA, limb loss, bleeding or death. When performing operations on brachiocephalic arteries, a Matass test was performed to determine the tolerance of the brain to ischemia. Regardless of this result, hypothermia and a drug method were performed if necessary.

The most frequent type of surgery performed is resection of an aneurysm with a lateral suture - 13 cases (34%). Resection of the anastomosis aneurysm at the end of the arteries - 6 (16%), and prosthetics - in 3 cases (8%) (synthetic alloprosthetics in one and with autovenous prosthetics in two cases). After resection of subclavian artery aneurysm due to large diastasis of blood flow, reconstruction was performed by bypass surgery or prosthetics. Arterial aneurysm resection with autovenous patch was performed in 5 cases (13%), and with allosunting - in 3 cases (8%). Excision of an aneurysm of the axillary artery on the left with the restoration of a synthetic patch - in 2 cases (5%). Ligation of an aneurysm in the temporal artery was performed in 2 cases (5%), this type of operation was performed with an aneurysm of non-main vessels, as well as in vessels with collateral blood flow in the distal area of the vessels. Implantation of a stentgraft into the right subclavian artery - in 3 cases (8%). X-ray endovascular embolization of aneurysm - in 1 case (3%).

Positive results in the postoperative period were observed in 5 (92%) patients. 1 (3%) patient developed complications in the form of hematomas after aneurysm resection. In 2 (5%) cases - lymphorrhea after excision of a false aneurysm.

Results. We evaluated the immediate and long-term results of surgical treatment by preserving the main circulation in the area of distal aneurysm localization.

Thus, in the long-term postoperative period in patients positive clinical results after the operations performed by us were 92% ($p > 0,05$). 1 patient (2,5%) developed a complication in the form of a hematoma after resection of an aneurysm due to post-traumatic aneurysm. In 2 (5,5%) cases - lymphorrhea after excision of a false aneurysm due to changes in local tissue and the size of the aneurysm. There were no fatal outcomes in the postoperative period.

Performing reconstruction on the arteries is the only way to preserve the main circulation in the area of distal localization of the aneurysm.

Conclusion. Surgical treatment of aneurysms of the branches of the aortic arch is a difficult task. The treatment plan is determined by a number of clinical factors and a strictly individual approach to each patient. Endovascular treatment is the main one in patients with ICA aneurysms, while microsurgical techniques can help in complex, non-standard cases when endovascular treatment seems ineffective or technically impossible. The planning of surgical treatment must necessarily assume the possibility of a revascularization procedure, which may become necessary during the intervention. It is advisable to treat patients with large and giant aneurysms of the branches of the aortic arch in specialized centers that have the appropriate experience and technical capabilities for surgical, endovascular and combined staged treatment.

SURGICAL TREATMENT OF ARTERIAL ANEURYSMS OF THE LOWER LIMB

**Khanchi Mead, Matkerimov A.Zh., Tergeussizov A.S.,
Demeuov T.N., Zhakubayev M.A., Khanchi M.M.,
Shamshiev A.S.**

*A.N. Syzganov National scientific center of surgery,
Almaty, Kazakhstan*

Relevance. Peripheral artery aneurysms are dangerous with possible complications such as ruptures, bleeding, thromboembolism in the distal bed with subsequent tissue ischemia, neurological disorders due to pressure of closely located nerve trunks.

One of the most common causes of peripheral artery aneurysms is trauma. Special attention should be paid to a significant increase in the number of iatrogenic injuries. Peripheral artery aneurysms can be an independent disease or a consequence of an artery injury. Ultrasound duplex scanning is recognized as the «gold standard» for the diagnosis of this disease, since this method is used to visualize not only the aneurysm itself, but also the presence or absence of parietal blood clots, as well as the possibility of assessing the inflow and outflow routes. In recent years, there has been a tendency to increase the number of patients with this pathology. The incidence of peripheral aneurysms ranges from 3,4 to 6,7%. The best option for surgical treatment is an aneurysm resection with prosthetics, which provides better patency of shunts in the long term compared to shunting and ligation of the aneurysm.

Objective: to improve the diagnosis and results of surgical treatment of patients with lower limb arteries.

Material and methods. In the Department of Vascular Surgery of the National Scientific Center of Surgery named after A.N. Syzganov, from 2000 to 2019, 46 patients with arterial aneurysms of the lower extremities were operated on. Of these, 5 patients underwent surgery for distal anastomosis aneurysm after after bifurcation aorto-femoral shunting (BAFSH) and bifurcation aorto-femoral prosthetics (BAFPR). The total age of the patients ranged from 30 to 76 years, the average age of the patients was 43,3±6,5 years.

A total of 6 (9,2%) patients were operated on with a combined aneurysmal lesion of the femoral and popliteal arteries. The main complaints of patients with femoral artery aneurysm were about a pulsating formation in the aneurysm area 12 (41,3% patients complained).

The distribution of patients by gender and age shows a clear predominance of male patients - 35 men (76%) and 11 women (24%). With aortoarteritis (AA), men - 1 (2%), women - 4 (8%). The etiological factor of peripheral artery aneurysm development was atherosclerotic in 41 (89%) and nonspecific inflammation in 5 (10%) patients.

Complaints about the presence of intermittent lameness associated with ischemia of the affected limb were presented by 25 (55%) patients. 7 (15%) patients had pain at rest and 2 (4.5%) had trophic disorders in the foot area, which corresponded to the 4th degree of ischemia. Only 12 (26%) patients had an

asymptomatic aneurysm, which is slightly more than in patients with popliteal artery aneurysm (15.8%).

We found that the duration of the disease affected the presence of multiple aneurysms, the size of aneurysms, and the clinical picture. Reconstructive surgery was performed in all cases, the most common type of surgery was resection of an aneurysm with a lateral suture (28 cases - 60%), and resection of an artery aneurysm with an autovenous patch was performed in 10 cases (22%), with autovenous prosthetics - 6 (15%), resection of an aneurysm of an end - to-end artery - 3 (8%).

Analyzing the long-term results of APA treatment in patients who underwent reconstructive surgery, limb ischemia was detected in 5 cases, the condition of these patients is considered satisfactory. After conservative treatment of limb ischemia, there are tendencies to regression.

Thrombosis of distal anastomoses was detected in 2 cases. In one case, the amputation of the n\k was performed, and in the other case, a thromboectomy was performed and blood flow was restored. Relapse of an aneurysm of anastomosis in 1 case, in which a false aneurysm was excised by all prosthetics with a synthetic prosthesis.

Thus, in the immediate postoperative period, 91,5% of patients with PAA had positive clinical results after the operations performed by us. 4 (8,5%) developed complications. Performing reconstruction on the arteries is the only way to preserve the main blood circulation in the area of distal localization of the aneurysm.

Results and conclusion. Long-term results were tracked in the period from 3 months to 3 years. A clinical examination was performed, supplemented by ultrasound control. The results of the research methods were compared with the initial ones performed in the early postoperative period. When analyzing the results of the long-term postoperative period, the following data were obtained: no mechanical damage to the implant was detected, the formation of anastomotic aneurysms was not detected, the patency of all vascular structures except for 2 cases caused by thrombosis of the distal anastomosis, after reconstruction in the distal anastomosis, blood flow was restored.

The main risk factors for the complicated course of the immediate postoperative period in patients with peripheral artery aneurysms were age over 60 years - 55%; diabetes mellitus - 10%; medium and large aneurysm size - 10%; arteriosclerosis - 21%; aortoarthritits - 1%; arterial hypertension - 3%.

SURGICAL TREATMENT OF VISCERAL AND RENAL ABDOMINAL ARTERY ANEURYSMS OF VARIOUS ETIOLOGY

**Khanchi Mead, Matkerimov A.Zh., Tergeussizov A.S.,
Demeuov T.N., Zhakubayev M.A., Khanchi M.M.,
Baubekov A.A., Tajibayev T.K., Yerkinbayev N.N.,
Saduakas A.E., Makkamov R.O.**

*A.N. Syzganov National scientific center of surgery,
Almaty, Kazakhstan*

Visceral artery aneurysms (VAA) are detected when complications occur or accidentally during examination for other diseases gastrointestinal tract, aimed at determining the functional significance.

Materials and methods. Over the past 10 years, we have observed 31 patients with abdominal VAA, 10 patients had renal aneurysms, 15 had splenic arteries, hepatic artery and pancreatoduodenal artery aneurysms – in one case. The combination of aneurysms – in 2 cases: in one case – the renal artery with the splenic artery, in the other – the renal artery and the abdominal trunk. The patients ranged in age from 24 to 78 years. the average age is $43 \pm 6,5$.

Previously, infection was considered the most common cause of splenic artery aneurysms in 10 cases, with most patients complaining of fever, abdominal pain and a pulsating mass in the abdomen. And two patients with splenic artery aneurysm noted abdominal trauma. 3 had atherosclerotic changes. The causes of renal artery aneurysms are atherosclerosis in 6 cases, fibromuscular dysplasia in 2 cases, and aortoarteritis in 2 cases. Also, atherosclerotic etiology is present in aneurysms of the external iliac arteries aneurysms.

Reconstructions on hepatobiliary aneurysms were performed in 6 (20%) cases, in 5 cases - resection with end-to-end anastomosis and in 2 cases - resection of splenic artery aneurysm, resection of splenic artery aneurysms with autovenous patch, clipping of splenic artery aneurysms – in 2 cases (6,5%), endovascular techniques were applied in 18 cases (58%).

In 2 cases, nephrectomy was performed due to the spread of the aneurysm into the kidney gate and the lack of conditions for reconstruction. In the immediate and long-term (after 6 months and 3 years) postoperative period, the preservation of organ function in reconstructive and ligating methods of surgical treatment is the same.

Signs of ischemia and impairment in the immediate postoperative period were not observed with reconstructive and ligating methods of surgical treatment. The choice of treatment method depends on the severity of the patient's condition, clinical manifestations, as well as the localization of the aneurysm and its morphology. Preference is given to endovascular techniques, which are not traumatic enough and provide a good long-term result. However, in each case, the patient's management tactics are individual, the choice of the optimal method of treatment of visceral artery aneurysms is based on data from the entire spectrum of possible diagnostic manipulations.

Results. In the nearest and in the distant (in 6 months and 3 years) postoperative period the preservation of the organ function in reconstructive and ligating methods of surgical treatment was the same. Signs of ischemia and impairment in the immediate postoperative period were not observed in reconstructive and ligating methods of surgical treatment.

Conclusion. Thus, visceral artery aneurysms are a rare vascular disease and are often complicated by rupture and thrombosis of distal arterial sections, which lead to organ ischemia. The choice of treatment method depends on the severity of the patient's condition, clinical manifestations, as well as aneurysm localization and its morphology. Preference is given to endovascular techniques, which are less traumatic and provide a good long-term result. However in each case the tactics of patient

management is individual, the choice of optimal treatment of visceral artery aneurysms is based on the data of the whole range of possible diagnostic manipulations.

ЭНДОВЕНОЗНАЯ ЛАЗЕРНАЯ КОАГУЛЯЦИЯ ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРА АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ Г. АКТОБЕ

Кононенко А.Ф.¹, Жакиев Б.С.¹, Кононенко А.А.²,
Иралин И.А.¹, Кеншиликова Г.Б.¹, Сакен С.Н.¹

¹НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет имени М.Оспанова», г. Актобе, Казахстан,

²КГП на ПХВ «Городская поликлиника №1»,
г. Актобе, Казахстан

Актуальность. Эндовазальная (эндовенозная) лазерная коагуляция (облитерация) варикозных вен (ЭВЛК, ЭВЛО) - современный метод, призванный устранить рефлюкс крови в поверхностных и перфорантных венах с помощью тепловой энергии лазерного излучения. ЭВЛО позволяет обойтись без разрезов и не требует госпитализации пациента в стационар.

Материалы и методы. В данном исследовании представлен опыт применения ЭВЛК в условиях Центра амбулаторной хирургии на базе Городской поликлиники №1 г. Актобе. За период с 2016 по 2021 г. - выполнено 82 ЭВЛК у больных с варикозной болезнью нижних конечностей (ВБНК) в возрасте от 30 до 40 лет, имеющих признаки ХВН (хронической венозной недостаточности) в стадии С2-С3 (по классификации CEAP). Операции проводились под местной анестезией (новокаин и прокаин) с в/в потенцированием. ЭВЛК выполнялась по общепринятой методике с предоперационной разметкой под УЗИ контролем. Для ЭВЛК применяли светодиодный лазер «Лазер-мед-30», генерирующий световой луч с длиной волны 1060 Нм, мощностью от 17 до 24 Вт, режим излучения непрерывный.

Результаты. В ходе проведенных оперативных вмешательств общих послеоперационных осложнений не наблюдалось. Из местных специфических осложнений наблюдали: гематомы – 3 случая, серомы – 4, гематосеромы – 1, кровоподтеки ходу коагулированной вены – 7, коагуляционные ожоги кожи и подкожного жира коагулированной вены – 4, чувство «хорды» вдоль бедра (при полном разгибании конечности в коленном суставе пациент ощущает натяжение в месте расположения БПВ (большой подкожной вены), мешающее до конца разогнуть конечность) у 23 больных, данное ощущение исчезало в сроки до 1,5 месяцев. Примерно у 20 % больных на 4-6 сутки после ЭВЛО наблюдались тянущие ощущения вдоль коагулированной вены, которые купировались приёмом анальгетиков и противовоспалительных препаратов. Все местные осложнения санированы консервативными методами. Отдаленные результаты лечения прослежены в сроке от 1 года. Рецидив наблюдался у 2-х больных с устьем БПВ более 10 мм (по данным УЗИ), у 1 больного на бедре в результате анатомической особенности- рассыпной тип строения венозной системы и у 1 больного с трофической язвой в результате неполной лазерной облитерации коммуникантной вены на уровне нижней

трети левой голени (пациент повторно успешно оперирован с хорошим результатом – язва зажила вторичным натяжением). Качество жизни изучено у 80% больных по опроснику SF -36. По результатам опроса физический компонент здоровья (PH) и психологический компонент здоровья (MH) – варьировали по шкале от 20 до 60 баллов, что говорит о хороших результатах хирургического лечения и высоком уровне качества жизни прооперированных больных.

Заключение. Показаниями к ЭВЛК в амбулаторных условиях являются: приустьевое расширение БПВ не более 10 мм, незначительное количество варикозно-расширенных притоков, ровный ход ствола БПВ (МПВ-малой подкожной вены) и трофические расстройства голени. Данный способ ликвидации горизонтального рефлюкса по своей надёжности практически не уступает открытой перевязке и эндоскопической диссекции, выгодно отличаясь от них малой травматичностью и возможностью многократного повторения. ЭВЛОПВ может выполняться в сочетании практически со всеми видами хирургической ликвидации рефлюкса по БПВ и МПВ, что улучшает результаты хирургического лечения и качество жизни больных с ВБВНК имеющих признаки ХВН в стадии С2-С3.

ПРОФИЛАКТИКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

**Мадьяров В.М., Мошкал К.А.,
Амантаева К.К., Абдулла Н.К.**

*Казахстанско-Российский медицинский университет,
г. Алматы, Казахстан*

Профилактика и лечение наружных грыж живота на сегодняшний день является одной из актуальной проблем современной хирургии. ПВГ является серьезным поздним осложнением и встречается у 7-15% прооперированных. Ежегодно в Казахстане выполняется примерно 75 тысяч пластических операций по устранению грыж, в России около 170 тысяч, в США производится более 500 тысяч операций грыжесечения, что составляет почти 15% всех общехирургических вмешательств.

Наиболее часто вентральная грыжа появляется через 1-2 года после оперативного вмешательства.

В основном, ПВГ формируется как следствие оперативного вмешательства на животе: после удаления аппендицита, операций по случаю острой кишечной непроходимости или перитонита, также нередки случаи образования послеоперационной грыжи после удаления желчного пузыря.

Часто грыжи образуются после экстренных операций, когда нет времени адекватно подготовить желудочно-кишечный тракт, после длительной тампонады или дренирования брюшной полости, при использовании некачественного шовного материала или воспалении, нагноении шва.

Предрасполагающим фактором является ожирение или, наоборот, истощение, неправильное поведение пациента в адаптационном, послеоперационном периоде.

Независимо от того, в результате какого хирургического вмешательства появилась послеоперационная грыжа, профилактика ее проводится в нескольких направлениях: лечение и профилактика раневых осложнений в раннем послеоперацион-

ном периоде; введение фибриногена и криопреципитата для ускорения репаративных процессов в ране; правильный выбор доступа и атравматичное оперирование; тщательная асептика во время операции; адекватная подготовка пациента перед операцией и последующая реабилитация; занятие физкультурой, для поддержания состояния мышц в должной форме; борьба с лишним весом; рациональное питание.

Выводы: Снижение количества коллагена первого типа, существенно влияет на развитие ПВГ. Снизить частоту развития послеоперационных вентральных грыж можно вследствие раннего диагностирования факторов риска снижения коллагена на амбулаторном этапе подготовки к лапаротомии.

Чем раньше сделана операция, тем меньше выражены изменения в тканях и органах, а само хирургическое вмешательство является менее сложным и более эффективным.

При гладком течении и заживлении после первой операции можно оперировать послеоперационную грыжу спустя 6-8-10 месяцев в зависимости от вида и обширности первого вмешательства, общего состояния больного, величины и динамики роста грыжевого выпячивания. При склонности к ущемлению, а также при развивающемся синдроме спаечной непроходимости следует оперировать в возможно ранние сроки.

Если в анамнезе есть указания на тяжело протекавший послеоперационный период в связи с обширным нагноением в ране, длительной тампонадой брюшной полости, тяжелой интоксикацией, перитонитом либо весьма длительным пребыванием в стационаре по поводу релапаротомии, следует выждать больший срок, примерно 12-18 месяцев.

БЕЗИНТУБАЦИОННЫЕ ВИДЕО-АССИСТИРОВАННЫЕ ТОРАКОСКОПИЧЕСКИЕ (NI-VATS) РЕЗЕКЦИИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ЛЕГКИХ

**Макаров В.А., Баймухаметов Э.Т., Мусанов Е.Т.,
Олжаев С.Т., Новиков И.И., Бекботаев Б.Ж.,
Аджибаев Б.Ж., Маханбетов Б.А., Кусманов М.С.,
Оспанов С.С., Ожарова А.С.**

*Алматинская региональная многопрофильная клиника,
г. Алматы, Казахстан*

Актуальность. Первый опыт хирургических вмешательств без интубации трахеи был представлен в 1865 году Фрэнсисом Ричардом Крузом у пациента с эмпиемой плевры. В конце XX века торакоскопическая хирургия с отдельной ИВЛ плотно вошла в клиническую практику. В течение последних 10 лет во всем мире наметилась четкая тенденция увеличения числа клиник, внедряющих NI-VATS технику при долевых, сегментарных, атипических резекциях легких и диагностических оперативных вмешательствах. Использование без интубационной техники со спонтанным дыханием позволяет снизить, осложнения связанные с интубацией трахеи.

Без интубационные оперативные вмешательства себя зарекомендовали у больных с низким резервом сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Преимущество: меньшая после-

операционная травма, ранняя активация больного, снижение послеоперационной боли, уменьшение осложнений со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем, сокращение продолжительности пребывания больных в стационаре без увеличения продолжительности операции.

Цель работы – адаптировать и внедрить в клиническую практику оперативные вмешательства без интубации на спонтанном дыхании при злокачественных новообразованиях легких.

Материалы и методы. В хирургическом отделении АРМК произведено 3 NI-VATS оперативных вмешательств больным раком легких. При проведении анестезиологического пособия следует отметить некоторые особенности: ингаляция Лидокаина для профилактики кашлевого рефлекса; высокая эпидуральная анестезия на уровне Th5-Th6; введение раствора Дексдора с целью седации; введение раствора Фентанила с целью усиления анальгезии во время разреза кожи, мобилизации легочной связки, медиастинотомии.

Объемы оперативных вмешательств были следующими: краевая резекция (S2) верхней доли правого легкого; нижняя лобэктомия справа и нижняя лобэктомия слева. У больного с локализацией опухоли в нижней доле левого легкого была произведена интубация на этапе медиастинальной лимфодиссекции, т.к. был выражен синдром раздражения диафрагмального нерва, в виде икоты, который не удалось заблокировать. Всем больным выполнена внутригрудная лимфодиссекция.

Основные технические аспекты проведения NI-VATS оперативных вмешательств адаптированы в условиях хирургического отделения АРМК.

Больным с NI-VATS оперативным вмешательством через 1,5 часа после перевода в отделение реанимации начато кормление и активация. Через 14-17 часов после окончания операции больные переведены в профильное отделение. Дренажи из плевральной полости удалены на 2-4 сутки. Все больные выписаны без осложнений из клиники на 4-6 сутки.

По результатам гистологического исследования во всех трех случаях диагностирован рак легких на начальных стадиях, что не потребовало дальнейшего проведения противоопухолевой терапии.

Заключение. Furak J. et al. (2020) году провел данные о 28 NI-VATS лобэктомий. Время операции составило $91,04 \pm 23,88$ минуты, дренаж находился в плевральной полости $2,12 \pm 1,16$ дня, послеоперационных осложнений не было.

По данным Starke H. et al. (2020) продолжительность операции при долевыми резекциями составила $124,05 \pm 74,49$ мин. Продолжительность нахождения дренажной трубки составила 3,58 дня, средняя продолжительность нахождения больного в стационаре после операции составила $6,40 \pm 4,51$ дня. По данным Al Ghamdi Z. M. et al. (2018) послеоперационное пребывание в стационаре в группе NI-VATS $6,9 \pm 3,8$ дня, длительность нахождения дренажной трубки составила 5,6 дня.

Как показали первые результаты без интубационные видеоассистированные торакоскопические (NI-VATS) резекции при злокачественных опухолях легких имеют свое преимущество и более эффективны, чем VATS под общей анестезией с отдельной вентиляцией легких, позволяют ускорить реабилитацию и сократить сроки пребывания больных в стационаре.

ВАРИАНТЫ ЧАСТИЧНОЙ ДУПЛИКАЦИИ МОЧЕТОЧНИКА В ПРАКТИКЕ АО «НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ПЕДИАТРИИ И ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ»

Махнева А.Ф., Бекишева А.Н., Жандильдина Д.Т.
АО «Научный центр педиатрии и детской хирургии»,
г. Алматы, Казахстан

Удвоение мочеточников – один из наиболее часто встречающихся пороков развития мочевыводящих путей, доля которого среди всех врожденных аномалий составляет 0,8%. Данный порок может быть одно- и двусторонним, полным (два мочеточника с двумя лоханками и двумя устьями в мочевом пузыре) и частичным (если удвоена часть мочеточника, так называемый «расщепленный» мочеточник). Утроение мочеточника – редкая аномалия, также может быть полными и частичным (двойной мочеточник с одним расщеплением), также описано учетверение мочеточника. Полное удвоение возникает вследствие закладки нескольких мочеточниковых ростков, частичное – при разделении мочеточникового ростка до его внедрения в метанефрогенную бластему. Дети с данным пороком развития подвержены рецидивирующей мочевой инфекции, также аномально развитые фрагменты несут риск развития артериальной гипертензии и злокачественных новообразований. При большинстве дубликаций почечных систем хирургическое лечение не требуется, однако в случае присоединения обструкции мочеточника с развитием гидронефроза, или недержания мочи, становится необходимым.

Цель работы – ознакомить читателей с морфологическими критериями диагностики дубликаций мочеточника и их вариантами

Материалы и методы. Был проведен анализ архивного материала 30-ти пациентов, которым по итогам патоморфологического исследования было дано заключение дубликатуры мочеточника. Во всех случаях проводилось гистологическое исследование, включавшее окраску двумя основными красителями: гематоксилином и эозином. Образцы ткани были зафиксированы, обезвожены и залиты парафином, который сохраняет структуру ткани и позволяет получать срезы толщиной 3-4 микрона с помощью микротомы. Далее срезы ткани были депарафинизированы и регидратированы перед окрашиванием гематоксилином и эозином, а затем заключены в монтирующую среду под покровное стекло. При микроскопическом исследовании ядра клеток окрашивались в сине-фиолетовый цвет, а цитоплазма в розово-красный. Волокна соединительной ткани и компоненты внеклеточного матрикса могли иметь оттенки розового или синего в зависимости от их состава.

Результаты. За период 2017-2021 гг. в лаборатории патоморфологии НЦПДХ было описано 30 случаев частичных дубликаций (расщеплений) мочеточников, из них 26 (86,6%) случаев удвоения просвета, 3 (10%) случая утроения и 1 (3,4%) случай учетверения (неполное удвоение мочеточника с двойным расщеплением). Среди случаев удвоения было полных 15 (57,7%), неполных 11 (42,3%). Все случаи утроения относились к неполным (100%), учетверение так же было неполным. За полное расщепление принимались случаи, когда каждый просвет был окружен индивидуальным мышечным слоем, за неполное – когда все просветы объединялись общим мышечным слоем. Также

подавляющее большинство расщеплений сопровождалось диспластическими изменениями в мышечном слое в виде нарушения размеров и ориентации миоцитов.

Заключение. Таким образом, расщепление мочеточника является редким пороком развития мочевыводящих путей, может проявляться в виде различных гистологических форм, а также сочетаться с другими аномалиями строения и должно быть заподозрено у детей с эпизодом пиелонефрита или при рецидивирующих инфекциях мочевыводящих путей.

ПРИМЕНЕНИЕ ВАКУУМ-ПОВЯЗОК В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Мукушев М.М.¹, Нурбаева Д.С.¹, Турышев А.А.², Абди Ж.О.², Манбетжанов Б.Е.²

¹НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет имени М.Оспанова», г. Актобе, Казахстан,

²ГКП на ПХВ «Многопрофильная областная больница УОЗ Актыбинской области», г. Актобе, Казахстан

Актуальность. Одним из современных методов лечения ран различной этиологии является метод вакуумного воздействия. Лечение ран отрицательным давлением - это инновационная методика, которая приводит к ускорению заживления ран и позволяет успешно лечить раны, которые невозможно вылечить другими методами.

Вакуум-терапия улучшает течение всех стадий раневого процесса: уменьшает локальный отек, как результат – способствует усилению местного кровообращения, снижает уровень микробной обсемененности раны, вызывает деформацию раневого ложа и уменьшение раневой полости, приводя к ускорению заживления раны. Также Вакуум-терапия снижает выраженность раневой экссудации, способствуя поддержанию влажной раневой среды, необходимой для нормального заживления раны. Все эти эффекты способствуют увеличению интенсивности клеточной пролиферации, усиливают синтез в ране основного вещества соединительной ткани и протеинов.

Цель исследования – улучшение результатов лечения больных с нейроишемической формой синдрома диабетической стопы.

Материалы и методы. Исследования проводились на базе отделения общей хирургии Многопрофильной областной больницы УОЗ Актыбинской области. Работа основана на результатах лечения 18 больных с гнойно-некротическими осложнениями синдрома диабетической стопы с 2022 по 2023 г.

Всем пациентам основной группы в качестве местной терапии применялась вакуум-терапия. Средняя продолжительность одной повязки составила 3,6 суток. Применялась простая в применении методика наложения повязки. Пористую полиуретановую губку накладывали на рану с последующей герметизацией прозрачной клейкой пленкой, с подведенной дренажной трубкой, подсоединенной к вакуум-аппарату.

Результаты. Наиболее значимые отличия в сравниваемых группах были выявлены при определении микробного пейзажа раневой поверхности, исходам лечения и сроков

пребывания больных в стационаре. Микробная контаминация *Staphylococcus epidermidis* после проведенного активного лечения значительно снизилась, в среднем на 1,4 раза по сравнению с контрольной группой. Сроки очищения ран в основной группе наблюдались в 2,8 раза, а время появления грануляций в 1,6 раза быстрее, нежели в контрольной группе.

При анализе сроков пребывания больных в стационаре выявлено что, пациенты основной группы находились в стационаре $22,8 \pm 1,3$ койко-дня, а контрольной группы - $31,7 \pm 1,2$ койко-день, т.е. меньше на $9,1 \pm 0,7$ койко-дня. Больные раньше переходили на амбулаторный этап лечения благодаря снижению необходимости частых перевязок и сокращению необходимости назначения парентеральных антибиотиков и дезинтоксикационной терапии.

По литературным данным совершенствование тактики диагностики и лечения больных с синдромом диабетической стопы позволяет снизить частоту ампутаций у больных на 43-85%. Сравнение данных мировой статистики и результатов ведущих лечебных учреждений РФ и Республики Казахстан показывает, что процент высоких ампутаций остается достаточно высоким – 74,6%, поскольку отсутствует четкая хирургическая тактика

Заключение. Таким образом, применение активных методов местного лечения ран позволило перевести раневой процесс из затяжной хронической формы в нормальное течение, а также добиться самостоятельного заживления ран у больных.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПУНКЦИОННО-ДРЕНИРУЮЩИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ОГРАНИЧЕННЫХ ЖИДКОСТНЫХ СКОПЛЕНИЙ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Назыров Ф.Г., Бабаджанов А.Х.,
Маткаримов Ш.У., Байбеков Р.Р.

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

Актуальность. Лечение ограниченных жидкостных скоплений в брюшной полости после оперативного вмешательства или патологического процесса представляет сложную и не решенную в полной мере проблему хирургии. В настоящее время для лечения ограниченных жидкостных скоплений в брюшной полости применяется хирургический метод лечения, заключающийся в повторной операции, вскрытии полости гнойника, ликвидация причины, которая способствовала формированию остаточной полости, дренирование и тампонирование полости.

Цель исследования - разработать способ миниинвазивного лечения ограниченных жидкостных скоплений (ОЖС) в брюшной полости, способствующий ускорению процессов ее заживления.

Материал и методы. Пункционно-дренирующий способ лечения ОЖС проводится путем введения антисептика через дренажную трубку, для чего сначала под контролем УЗИ проводится пункция жидкостного скопления (полученный пунктат направляется на бактериологическое исследование для определения вида патогена и его чувствительности к антибакте-

риальным средствам), после чего по струне-проводнику в остаточную полость проводят двухканальный дренаж для последующей промывки остаточной полости с использованием антисептического средства ФарГАЛС в 50% концентрации для чего 50 мл раствора ФарГАЛСа разводится с 50 мл стерильной воды для инъекций (соотношение 1:1), полученный раствор капельно вводится в остаточную полость через дренаж со скоростью 15-20 капель в минуту в течение 60 минут (общий объем 100 мл за одно промывание), подобное промывание проводится 3 раза в день в течение 2 дней, далее через двое суток после начала промывания на дренаж устанавливается вакуум аспирация посредством применения вакуумного устройства типа «Редон», емкость которого создает разрежение в остаточной полости в 70-100 Кпа и с этого же периода проводится облучение остаточной полости лазерным излучением аппарата «Матрикс» с использованием лазерной излучающей головки КЛ-ВЛОК-365, обеспечивающей длину волны 365-400 нм, мощностью 3 мВт, в течение 2 минут на объем в 1 см³ с использованием световода с излучением под углом 90-120° с периодичностью 1 раз через 2 суток с нужной периодичностью (в среднем 2-3 сеанса), после чего дренаж удаляется, при этом если после снятия вакуума на УЗИ будет определяться рецидив жидкостного скопления, то данная процедура повторяется заново.

По данной методике оперировано 50 пациентов, которые составили основную группу. В группу сравнения были включены 57 пациентов, которым выполнялось стандартное пунктирно-дренирующее вмешательство. ОЖС в брюшной полости были следствием следующих операций: родственная трансплантация правой доли печени – 9; реконструкция билиарных протоков – 6; панкреатодуоденальная резекция – 2; эхинококкэктомия из печени – 36; вскрытие, санация и дренирование поддиафрагмальных абсцессов – 16; ушивание перфоративной язвы – 5; резекция желудка по поводу осложненной язвенной болезни – 11. Без первичного вмешательства с развившемся поддиафрагмальным абсцессом было 5 пациентов и с ОЖС на фоне состоявшегося панкреонекроза – 17 больных.

Результаты. Результаты исследования показали, что доля пациентов с однократной пункцией, обеспечившей выздоровление, составила только 61,4% (35 пациентов) в группе сравнения, при этом усовершенствованный способ позволил увеличить эти значения до 88,0% (у 44 из 50 больных в основной группе). Повторное скопление, не потребовавшее пунктирного лечения, то есть с последующим самоизлечением было отмечено у 4 (7,0%) пациентов в группе сравнения и 2 (4,0%) в основной группе. Повторное скопление, потребовавшее только вторичного пунктирного лечения, было у 2 (3,5%) и 2 (4,0%) пациентов соответственно. Рецидив с необходимостью повторной пункции и дренирования развился у 9 (15,8%) группы сравнения и только у 1 (2,0%) в основной группе. Рецидив, обусловивший необходимость выполнения открытой операции с санацией и дренированием ОЖС, был отмечен у 7 (12,3%) и 1 (2,0%) пациентов.

Выводы. Применение предложенного способа мининвазивного лечения ОЖС в брюшной полости позволило увеличить долю хороших результатов по сравнению с тра-

диционной методикой с 68,4% до 92,0%, при этом частота неудовлетворительных результатов, потребовавших открытого оперативного лечения, сократилась с 12,3% до 2,0% ($\chi^2=7,771$; $df=2$; $p=0,021$). Проведение промывания остаточной полости раствором ФарГАЛС обеспечивает антибактериальный и антисептический эффект, а дополнение процедуры внутрипросветным лазерным облучением способствует как дополнительному антисептическому эффекту, так и приводит к фотодинамическому эффекту раствора ФарГАЛС, что в целом обеспечивает усиление локальных адгезивных свойств и репарации остаточной полости.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МИКРОБНЫХ БАКТЕРИОЦИНОВ ДЛЯ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ РАН ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Нуралин Р.Ш.¹, Екибаев Т.Р.², Пашимов М.О.²,
Даньярова Л.Б.²

¹Центр «Диабетическая стопа», г. Алматы, Казахстан,

²НИИ кардиологии и внутренних болезней,
г. Алматы, Казахстан

Цель работы – изучение эффективности и безопасности местного применения мази на основе бактериоцинов фильтрата питательных сред бульонных культур микроорганизмов *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Streptococcus pyogenes*, *Enterococcus faecalis*, *Staphylococcus aureus* (ББК) для лечения хронических ран при сахарном диабете (СД).

Материалы и методы. Проведено проспективное исследование 43 пациентов СД с хроническими ранами (ХР) в возрасте от 25 до 74 лет на базе Центра «Диабетическая стопа», г. Алматы и кабинета «Диабетическая стопа» НИИ кардиологии и внутренних болезней. В исследование включались пациенты 1-2 степени по Вагнеру-Армстронгу, в 1-2 фазе (альтерация, эксудация, пролиферация) раневого процесса. Контрольная группа - 11 больных. Все пациенты, основной и контрольной группы получали общепринятое общее лечение для СДС. Для клинического изучения применялась мазь с ББК (ПК-ЛС-5№024560). Для изучения эффективности лечения проводили наблюдения за динамикой изменений в зоне поражения. Проводилось микробиологическое изучение отделяемого с раны с расчетом минимальной ингибирующей концентрации антибиотика (МИК).

Результаты. Основная группа 32 пациента СДС в возрасте от 25 до 74 лет. Клиническая картина гнойно-некротических поражений, развившихся на фоне СД, до начала местного лечения мази с ББК, имела воспалительный характер, обильным (IV степенью) ростом микрофлоры, наличием полибактериальной инфекции в ране у 8 больных (18,6%). У пациентов с СДС и ХР определялось преимущественно стафилококки 47,5% (n=19), 45,0% (n=18) устойчивых культур (R) к антибактериальным препаратам и химиотерапевтическим средствам. В основной группе, в среднем, у пациентов с СДС МИК составил 24,35±0,74 мг/мл. На 10-11 сутки местного лечения мази с ББК, в сочетании с комплексным лечением СДС, в результатах микробиологического исследования, отмечается отсутствие палочек Фрид-

лендера, колоний энтеробактера и дрожжеподобных грибов, снижение МИК, у всех пациентов (100%) было выявлена моно-бактериальная инфекция ($p < 0,01$). На 20-21 сутки у больных СД с ХР в основной группе после местного лечения мази с ББК, заметно снизился рост микрофлоры (до II-III степени), у всех пациентов (100%), качественно поменялся состав выделенных из ран микроорганизмов, который имел адекватную резистентность к антибактериальным препаратам и химиотерапевтическим средствам, что достоверно ($p < 0,05$) подтверждается показателями МИК ($4,22 \pm 1,96$). В результате начала местной терапии мази с ББК в сочетании с комплексным лечением СДС у всех пациентов основной группы отмечалось клиническое улучшение общего и местного состояния. В результате местного применения мази с ББК ни у одного больного не было отмечено наличие каких-либо локальных цитотоксических и аллергических проявлений.

Заключение. В результате местного лечения СДС мазью с ББК отмечено снижение МИК в 5,5 раза; у 9,4% на 21 сутки полностью отсутствовала микрофлора в ране ($p < 0,01$); очаги грануляции появлялись на 67,7% быстрее, полное заживление ран наблюдали у 31,25% пациентов с площадью менее 1000 мм², к окончанию исследования 50% заживление ран у больных СДС с площадью более 1000 мм² было отмечено у 81,8%.

ПРИМЕНЕНИЕ ИНТЕРАКТИВНЫХ ПОВЯЗОК С ЭРИТРОПОЭТИНОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Нуралин Р.Ш.¹, Екибаев Т.Р.², Пашимов М.О.²,
Даньярова Л.Б.²

¹Центр «Диабетическая стопа», Алматы, Казахстан,

²НИИ кардиологии и внутренних болезней,
г. Алматы, Казахстан

Цель работы – изучение эффективности и безопасности применения неадгезивных сетчатых повязок с эритропоэтином (ЭПО) для лечения трофических язв при сахарном диабете (СД).

Материалы и методы. Проведено проспективное исследование 37 пациентов СД с трофическими язвами нижних конечностей на базе Центра «Диабетическая стопа», г. Алматы и кабинета «Диабетическая стопа» НИИ кардиологии и внутренних болезней. В исследование включались пациенты 1-2 степени по классификации Техасского Университета, 2-3 фазы раневого процесса. Основная группа 26 пациентов с синдромом диабетической стопы (СДС). Контрольная группа - 11 больных. Все пациенты получали общепринятое общее лечение для СДС. Для клинического изучения применялась интерактивная неадгезивная сетчатая повязка с эритропоэтином на основе полиамидного волокна (ПЭПО). Для изучения эффективности лечения проводили наблюдения за динамикой изменений в зоне поражения. Проводилось микробиологическое изучение отделяемого с раны. Использовали планиметрический метод Поповой Л.Н. с вычислением процента уменьшения площади раневой поверхности. Цитологическое исследование по методу Покровской Т.М.

Результаты. Клиническая картина трофических поражений до начала местного лечения ПЭПО была следующей: умеренное отделяемое из раны носило серозный характер, имелся сухой или влажный некроз, налет фибрина на раневой поверхности, грануляционной ткани не было, очаги эпителизации отсутствовали, присутствовал умеренный отек, перифокального воспаления не было. В массах-отпечатках содержалось большое количество нейтрофилов, частично разрушенных, отмечались явления извращенного и незавершенного фагоцитоза. В ране отмечено большое количество микробов, находящихся преимущественно внеклеточно. Картина соответствует дегенеративно-воспалительному типу цитогаммы. На 10-11 сутки, общее количество клеток уменьшилось, возросла их жизнеспособность, количество разрушенных лейкоцитов снизилось. Возросло количество макрофагов в 1,8 раз, лимфоцитов в 2,1 раза, а число фибробластов увеличилось в 3,0 раза в сравнении с исходными данными. В эти сроки появились пласты эпителиальных клеток, наблюдалась картина заверщенного фагоцитоза, а количество микроорганизмов на поверхности раны уменьшилось. Приведенные данные свидетельствовали об активации репаративных процессов. На 20-21 сутки: общее количество свободно лежащих клеток в ране значительно возросло, а количество сохранных клеток снизилось. Среднее количество нейтрофилов к 20-21 суткам лечения вернулся к исходному уровню, а процент клеточных элементов в ране сократился. Наблюдались пласты эпителиоцитов. Внутриклеточно микрофлора находилась в небольшом количестве. Все эти данные свидетельствовали об активной регенерации в ране. Уменьшение размеров раны в 2 раза отмечено у 15 (57,7%) больных в сроки от 8 до 14 суток. Полное заживление ран достигли у 8 (30,8%) больных с площадью, ран: до 1000 мм² в сроки от 2 до 4 недель.

Заключение. Таким образом, ПЭПО оказывает лечебный эффект в фазах регенерации, что приводит к более раннему и активному росту грануляционной ткани, интенсификации процессов эпителизации, и раневой контракции трофических язв нижних конечностей при СД.

АБДОМИНАЛЬДІ АОРТА АНЕВРИЗМАСЫНЫҢ ЖЫРТЫЛУЫ – АМАН ҚАЛУ ЖӘНЕ ЛЕТАЛЬДІ ПРОГНОСТИКАЛЫҚ ФАКТОРЛАРЫ

Нұрмағамбет А.Е., Мадешов Е.К., Кадиров Ж.Е.,
Таскалиев Ш.Б., Арапов М.О.,
Коньсова С.А., Коньсов М.Н.

Атырау облыстық кардиология орталығының,
Атырау қ., Қазақстан

Өзектілігі. Заманауи қан тамыр хирургиясы мен реанимацияның өзекті мәселелерінің бірі – аортаның іш бөлімі аневризмасы жарылған науқастарға көмек көрсету әдістерін жасау болып табылады. Мультифокальды атеросклероздың ауыр көріністері бар науқастардың көпшілігі егде жастағы және егде жастағы адамдар, операциядан кейінгі ерте кезеңде асқын қауіп жоғары (Л. Голдман, Д.Л. Кальдера шкаласы бойынша III–IV класы).

Абдоминальді аорта аневризма жыртылуы бар науқастардағы

өлім көрсеткіші соңғы 20 жылда айтарлықтай өзгерген жоқ және 50-75% құрайды. Науқастарды емдеу нәтижелерін жақсарту міндеттерінің бірі операцияға дейінгі және операциядан кейінгі ерте кезеңде тактиканы жетілдіру болып табылады.

Зерттеу мақсаты - абдоминальды аорта аневризмасы жарылған науқастардың операциядан кейінгі өліміне әсер ететін болжамдық факторларды талдау.

Материалдары мен әдістері. Зерттеуге 2019 жылдың 1 қыркүйегі мен 2023 жылдың 01 шілдесі аралығында Атырау облыстық кардиологиялық орталығының қан тамырлары хирургиясы бөлімшесінде абдоминальды аорта аневризмасы (ААА) жырылуы бойынша ота жасалған 11 науқас қамтылды. Өлім-жітімнің ықтимал болжауына ретроспективті талдау жасалды: жас, ауру тарихы, аневризма мөлшері, креатинин және гемоглобин деңгейі, диурез, систолалық қан қысымы, операцияның ұзақтығы және интраоперация кезінде аортаны қысу, қан кету көлемі, трансфузия көлемі, операцияның сипаты.

Нәтижелері. Жалпы операциядан кейін өмір сүру көрсеткіші 55%, өлім көрсеткіші 45% құрады. Операциядан кейін аман қалған пациенттер саны 6. Олардың анамнезінде аневризмасы бар екені, зиянды әдеттері уақытында тоқтатылған, кардио препараттарын бұлжытпай қабылдап жүрген пациенттер болып шықты.

Барлық науқастардың орташа жасы $70,0 \pm 6,8$ жасты, қайтыс болғандардың ішінде – $72 \pm 4,8$ жасты құрады. Қан сарысуындағы креатинин концентрациясы – 70% жағдайда шектен жоғары, қабылдау кезіндегі қан қысымының көрсеткіштері – жоғары $>130/80$ мм. с.б., операциядан кейінгі тәуліктік диурез көлемі, операция ішілік трансфузия көлемі, операцияның ұзақтығы мен сипаты, гемоглобин деңгейі өлім-жітім көрсеткіштеріне айтарлықтай әсер етті.

Науқастың жасы >80 жас, аортаның қысылуының ұзақтығы >50 минут, аневризма диаметрі >6 см, операция алдындағы анурия, анамнез ААА жырылуына операция жасалған науқастардағы өлім-жітімді болжаудың сенімді факторлары болып табылады.

Қорытынды. Зерттеу нәтижесінде өлімге әкелетін операциядан кейінгі кезеңдегі қолайсыз факторлар анықталды. Олардың негізгілеріне ауыр геморрагиялық шок, қосалқы аурулар – артериальді гипертония және жүректің ишемиялық ауруы, тыныс алу жеткіліксіздігі жатады. Олар жарылған абдоминальды аорталық аневризмаларды хирургиялық емдеу кезінде асқынулардың және өлімнің жетекші қауіп факторларының бірі болып табылады. Сонымен қатар, іш қуысына және ретроперитонеальді аймаққа көп мөлшерде қан кету, ДВС синдром, компартмент синдром интраоперациялық аортаның қысылуына байланысты дамитын бүйрек жеткіліксіздігі – өлімнің басты факторының бірі.

Жоғарыда келтірілген өлімнің басты прогностикалық факторларына қарамастан, біз мыналарды ұсынамыз:

1. Аппарат арқылы аутогемотрансфузия процессін операция кезінде қолдану.
2. Риолан доғасының жеткіліксіздігі кезінде төменгі мезентериальды артерияны протезге қайта имплантациялау, ішек парезінің алдын алу үшін ішек интубациясы және т.б.
3. Біріктірілген тәсіл және пациенттерді медициналық орталыққа емдеуге уақытылы жеткізу осы ауыр санатындағы нәтижелерді жақсарты алады.

СОЗЫЛМАЛЫ ГЕМОРОЙМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫ ЕМДЕУГЕ АРНАЛҒАН ОҢТАЙЛАНДЫРЫЛҒАН БАҒДАРЛАМАНЫ ҚОЛДАНУ АРҚЫЛЫ ПАЦИЕНТТЕРДІҢ ӨМІР СҮРУ САПАСЫН БАҒАЛАУ

Нуспекова Д.Т.¹, Джумабеков А.Т.¹, Жарменов С.М.¹, Каныбеков А.К.¹, Артыкбаев А.Ж.¹, Агибаева А.Г.²
¹«ҚДСЖМ» ҚМУ, хирургиялық аурулар кафедрасы, Алматы қ., Қазақстан, ²Алматы қалалық жедел шұғыл жәрдем көрсету ауруханасы, Қазақстан

Жұмыстың мақсаты. Созылмалы геморроймен ауыратын науқастарды емдеуде оңтайландырылған емделушілерді басқару бағдарламасының тиімділігін бағалау.

Материалдар мен тәсілдер. 2021 жылдың қаңтарынан 2022 жылдың қаңтарына дейін созылмалы геморроймен ауруханаға жатқызылған науқастарды емдеу нәтижелері бойынша аймақтық диагностикалық орталықтың көп бейінді хирургиялық бөлімшесі мен ІІРО клиникасының проктологиялық орталығының базасында салыстырмалы рандомизацияланбаған проспективті зерттеу жүргізілді. Зерттеуге оңтайландырылған емделушілерді басқару бағдарламасымен (негізгі салыстыру тобы) және геморроидэктомия жасалынған науқастарды дәстүрлі емдеумен (бақылау салыстыру тобы) ІІ және ІІІ сатыдағы созылмалы геморроймен ауыратын 21 жастан 72 жасқа дейінгі 100 пациент қамтылды.

Нәтижелер. Клиникалық тиімділікті талдау кезінде ауырсыну синдромының ауырлығы мен ұзақтығы, операциядан кейінгі және ерте кезеңдегі асқынулардың көрінісі мен ауырлығы, стационарда жатқан төсек-күндердің саны және қалпына келтіру кезеңі сияқты бағалау критерийлері қолданылды. VAS шкаласы бойынша пациенттермен бағаланған ауырсынудың қарқындылығы операциядан кейінгі бірінші күні максималды болды және негізгі топта орташа есеппен $3 \pm 0,2$ баллға және салыстыру бақылау тобында $6,1 \pm 0,3$ баллға бағаланды. Операциядан кейінгі ауырсыну ұзақтығы орта есеппен негізгі топта $3,1 \pm 0,2$ күн, бақылау тобында $4,4 \pm 0,2$ күн болды. Негізгі топта операциядан кейінгі ерте асқынулардың дамуы – 6 (12%). Бақылау тобында 14 (28%) жағдайда асқынулар анықталды.

Біз геморроидэктомиядан кейінгі өмір сапасын бағалау үшін пациенттерге сауалнама жүргіздік. Google формасы арқылы біз әзірлеген сауалнама 6 айдан кейін операциядан кейінгі 100 науқасқа жіберілді. Сауалнама нәтижелері бойынша операциядан кейінгі 6 айдан кейін өмір сапасының өзгеруі бойынша топтар арасында статистикалық айырмашылық жоқ. Респонденттердің 80% өмір сүру сапасының жоғары деңгейіне ие және қосымша медициналық араласуды қажет етпейді, оларға дұрыс өмір салтын сақтау ұсынылады. 16% өмір сүру сапасының жақсы индексіне ие, мерзімді ыңғайсыз сезімдер бар, өйткені іш қату үрдісі бар. Пациенттердің бұл тобына жылына бір рет профилактикалық ем жүргізу және нәжісті реттеу ұсынылады. Пациенттердің 4% өмір сүру сапасының төмендеуіне шағымданады. Бір науқас шырыштың мезгіл-мезгіл ағып кетуіне шағымданады, науқас 72 жаста, операция алдында сфинктер бұлшықеттерінің әлсіздігімен ауырған, жам-

бас қабатының бұлшықеттеріне емдік жаттығулар кешенінің курсы жүргізілуде. Үш пациент анушта мезгіл-мезгіл қышуды, дефекация кезінде ауырсынуды және сирек қан кетуді атап өтті. Қарап тексергенде анальды жарықтар, анальды каналда және тік ішекте варикозды веналар анықталды. Сондай-ақ нәжістің бактериологиялық культурасының талдауы бойынша дисбактериоз белгілері анықталды. Консервативті терапия және нәжісті реттеу кешені тағайындалды.

Қорытынды. Аутоплазманы және пациентті басқаруды қолданатын әзірленген оңтайландырылған кешенді әдіс 2-3 сатыдағы созылмалы геморройды сәтті емдеуге мүмкіндік береді. Жедел регенерация процесін оңтайландырудың бір жолы - аутоплазманы енгізу. Аутоплазманы қолдану жараның толық эпителизациясының басталуын тездетеді, асқынулардың алдын алуға ықпал етеді, ауырсынуды азайтуға және оңалту уақытын қысқартуға көмектеседі және тыртықты азайтады. Оңтайландырылған жеделдетілген қалпына келтіру бағдарламасын пайдалану созылмалы геморройды хирургиялық емдеуді жақсартады және пациенттердің өмір сүру сапасын жоғарлатады.

FIXATION OF AN UNSTABLE LEFT VENTRICULAR LEAD WITH A CORONARY STENT IN THE CARDIAC VEIN DURING CRT-D IMPLANTATION

Sapunov A.V., Sagatov I.Y., Bigeldiev N.Zh., Baimbetov A.K.

A.N. Syzganov National scientific center of surgery, Almaty, Kazakhstan

Introduction. Dilated cardiomyopathy (DCM) is a relatively common cause of heart failure, with an estimated prevalence of 1 in 250 individuals in the general population. DCM is a leading indication for heart transplantation and is responsible for a significant proportion of heart failure-related deaths. The incidence of DCM is highest in middle-aged and elderly individuals, and it is more common in men than in women. The most common etiologies of DCM are ischemic heart disease, hypertension, and idiopathic causes. Other etiologies include genetic mutations, viral infections, and alcohol and drug abuse. Treatment options for DCM include medications, device therapy, and heart transplantation.

Case report. A 45-year-old male with a history of dilated cardiomyopathy, hypertension, and ischemic heart disease presented with heart failure symptoms and left bundle branch block. A cardiac resynchronization therapy with a defibrillator (CRT-D) implantation was planned. During the procedure, the left ventricular lead was advanced into the cardiac vein but remained unstable in position. The lead was floating, and repositioning attempts were unsuccessful. To achieve stable fixation, second guiding catheter was advanced through the second puncture of left subclavian vein to the coronary sinus. Then, using ping-pong technique, workhorse coronary guide wire was advanced parallel to a left ventricular lead in the distal bed of the target coronary vein. After that, a drug-eluting coronary stent 4,0x8,0mm was positioned and deployed in the mid-segment of the cardiac vein

at high pressure (up to 20 atm), chasing the lead between middle and distal electrodes. Gentle traction of the lead confirmed its secure position. Optimal pacing parameters were obtained. The CRT-D implantation procedure was completed in the usual fashion, and the patient's recovery was uneventful. Follow-up examination after 3 months confirmed good lead position and proper CRT-D function.

Left ventricular lead dislodgement is a potential complication of CRT-D implantation, which can lead to poor electrical performance and the need for revision procedures. Various techniques for lead fixation have been developed, but there is still a need for improvement in this area. Using a different fixation device for left ventricular leads is a common alternative option to a coronary stent. There are several types of fixation devices that may be used, depending on the specific circumstances and the medical team's judgment.

One option is a screw-in lead, which uses a helical tip to screw the lead into the myocardium, providing secure fixation. Another option is an active fixation lead, which has retractable tines that are deployed to anchor the lead in place once it is in the desired location. Anchor-based systems may also be used, such as the Zipper system, which uses small hooks to anchor the lead to the heart tissue.

The choice of fixation device depends on several factors, including the specific anatomy of the cardiac veins and the patient's overall health status. In this case, we successfully used a coronary stent to achieve stable and secure fixation of an unstable left ventricular lead. The use of a coronary stent for left ventricular lead fixation has been previously described in a few case reports, but the technique has not yet been widely adopted.

In comparison with these previous reports, our case demonstrates the successful use of a coronary stent for left ventricular lead fixation in a patient with dilatational cardiomyopathy and an unstable lead position. Despite the rarity of this procedure, the use of a coronary stent may be a viable option for lead fixation in select patients with challenging anatomical features or lead instability.

In summary, our case report highlights the successful use of a coronary stent for lead fixation in a patient with dilatational cardiomyopathy and an unstable left ventricular lead position during CRT-D implantation. While the use of coronary stents for lead fixation is still a relatively uncommon procedure, our case suggests that it may be a safe and effective solution for select patients with challenging anatomical features or lead instability.

Conclusion. Our case report demonstrates a successful application of a coronary stent for left ventricular lead fixation during CRT-D implantation. The use of the coronary stent provided a stable and secure fixation of the lead, ensuring proper functioning of the device. While there are alternative treatment options available, such as the use of additional leads or other lead fixation systems, the coronary stent technique may be a viable alternative for cases where those options are not feasible or have been exhausted.

Although this technique has not been extensively used, our experience suggests that it can be performed safely and effectively with good results. Further studies with larger sample sizes are needed to evaluate the efficacy and safety of this approach compared to other methods of lead fixation.

ОЦЕНКА РОЛИ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ У КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Сарсенбаева Г.И., Бердибеков А.Б.

Казахстанско-Российский медицинский университет,
г. Алматы, Казахстан, Научный центр педиатрии и детской хирургии, г. Алматы, Казахстан

Современная кардиохирургия создала возможность радикальной коррекции многих пороков сердца в раннем детстве, и, конечно же, определила огромный интерес к этой проблеме в различных ее аспектах, в том числе и экстракардиальных причин развития осложнений.

Материал и методы. Анализ 250 детей с ВПС с сопутствующей патологией. Всем детям проведены стандартные методы исследования по протоколу: ЭХОКГ, ЭКГ, рентгенография грудной клетки, клинико-лабораторные исследования, кровь на ВУИ, на прокальцитонин, иммунограмма, ангиокардиография, КТ и МРТ и генетические исследования по показаниям, бактериологические исследования мазков и мокроты из интубационной трубки, трепанобиопсия по показаниям. Все пациенты обсуждались перед операцией специалистами мультидисциплинарного совета.

Результаты. Среди обследованных пациентов: мальчики - 55%, девочки - 45%. По возрасту: 44% новорожденных, 34,4% детей до 6 месяцев и 21,6% детей старше 1 года. Частота сопутствующих заболеваний в группе пациентов с «бледным» типом - 61,8%, а с «синим» типом врожденных пороков сердца (ВПС) - 38,1% случаев. У обследованных пациентов лидирующими были: пневмония и бронхолегочная дисплазия (БЛД) (48%), перинатальная энцефалопатия (33,9%), генетические синдромы - 27,2%, внутриутробная инфекция (18,7%). Среди других нозологий мы выделили: болезни крови - 6,2%, орфанные болезни - 0,3%, некротический энтероколит - 1,3%, прочие - 7%. Была разработана и внедрена шкала коморбидности, которая использована в комплексной оценке с базовой шкалой Аристотеля для прогнозирования рисков развития осложнений перед операцией. На основании комплексной оценки рисков, проводился персонализированный подход к выбору тактики, сроков и методики операции у коморбидных больных: радикальная коррекция - 56,3%, паллиативные операции - 11,6%, отсроченные операции - 7%. Переведены в другие отделения 24,8%, умерли до операции 0,3%. При анализе осложнений наиболее частыми осложнениями были: реализация и прогрессирование пневмонии - 26%, генерализация внутриутробной инфекции и сепсиса - 10%, бронхолегочной дисплазии - 1,1%, нарушение гемостаза в 2,5 %, неврологических нарушений в 15%. Был разработан и внедрен алгоритм бактериального мониторинга. В группе детей с орфанной патологией проведена современная специфическая метаболитная терапия.

Выводы. Наличие сопутствующих заболеваний у кардиологических больных существенно влияет на тактику лечения, сроки операции, развитие осложнений до и после операции, а также увеличивает стоимость ряда дополнительных диагностических процедур.

Коморбидные заболевания требуют значительного увеличения медицинских ресурсов и финансовых затрат, увеличивается продолжительность госпитализации. Иногда именно коморбидные расстройства являются ведущим фактором, ухудшающим предоперационное и послеоперационное течение у кардиохирургических больных.

Наличие сопутствующих заболеваний (внутриутробная инфекция, экстракардиальные пороки развития, пневмония, орфанные заболевания) существенно влияет на постперфузионный период искусственного кровообращения и исход операции.

Существует потребность в мультидисциплинарности у кардиохирургических пациентов и широкого применения комплексного изучения статуса пациента до операции в сочетании с базовой шкалой Аристотеля для объективной оценки рисков развития осложнений на всех этапах лечения.

ПРИМЕНЕНИЕ ТРАСПЕДИКУЛЯРНОЙ ФИКСАЦИИ ПРИ КОМПРЕССИОННЫХ ПЕРЕЛОМАХ ПОЗВОНОЧНОГО СТОЛБА У ДЕТЕЙ

Сауранбай Д.А.², Ибрагимов М.Д.¹,
Нусипкожаев А.И.¹, Курманалиев М.Б.¹

¹ГКП на ПВХ «Центр детской неотложной медицинской помощи», г. Алматы, Казахстан,

²Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Казахстан

Цель работы – оценить и повысить эффективности применения транспедикулярной фиксации (ТПФ) при компрессионных переломах позвоночного столба у детей.

Материалы и методы. В отделении детской нейрохирургии ГКП на ПВХ «Центр детской неотложной медицинской помощи» г. Алматы с мая 2021 г. по май 2023 г. прооперировано 13 детей в возрасте от 15-18 лет с повреждением грудного и поясничного отделов позвоночника, с травматическим стенозом позвоночного канала, сопровождавшая неврологическим дефицитом.

Результаты. Всем больным проведено хирургическое лечение, включающее в себя декомпрессию нервно-сосудистых образований позвоночного столба на уровне травмированных позвоночно-двигательных сегментов (ПДС), коррекцию анатомических взаимоотношений и надежную стабилизацию позвоночника на уровне повреждения, гарантирующую возможность ранней активации больных.

В 12 случаях было проведено спондилотомия транспедикулярной конструкцией Stryker открытым доступом, в одном случае было проведено чрескожная ТПФ.

Осложнения в после операционном периоде наблюдалось в 1 случаях в виде глубокого нижнего парапареза с дисфункцией органов малого таза.

Заключение. Благодаря данного оперативного вмешательства с применением транспедикулярной конструкции мы добились следующего: ранняя трудоспособность, короткий послеоперационный период, укорочение времени инвалидизации.

РЕВЕРСИЯ НЕЙРОМЫШЕЧНОГО БЛОКА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ДЛИТЕЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Чынгышова Ж.А.², Тилеков Э.А.¹, Раимбеков Ж.А.²

¹Кыргызская Государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызстан,

²Национальный хирургический центр имени М.М. Мамакеева, г. Бишкек, Кыргызстан

Актуальность. Применение миорелаксантов при хирургических вмешательствах является неотъемлемой частью анестезиологического пособия. Но миорелаксанты нарушают нейромышечную передачу, обладают побочными эффектами, включающим остаточный нейромышечный блок.

Остаточный нейромышечный блок обнаружили одновременно с началом применения миорелаксантов. Американские анестезиологи К. Beecher и Р. Todd в 1954 г. обнаружили, при применении во время операции миорелаксантов сопровождается большей летальностью по сравнению с оперативными вмешательствами, где миорелаксанты не применялись. При изучении авторами данной проблемы, было выявлено 63% случаев причиной летального исхода являлось развитие дыхательных нарушений при использовании миорелаксантов.

В хирургической практике проблема длительного нарушения нейромышечной проводимости после применения миорелаксантов является очень важной проблемой. По результатам исследования А. Белкина и соавт. (1999), выявлено, что у 15% хирургических больных развивается остаточный нейромышечный блок А.А. Солодов и соавт. (2011) показали, что частота развития остаточного нейромышечного блока у хирургических больных достигает 63,3%. Авторы выявили, что частота остаточного нейромышечного блока в раннем послеоперационном периоде составила 73%, а у больных, которым применяли миорелаксанты в отделении реанимации 48%. Продолжительное нарушение нейромышечной проводимости значительно затрудняет оценку неврологического статуса, как в раннем послеоперационном периоде, так и при лечении хирургических больных в отделении интенсивной терапии. Фактически пациент, у которого имеется нарушение нейромышечной проводимости, находится в бессознательном состоянии («ареактивный» больной), что требует проведения комплекса диагностических мероприятий (выполнение компьютерной и магнитно-резонансной томографии, электроэнцефалографии) для исключения хирургических причин нарушения уровня бодрствования.

Цель работы – изучить остаточные проявления нейромышечного блока, а также его осложнения при использовании различных миорелаксантов у пациентов во время проведения хирургических операций.

Результаты. Данные нашего исследования показали, что скорость возникновения и продолжительность эффектов миорелаксантов, в клинической практике возникают ситуации, способствующие увеличению длительности нейромышечного блока. Факторы влияющие на продолжительность миоплегии: применение высоких доз миорелаксантов, особенно в ситуациях, требующих полной и длительной релаксации, также влияет кумулятивный эффект препарата. При снижении метаболизма/

экскреции миорелаксанта, при развитии почечной или печеночной недостаточности. Электролитные нарушения: гипокалиемию, гипокальциемию, гипермагниемию, гипернатриемию. При низкой температуре тела нейромышечная проводимость значительно затрудняется за счет снижения метаболизма и элиминации миорелаксантов. Взаимодействие миорелаксантов с лекарственными препаратами. К препаратам, способствующим удлинению нейромышечного блока относят ингаляционные анестетики, местные анестетики, блокаторы кальциевых каналов, антиаритмические препараты, некоторые антибиотики (например, аминогликозиды, тетрациклины, ванкомицин, линкомицин).

Заключение. Таким образом, управление нейромышечным блоком позволяет: снизить риски, связанные с движениями пациента, улучшить видимость операционного поля и доступа к нему, создавать пневмоперитонеум с низким давлением.

Мониторинг нейромышечного блока с применением ТОФ или ПТС позволяет оценить и поддержать соответствующий уровень блока во время оперативного вмешательства, и быстро восстанавливать мышечный тонус в послеоперационном периоде после длительных хирургических операций.

ВЛИЯНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖИ НА ПЕРИОПЕРАЦИОННЫЕ ПАРАМЕТРЫ ПОСТУРАЛЬНОГО БАЛАНСА И ОСАНКИ

Эшонходжаев О.Д., Дёмин Н.А.

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

Цель исследования – на основании клинического исследования оценить периоперационные параметры осанки и постурального баланса у пациентов с послеоперационными вентральными грыжами большого и гигантского размера.

Материалы и методы. В исследование включено 128 пациентов с диагнозом послеоперационная вентральная грыжа (ПВГ) большого и гигантского размера, в последующем пациенты были рандомизированы на группы в зависимости от вида хирургического вмешательства: 42 пациентам выполнили переднюю сепарационную герниопластику с диссекцией переднего листка влагалища прямой мышцы живота и формированием так называемой «bridging technique»; 43 пациентам была выполнена задняя сепарационная герниопластика по методике Rives-Stoppa с диссекцией заднего листка влагалища прямой мышцы живота и переходом в фасциальное пространство между поперечной и внутренней косой мышцей передней брюшной стенки; 43 пациентам была выполнена герниопластика по типу TAR с диссекцией ретромускулярного пространства прямой мышцы и продольным пересечением поперечной мышцы с последующим высвобождением поперечной фасции. Для оценки параметров осанки и постурального баланса в периоперационном периоде всем пациентам выполняли растростереофотограмметрию на аппаратной системе DIERS «Formetric-4D», (GmbH, Германия).

Результаты. По результатам предоперационной оценки

светооптической топографии, стабилотрии и бароподометрии среди большинства, 113 (88,3%) участников исследования были выявлены нарушения осанки. Примечательно, что из 15 (11,7%) пациентов с ПВГ не имеющих критических отклонений параметров осанки, все пациенты имели срок грыженосительства менее 1 года, из них 9 (7,0%) участников имели наименьший объем грыжевого мешка ($<120,0 \text{ см}^3$), а также ИМТ менее 30 кг/м^2 . Среди всех участников исследования явления постурально дисбаланса фиксировали в 116 (90,6%) случаях, при этом корреляцию между сроком грыженосительства и иными параметрами выявить не удалось.

В послеоперационном периоде удалось зафиксировать некоторую компенсацию постурального дисбаланса среди всех групп пациентов. Однако наиболее значимый эффект на постуральный баланс оказали методики задней сепарационной герниопластики по типу Rives-Stopppa и TAR. В результате выполненного хирургического лечения показатели постурального баланса значимо ($p < 0,05$) изменились, как по сравнению с дооперационными, так и по сравнению с данными полученными после герниопластики в зависимости от метода хирургического лечения. Таким образом, в группе пациентов, получивших хирургическое лечение в виде герниопластики по методу Rives-Stopppa и TAR средние показатели площади статокинезиограммы составил $254,1 \pm 21,4$ и $245,9 \pm 21,4 \text{ мм}^2$, показатель средней

скорости смещения центра давления в сагиттальной плоскости составил $57,5 \pm 4,7$ и $55,2 \pm 4,3 \text{ мм/г}$, фронтальной плоскости - $34,6 \pm 2,9$ и $33,5 \pm 3,1 \text{ мм/г}$ соответственно. Данные изменения не говорят о полном восстановлении постурального контроля тела у пациентов с ПВГ после герниопластики, однако являются статистически значимо ($p < 0,05$) лучшим послеоперационным исходом по сравнению с передней сепарационной герниопластикой по методу «bridging-technique», где значения площади статокинезиограммы были значительно выше и составили $274,1 \pm 20,5 \text{ мм}^2$, показатель средней скорости смещения центра давления в сагиттальной и фронтальной плоскости составил $59,4 \pm 5,2$ и $35,0 \pm 2,8 \text{ мм/г}$ соответственно.

Закключение. Полученные комплексные послеоперационные данные безусловно демонстрируют эффективность проведения сепарационных герниопластик у пациентов с большими и гигантскими ПВГ ($p < 0,05$). Постепенная компенсация постурального дисбаланса после герниопластики свидетельствует об улучшении функциональной способности миофасциального комплекса передней брюшной стенки нивелируя компенсаторный механизм мышц поясничного и грудного регионов задней части туловища. Растростереофотограмметрия является относительно простым и безопасным методом оценки постурального контроля и нарушения осанки среди пациентов с ПВГ большого и гигантского размера.

VIII. СЕКЦИЯ МОЛОДЫХ УЧЁНЫХ (В ВОЗРАСТЕ ДО 35 ЛЕТ): «АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИИ»

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ КТ- ВИРТУАЛЬНОЙ ТРАХЕОБРОНХОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ РУБЦОВОГО СТЕНОЗА ТРАХЕИ

Адильбек А.А.¹, Конысова С.А.¹, Кадиров Ж.Е.¹,
Конысов М.Н.¹, Шанаев Д.Т.², Алиев А.К.²

¹КГП на ПХВ «Атырауский областной кардиологический центр»,
г. Атырау, Казахстан,

²КГП на ПХВ «Атырауская областная больница №1»,
г. Атырау, Казахстан

Актуальность. В настоящее время проблема диагностики рубцового стеноза трахеи (РСТ) остается актуальной. Одной из причин РСТ длительная искусственной вентиляции легких (ИВЛ). Частота возникновения РСТ по различным данным при ИВЛ варьирует - от 0,3 до 25%. Зачастую пациенты с РСТ - это тяжелобольные, требующие максимально быстрой оценки изменений стенки трахеи, которая является важным прогностическим фактором в лечении подобных пациентов и позволяет улучшить качество жизни, снизить риск осложнений. С внедрением в клиническую практику МСКТ диагностики заболеваний органов дыхания, в том числе виртуальной КТ-трахеобронхографии появились новые возможности диагностики РСТ.

Цель исследования - оценить возможности виртуальной трахеобронхографии в диагностике рубцового стеноза трахеи.

Материалы и методы. Исследования проводились с периодом 2018 г. по июль 2023 г. включительно, были обследованы 26 пациентов с подозрением на стенотическое поражение гортани, трахеи, трахеомалацию, опухолевое поражение трахео-бронхиального дерева и пациентам до и после операций на щитовидной железе для оценки состояния голосовых связок. Исследования проводились на 128 срезовом компьютерном томографе «Philips Ingenuity - 128» с использованием специализированной программы виртуальной эндоскопии на рабочей станции. С целью визуализации патологического процесса пациентам проводили эндоскопическую фибро-трахеобронхографию и мультиспиральную компьютерную томографию – МСКТ. Эндоскопическая трахеобронхография в ряде случаев, при выраженном стенозе, не позволяла оценить состояние трахеи и бронхов дистальнее места сужения. Постпроцессинговая обработка данных МСКТ заключалась в построении 3D-реконструкций трахеобронхиального дерева, виртуальной бронхографии, мультипланарных реконструкциях изображений максимальной и минимальной интенсивности.

Результаты. С помощью комплексного обследования пациентов удалось получить вполне достаточную для хирурга информацию не только о наличии и степени РСТ, но и о сопровождающей его трахеомалации. Чаще всего РСТ локализовался в шейном отделе трахеи у пациентов с длительной

искусственной вентиляцией легких.

Анализ данных, полученных в ходе МСКТ и КТ-виртуальной бронхографии позволил оценить степень стеноза трахеи, протяженность, состояние стенок трахеи, участки обызвествления. В зависимости от формы трахеи во время выдоха у ряда пациентов диагностировали трахеомалацию стенки трахеи. Стандартная МСКТ в настоящее время остается основным методом лучевой диагностики в хирургии трахеи.

Выводы. Виртуальная бронхография -это неинвазивный метод диагностики стенотических поражений трахеи и бронхов, с возможностью наглядно оценить степень и распространенность рубцовых изменений трахеи, предоставляющий дополнительную информацию о внутреннем контуре трахеи и остаточном ее просвете, позволяет выбирать вариант операции, хирургический доступ к пораженному сегменту трахеи. При выраженном стенозе трахеи эндоскопическая бронхография дистальнее места сужения затруднительна и ВБ становится методом выбора для оценки просвета трахеи и бронхов за местом сужения.

THE RESULT OF THE USE OF ENDOSCOPIC HEMOSTASIS IN BLEEDING OF THE UPPER GASTROINTESTINAL TRACT

Berkinbay A.B.¹, Baymakhanov A.N.^{1,2}, Almataev U.K.²,
Raimhanov A.D.^{1,2}, Kaziyeva A.M.¹

¹Kazakh National medical university named after S. D.

Asfendiyarov, Almaty, Kazakhstan,

²City clinical hospital №4, Almaty, Kazakhstan

Relevance. In emergency surgical practice, the problem of bleeding from the upper gastrointestinal tract is still complex. In the world, an average of 40 to 150 cases of gastrointestinal bleeding per 100,000 inhabitants are reported annually. At the same time, the main causes of bleeding are called peptic ulcer disease, which accounts for 30-60% of common cases. In hospitalized patients who were diagnosed with COVID-19 infection, 2% to 13% developed gastrointestinal bleeding at different levels. In our country in 2022, the number of patients diagnosed with UGB increased by 12% compared to 2021, respectively, in 2021 n=10546, in 2022 n=11829 were hospitalized. Of these, n=8684 were registered from bleeding complicated by peptic ulcer disease in 2021, n=9267 in 2022, from bleeding with varicose veins of the esophagus and stomach in 2021 n=1938, in 2022 n=2562 patients.

Arm. Differentiation of the result of endoscopic hemostasis in bleeding from the upper gastrointestinal tract

Material and methods. From January 1, 2018 to May 1, 2023, in the Department of «Surgery» of the City Clinical Hospital №4, Almaty, a retrospective clinical and statistical analysis of n=515 patients who received inpatient treatment for diagnoses of

ICD: K25-K28 (0.4.), K62.5, K92.2 was carried out. Endoscopic hemostasis performed on n=67 patients. The average age of all patients was 50,88±12,93 years, of which the proportion of men was n=307 (59,61%), women n=208 (40,39%). The extent of bleeding on the Glasgow-Blatchford, Rockall and Forrest scales (approved by the European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE)) was analyzed.

The correctness of the differences between the arithmetic mean values was evaluated by the T – criterion of Student's. The difference at the level of p<0,05 was considered statistically reliable.

Results. In our study, endoscopic hemostasis was performed on n=67 patients. Conservative treatment was received by n=948 patients. The total surgical activity was 6,6%.

With stomach and duodenal ulcers - n=42 (62,68%), Mallory-Weiss syndrome – n=15 (22,38%), varicose veins of the stomach and esophagus – n=7 (10,44%), cancer – n=2 (2,98%), Dielafua syndrome – n=1 (1,49%). In particular, injectable hemostasis (epinephrine 1,0ml, ethyl alcohol 70% -2,0ml) – n=48 (71,64%), diathermocoagulation – n=11 (16,41%), mechanical (clipping) – n=8 (11,94%) were performed in patients.

The IA/B value of the Forrest scale met twice as often as the IIA/B values, respectively n=45 (67,16%) and n=22 (32,83%). The patients had an average value of 0,87±0,16 points on the Rockall scale, 12,62±3,45 points on the Glasgow-Blatchford scale, HGB at hospital admission – 83,48±17,09 g/l, HCT – 25,33±10,81%, RBC – 3,158±1,05x10¹²/l (p<0,01).

In patients with n=28 (47,76%), the size of the ulcer was determined to ≤1,0cm, in patients with 1,1-3,0 cm n=11 (19,4%), wounds ≥3,0cm or more – n=2 (2,98%), multiple ulcers – n=1 (1,49%) were detected by endoscopy.

Only n=1 (1,49%) cases of re-bleeding after endoscopic surgery were recorded in 2 days. In patients, the average number of bed days in the intensive care unit was 0,93±0,12 days, in the surgical department – 6,14±2,08 days (p<0,01).

Conclusion. In clinical practice, bleeding from the ulcerative gastrointestinal tract remains a complex and completely unresolved problem due to the complexity of tactical approaches, poor treatment results and a high overall mortality rate. Despite the success of endoscopic hemostasis, intensive care, the use of modern methods of surgical intervention, the mortality rate after surgery can be from 10% to 25%, and in severe ulcerative bleeding it can be 15%-50%, as well as the frequency of relapses - 30%-70%.

The existing methods of endoscopic hemostasis are very effective. Thermal and mechanical methods are comparable in effectiveness, and epinephrine injections should only be used as part of combination methods or in patients with a low risk of bleeding recurrence. It is important that endoscopic hemostasis is accompanied by proton pump inhibitor pharmacotherapy at an optimal dose.

The success of endoscopic hemostasis depends on a timely risk assessment, an individual approach to treatment to reduce the risk of recurrent bleeding. The effect of this method of stopping bleeding from the upper gastrointestinal tract in many studies reaches 94-98%.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ В СРАВНЕНИИ С ТРАДИЦИОННЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ

Замзам Н.Е., Нагасбеков М.С., Нурланбаев Е.К.,
Асланов П.М., Ермашов Б.Ш., Баймаханов Б.Б.
АО «Национальный научный центр хирургии имени
А.Н. Сызганова», отделение общей хирургии,
г. Алматы, Казахстан

Актуальность. Паховые грыжи входят в число самых распространенных хирургических заболеваний. Методы пластики пахового канала можно разделить на 2 группы: «открытые» и лапароскопические. В настоящее время, вопрос о преимуществе того или иного метода пластик остается открытым.

Цель исследования - провести сравнительный анализ результатов пластики паховых грыж лапароскопическим и «открытым» методами, пациентов, проходивших лечение на базе хирургических отделений Национального научного центра хирургии имени А.Н. Сызганова.

Материалы и методы. Материалами данного исследования были 209 пациентов получавших лечение с января 2020 г. по январь 2023 г. в ННЦХ имени А.Н. Сызганова. В плановом порядке по поводу паховой грыжи были прооперированы 209 пациентов. Ретроспективно, пациенты были условно разделены на 2 группы: 1 группа - 155 пациента прооперированных «открытым» методами грыжепластики; 2 группа - 54 пациента прооперированных лапароскопическим методом. Средний возраст пациентов прооперированных открытым методом 58,8 лет (min=16, max=84); Средний возраст пациентов прооперированных лапароскопическим методом составило 45,7 лет (min=19, max=77). До операции всем пациентам был разъяснен характер вмешательства, получено письменно информированное согласие перед включением в исследование. Выбор тактики хирургического лечения в значительной степени определялся наличием сопутствующей патологии в анамнезе и размерами грыжевого выпячивания.

Результаты. Статистических различий между группами в возрасте, в гендерном соотношении: локализации паховых грыж, в размерах грыжевого выпячивания; в размерах грыжевых ворот – не выявлена.

Выявлена статистическая разница по показателям рецидивов грыж: у пациентов прооперированных открытым методом было 22 рецидива; лапароскопическим методом – было 3 рецидива p<0,05.

Также была выявлена статистическая разница по длительности нахождения пациента в стационаре после операции: у «открытых» методов - 3,7 дней (min-2, max-8); у лапароскопических методов - 3,05 дней (min-1, max-6); p<0,05). За время наблюдения послеоперационные осложнения не наблюдались ни в одной группе.

Выводы. Лапароскопический метод по сравнению с «открытым» методом показал меньшую боль в раннем послеоперационном периоде и более короткое пребывание в стационаре. Лапароскопический метод позволяет сократить время восстановления, а также уменьшить количество рецидивов

паховой грыжи. Данный анализ позволяет предположить, что лапароскопический метод герниопластики имеет множество преимуществ над традиционным методом, в частности, более эстетичного вида, быстрого восстановления в послеоперационном периоде и меньшее количество рецидивов.

ОЦЕНКА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ ХИРУРГИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН И КЛИНИЧЕСКИХ НАСТАВНИКОВ ДЕЙСТВУЮЩЕЙ СИСТЕМОЙ ОЦЕНКИ ХИРУРГИЧЕСКИХ КОМПЕТЕНЦИЙ В ВУЗАХ

Жунусов Е.С., Аманова Д.Е.,
Болатбекова А.А., Матюшко Д.Н.
НАО «Медицинский университет Караганды»,
г. Караганда, Казахстан

Введение. Большинство существующих методов оценки знаний и компетенций выпускника медицинских ВУЗов хирургической специальности (тестирование, собеседование, клинический экзамен) направлены на оценку знаний и навыков соответствующей таксономии Блума и требуют участия ментора для проверки ответов или алгоритмов выполнения практического навыка. Оценка удовлетворенности качеством проводимого экзамена хирургических компетенций крайне актуальна для выявления проблем и слабых мест в действующих системах, а также для дальнейшего повышения качества медицинского образования путем совершенствования экзаменационных заданий.

Цель исследования – оценить удовлетворенность преподавателей кафедры хирургических болезней актуальной формой оценки хирургических компетенций типа ОСКЭ и письменным экзаменом в информационных образовательных системах.

Материалы и методы. Данное исследование выполнено в рамках грантового финансирования Комитета науки Министерства высшего образования и науки РК ИРН АР19578688 на базе НАО МУК и НАО МУА. Проведено анкетирование с помощью гугл-формы, вопросы которой были разработаны на основе требований системы менеджмента качества НАО МУК. В опросе приняли участие ППС (профессорско-преподавательский состав) и клинические наставники кафедр хирургических дисциплин - всего 68 человек. Анкета включала в себя вопросы открытого и закрытого типов, качество тех или иных показателей предлагалось оценить по шкале от 0 до 5 баллов, где «5» – это удовлетворен полностью, 0 - «полностью не удовлетворен».

Результаты. По результатам проведенного опроса получены следующие результаты: На вопрос «удовлетворены ли вы качеством существующей системы оценки типа ОСКЭ» - 74% - ответили «удовлетворены частично», 15% – «удовлетворены полностью», 11% – «полностью не удовлетворены». На вопрос «удовлетворены ли вы ролью, отведенной преподавателю на письменном экзамене?» - 17% - «удовлетворены полностью», «удовлетворены частично»- 63% опрошенных, 20% - «полностью не удовлетворены», самой системой письменных ответов на экзамен полностью не удовлетворены 23% опрошенных. Среднее количество неудовлетворительных ответов составило

22,7% – т. о. пятая часть участников опроса полностью не удовлетворена существующей формой экзаменации выпускников хирургов.

Заключение. По результатам проведенного исследования получен высокий процент неудовлетворенности преподавателей, т. о. дальнейшее совершенствование существующих систем оценки знаний и компетенций выпускников медицинских ВУЗов крайне актуальны и необходимы.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КИСТОЗНОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Илияс Б.С., Нагасбеков М.С., Ермашов Б.Ш.,
Нурланбаев Е.К., Досханов М.О., Каниев Ш.А.,
Баймаханов Б.Б.

АО «Национальный научный центр хирургии имени
А.Н. Сызганова», г. Алматы, Казахстан

Актуальность. Кистозный эхинококкоз печени широко распространен во многих странах мира. По данным ВОЗ, в настоящее время эхинококкозом в мире поражено более 1 миллиона человек. Республика Казахстан, а точнее южные регионы страны относятся к эндемичному региону по эхинококкозу печени со стабильно высокими показателями заболеваемости. В настоящее время «золотым стандартом» лечения кистозного эхинококкоза печени остается традиционная хирургия, но с прогрессированием медицины, большее внимание уделяется минимально инвазивным способам лечения.

Цель исследования - оценить эффективность современных методов лечения кистозного эхинококкоза печени.

Материалы и методы. Материалом для данного исследования послужил ретроспективный анализ 457 пациентов с 513 эхинококковыми кистами, перенесших оперативное лечение с января 2017 по декабрь 2022 год. Средний возраст составил 34 (8-81) года. Первичный эхинококкоз печени выявлен у 362 (79,2%) больных, рецидивный встречался у 95 (20,8%) больных. По способу оперативного лечения пациенты были разделены на 3 группы: традиционная эхинококкэктомия – 304 (61,4%); лапароскопическая перицистэктомия – 28 (7%); PAIR – 125 (31,6%). До операции всем пациентам был разъяснен характер вмешательства, получено информативное согласие. Всем пациентам в предоперационном периоде для уточнения размеров, числа и локализации кист печени выполнялись компьютерная томографии и ультразвуковое исследование брюшной полости. Стадирование эхинококкоза печени проводилось на основании результатов УЗИ, согласно классификации ВОЗ (2003 г). В послеоперационном периоде все пациенты принимали противопаразитарную терапию альбесолом по 400 мг х 2 раза в сутки в течение 2-х месяцев.

Результаты. В группе PAIR было значительно больше кист в стадии СЕ1 в сравнении с группами эхинококкэктомия и лапароскопическая перицистэктомия. Длительность операции при выполнении PAIR было значительно меньше в сравнении с лапароскопической перицистэктомией и эхинококкэктомией (56 (23-170) против 217 (110-405) и 224 (45-570) мин $p < 0,05$

соответственно). Интраоперационной кровопотери в PAIR не было, тогда, как в лапароскопической перичистэктомии и в традиционной эхинококэктомии было 103 (10–250) и 144 (0–1000) соответственно. Послеоперационных дней в PAIR было меньше в сравнении с лапароскопической перичистэктомией и эхинококэктомией (3,8 (1–19) против 6,7 (3–16) и 7,4 (3–21) $p < 0,05$ соответственно).

Вывод. Выбором оптимального метода оперативного вмешательства основан на стадии эхинококковой кисты печени. Так эхинококковым кистам печени в стадии CE1, оптимальным методом выбора является PAIR, с последующим лечением противопаразитарной терапией альбозолом. Миниинвазивная технология лечения эхинококкоза печени является многообещающим, но требует дальнейшего исследования и улучшения техники. В мультивезикулярных кистах (CE2–CE3b) наиболее эффективным являются «традиционные» методы лечения.

«CRITICAL VIEW OF SAFETY» ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ В ОБУЧЕНИИ РЕЗИДЕНТОВ

Кожухметов А.М.², Абдикаримов А.М.¹, Калина В.О.¹,
Ильясов Н.К.¹, Нурғалиев Е.Г.¹, Сабербеков С.О.¹,
Джанканова Д.С.¹

¹Национальный научный медицинский центр, отделение общей и торакальной хирургии, г. Астана, Казахстан,

²Назарбаев Университет Школа Медицины,
г. Астана, Казахстан

Цель исследования – определить эффективность и безопасность применения подхода “Critical view of safety” (CVS) при лапароскопической холецистэктомии в обучении резидентов.

Материалы и методы. Во время проведения исследования резиденты общей хирургии, которые проходят клиническую ротацию в отделении общей и торакальной хирургии АО «ННМЦ», выполняли оперативное вмешательство «Лапароскопическая холецистэктомия» под кураторством хирургов-ординаторов этого отделения. Во время операции применялся подход CVS, включающий в себя 3 основных критерия: должны визуализироваться только 2 структуры, отходящие от желчного пузыря; полное выделение нижней трети ложа желчного пузыря; полное выделение гепатопузырного треугольника. Лапароскопическая холецистэктомия проводилась согласно стандартам, принятым в отделении. В целях оценки проводилась видеорегистрация на протяжении всей операции, видео оценивались совместно с хирургами и выставлялась балльная оценка по “CVS score”. Также оценивались длительность операции, объем кровопотери, частота конверсии, интра- и послеоперационные осложнения, частота помощи ментора во время операции.

Результаты. С 07.04.2023 г. по 05.06.2023 г. было проведено 15 операций, среди них 14 пациентов с хроническим холециститом, 1 пациент с острым холециститом. Оценивались 2 резидента. Средняя длительность операции – 73 (± 31) мин.; при хроническом холецистите без выраженного спаечного процесса – 56,8 ($\pm 10,06$); при выраженном спаечном процессе с

адгезиолизисом – 115 ($\pm 32,79$); при остром холецистите 125 мин. Средний объем кровопотери – 10,3 (± 11) мл. Частота конверсии – 0. Интраоперационные осложнения – один случай: десерозация передней стенки двенадцатиперстной кишки (массивный спаечный процесс). Послеоперационные осложнения – 0. Частота помощи ментора во время операции – 1 из 15 операций: на начальном этапе освоения методики CVS, имелся выраженный спаечный процесс в верхнем этаже брюшной полости. Средний CVS score 4,9 ($\pm 1,62$), из них при хроническом холецистите 5,28 ($\pm 0,91$), при остром холецистите – 0. В данном случае имел место острый гангренозный холецистит с перивезикулярным инфильтратом. В момент операции оценен CVS score, который был равен 0, однако, совместно с ментором было решено закончить операцию холецистэктомией от шейки.

Заключение. Во время исследования оценивалась возможность применения методики CVS в целях обучения резидентов. В процессе обучения с каждой успешно проведенной операцией отмечался прогресс, который оценивался посредством CVS score, длительностью операции, низкой частотой интраоперационных осложнений (1 десерозация передней стенки двенадцатиперстной в связи с массивным спаечным процессом), отсутствием послеоперационных осложнений. Отметим, что на начальном этапе освоения методики CVS был 1 случай помощи ментора в связи с выраженным спаечным процессом. Ни в одном из случаев не была произведена конверсия. Также по мере овладения навыком безопасной лапароскопической холецистэктомии резидентом был успешно прооперирован пациент с острым гангренозным холециститом. В данном случае вследствие выраженного перивезикулярного инфильтрата неоднократные попытки выполнения холецистэктомии методикой CVS не увенчались успехом. Интраоперационно совместно с ментором было решено выполнить лапароскопическую холецистэктомию от шейки (CVS score – 0). Из вышесказанного можно сделать вывод, что CVS при лапароскопической холецистэктомии является воспроизводимым, эффективным и безопасным методом при обучении резидентов.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ И МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ С ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ

Масалов А.Е., Абдрахманов С.Т., Әуенов М.Ә.,
Жансеитов Т.Б., Мұқаш Е.Ә., Смағұлов А. Т.,
Оразғалиева М.Т.

НАО «Медицинский университет Семей», кафедра
госпитальной хирургии, анестезиологии и реаниматологии,
г. Семей, Казахстан

Актуальность. Одной из актуальной и распространенной проблемой в хирургии является острый холецистит и требует до 30% госпитализации от всех больных. Острый деструктивный калькулезный холецистит и сопутствующая избыточная масса тела усложняет ее диагностику и лечение.

Цель исследования – применение диагностического алгоритма и малоинвазивных технологии для улучшения результатов хирургического лечения острого деструктивного калькулезного холецистита у больных с избыточным весом.

Материалы и методы. У прооперированных пациентов в хирургическом отделении УГ НАО «МУС» за период 2019 года по поводу ОКХ $n=151$ больной.

Больные разделены на 2 группы: контрольная группа которые госпитализированы согласно действующему протоколу $n=80$ и $n=71$ основная группа госпитализированы с применением разработанного алгоритма. Так же этим же больным в контрольной группе $n=80$ применяли традиционную холецистэктомию, в которую вошли 21 мужчин и 59 женщин в возрасте от 22 до 73 лет (средний возраст $58,7 \pm 4,5$ года). В основной группе $n=71$ с применением разработанного «Универсального ранорасширителя для больных с избыточной массой тела и ожирением», в которую вошли 19 мужчин и 52 женщины в возрасте от 23 до 75 лет (средний возраст $59,3 \pm 4,3$ года). Группы были сопоставимы по ИМТ ($n=151$): предожирение - 45,7%, ожирение 1 ст. - 38,8%, ожирение 2 ст. - 10,6%, ожирение 3 ст. – 4,8%.

Анализировали результаты лечения в двух группах. Разработали алгоритм диагностики, позволивший определить тактику хирургического лечения у больных с ОКХ с избыточной массой тела.

Разработанный ранее способ взят в основу «Способ ультразвуковой диагностики острого обтурационного калькулезного холецистита», (патент РК № 32469 от 03.05.2016г). При УЗИ у больных наряду со стандартными замерами желчного пузыря (ЖП) производятся замеры диаметра D1 и D2 и сравнение поперечного сечения к кругу и изменения формы круга при компрессии датчиком, одновременно определяя эхографический симптом «Мерфи». Если у больного ИМТ превышает норму или страдает ожирением, то стандартное ультразвуковое исследование и УЗИ желчного пузыря с измерением D1 и D2 но после проведения местной инфильтрационной анестезией 50-100 мл 0,5% раствора новокаина в области проекции ЖП с целью создания акустического окна для лучшей проводимости ультразвука при УЗИ диагностике. На новый «Способ ультразвуковой диагностики острого обтурационного калькулезного холецистита у больных с избыточной массой тела и ожирением» получен патент РК №34734 от 27.11.2020 г. При одинаковом диаметре $D1=D2$, и форма поперечного сечения ЖП соответствует форме круга и при производимой компрессии не меняет форму круга, а также имеется положительный эхографический симптом Мерфи, то имеет место острый обтурационный деструктивный калькулезный холецистит.

При отсутствии инфильтрата, ЖП с четкими контурами, при нормальном холедохе проводим ЛХЭ. Когда ЖП с инфильтратом, сморщенный ЖП с не четкими контурами или с расширением холедоха, производим холецистэктомию минидоступом, с применением универсального ранорасширителя с набором инструментов для больных с избыточным весом. Возможно выполнение операции ранорасширителями типа «Лига-7», «San» или произвести ТХЭ. При разном диаметре D1-D2, и форма поперечного сечения ЖП не соответствует форме круга и при производимой компрессии меняет форму круга, а также отрицательный эхографический симптом Мерфи значит имеет место острый не обтурационный деструктивный калькулезный

холецистит. В таких случаях показано консервативное лечение с предоперационной подготовкой и повторное УЗИ в динамике с целью уточнение диагноза. И при наличии показаний к оперативному лечению острого калькулезного холецистита произвести холецистэктомию минидоступом, в с применением универсального ранорасширителя с набором инструментов для больных с избыточным весом или ранорасширителями типа «Лига-7», «San» или произвести ТХЭ.

У больных с острым обтурационным калькулезным холецистом показано радикальное оперативное лечение - холецистэктомию в срочном порядке. Общие противопоказания к эндовидеохирургической операции являются, показанием холецистэктомии из минидоступа. При ЛХЭ во время трудности, можно произвести конверсию на минидоступ или на ТХЭ. Если выполняя холецистэктомию из минидоступа сталкиваемся с затруднениями, то производим конверсию на ТХЭ. И как правило, если в течении 30 мин нет прогресса во время операции или возникло интраоперационное осложнение, надо переходить на ТХЭ.

На данный «Диагностический алгоритм и тактику хирургического лечения острого деструктивного калькулезного холецистита у больных с избыточной массой тела и ожирением» получено авторское свидетельство №13360 от 19.11.2020 г.

«SAN» и Мини-Ассистент – Лига -7 «Медин Урал» широко применяемые аппараты для малоинвазивных оперативных вмешательств. Мы разработали универсальный свой ранорасширитель для хирургического лечения острого калькулезного холецистита у данной категории лиц. Его крючки-зеркала имеют вогнутую поверхность повышая объем операционного поля для манипуляции, достаточную ширину и длину (большие, средние и малые зеркала) для больных с избыточным весом и ожирением. (Евразийский патент №039656 «Универсальный ранорасширитель для больных с избыточной массой тела и ожирением» (УР-ИМТО) регистрационный номер ЕАПВ №201900402 от 10.07.2019 г.).

Результаты. Сводные данные об основных различиях между группами пациентов, ведение которых осуществлялось в соответствии с действующим протоколом диагностики и лечения, и в соответствии с разработанным алгоритмом и комплексом подходов, заметно улучшились в группе с применением разработанным алгоритмом.

Применение нового метода УЗИ способствовало снижению длительности периода диагностики и снизилась длительность предоперационного нахождения пациентов в больнице. Осложнений во время операции снизилась в обеих группах и не имела существенных различий. Алгоритм дал существенно сократить продолжительность пребывания пациентов в стационаре (на 3,8 койко-дня, 35,2%, $p=0,022$). Клинические индикаторы госпитального лечения при использовании разработанного алгоритма и комплексной диагностики и лечении удалось улучшить.

Повреждения других анатомических образований в 1 случае – 1,4%. В группе сравнения были зарегистрированы 4 случая данных осложнений, в сумме составившие 5,0%. Гнойно-воспалительные осложнения было у 3 пациентов (4,2%), плеврит только у 1 больного (1,4%). Соответствующие показатели группы сравнения составили 8 пациентов (10,0%), вне брюшной полости – 6 пациентов (7,5%), в том числе 1 случай пневмонии и 1 сепсис. В совокупности интраоперационные и ранние послеоперационные осложнения у пациентов основной группы наблюда-

дались в 14,1% случаев, группы сравнения – 45,0% ($\chi^2=16,97$, $p<0,001$).

Выводы. Разработанный алгоритм острого калькулезного холецистита у пациентов с острым холециститом и с избыточным весом снизил пребывание на 3,8 койко-дня, 35,2%, $p=0,022$ и уменьшил предоперационное нахождение пациента в больнице (в 3,2 раза, $p<0,001$). «Универсальный ранорасширитель для больных с избыточной массой тела и ожирением» для малоинвазивного хирургического лечения снижает осложнения с 45,0 до 11,4% ($p=0,003$).

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПИЩЕВОДА

Муқанова А.Д., Нағимова Д.М., Нурмуқанова А.С.
АО «Национальный научный центр хирургии имени А.Н. Сызганова», г. Алматы, Казахстан

Цель работы – обозначить важность правильной и последовательной диагностики рака пищевода для своевременного лечения и благоприятного исхода.

Материалы и методы. Статистика по раку пищевода в Республике Казахстан за 2008-2017 гг.; Клинический протокол Министерства Здравоохранения РК по раку пищевода, 2018 г.; Протокола по диагностике злокачественных образований пищевода: North Middlesex University Hospital, London, 2023 г.; Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York, USA, 2023 г.

Изучение литературы и других источников информации по теме исследования; Теоритический анализ и обобщение полученных данных.

Результаты. Исследование показало, что частота новых случаев рака пищевода в Соединенных Штатах Америки составляет 4,2 на 100 000 мужчин и женщин в год, тогда как в РК частота новых случаев рака пищевода составляет 6,8 на 100 000 населения. Значительная разница обусловлена разницей в диагностике злокачественных образований: использованием эндоскопического УЗИ и ПЭТ-КТ в США, тогда как в РК вместо этих методов используют более традиционные (ФЭГДС, рентгеноскопия и КТ).

Заключение. Правильный и своевременный сбор жалоб и анамнеза, физикальных и лабораторных данных, а также последовательная инструментальная диагностика позволяют выявить злокачественные новообразования пищевода на ранней стадии и обеспечить своевременное лечение.

МИНИИНВАЗИВНАЯ КОРРЕКЦИЯ БИЛИАРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ ОТ ЖИВОГО РОДСТВЕННОГО ДОНОРА

Мусина А.С., Досханов М.О., Каниев Ш.А., Баймаханов Б.Б.

АО «Национальный научный центр хирургии имени А.Н. Сызганова», отделение гепатопанкреатобилиарной хирургии и трансплантации печени, г. Алматы, Казахстан

Актуальность. На этапе становления методики ортотопической трансплантации печени (ОТП) частота билиарных осложнений (БО) достигала 50%. Вместе с тем, по данным трансплантационных центров, билиарные осложнения возникают в 10-35% наблюдений после ОТП. Согласно утверждению М. Moser каждая 8-я трансплантация печени сопровождается развитием того или иного вида билиарного осложнения.

Материалы и методы. С 1 декабря 2011 по 1 января 2023 г. в ННЦХ имени А.Н. Сызганова выполнены 178 трансплантации печени от живого родственного донора. По анатомическим типам желчных протоков доноров установлены: тип А в 135 (75,8%), тип В в 16 (8,9%), тип С в 27(15,3%). Коррекция билиарных осложнений проводилась миниинвазивными методами (ЭРХПГ+эндобилиарное стентирование, ЧЧХС, Рандеву метод, метод магнитно-компрессионного анастомоза), а так же методом открытой операции (ГЕА, РеТП).

Результаты. В послеоперационном периоде у 27 (15,2%) пациентов развились БО, из них у 23 (85,2%) рубцовые стриктуры билио-билиарного анастомоза в 4 (14,8%) случаях наблюдалось желчеистечение. По типам желчных протоков БО развились: тип А в 17 (12,6%), тип В в 3 (18,75%), тип С 7 (26%). Методы коррекции билиарных осложнений были поделены на два периода: с 2011 по 2017 г. и с 2018 по 2023 г. Миниинвазивным методом с 2011 по 2017 г. было пролечено 9 (56,3%) пациентов, а открытые операции провели проведены 7 (43,7%) пациентам, в то время как с 2018-2023 было миниинвазивными методами было пролечено 11 (100%) пациентов.

Вывод. В большинстве случаев билиарные осложнения развились у пациентов с С типом желчных протоков. Опыт показывает, что БО хорошо корригируются миниинвазивными технологиями (при наличии мультидисциплинарного подхода и опытного специалиста).

ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ АЛЬВЕОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ

Юрковская А.И., Чжао А.В., Степанова Ю.А., Ионкин Д.А., Маринова Л.А.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» МЗ РФ, г. Москва, РФ

Актуальность. Альвеококкоз печени – это паразитарное заболевание, вызываемое *Echinococcus multilocularis*. Вследствие длительного бессимптомного течения оно диагностируется, как правило, на поздних этапах, при наличии осложненных форм, когда оперативное вмешательство носит уже паллиативный характер, имеется высокий риск развития летальных исходов и, как правило, такие пациенты направляются на трансплантацию печени. При прогрессировании и рецидиве заболевания у ряда больных возникает необходимость проведения повторных оперативных вмешательств.

Цель работы – изучить результаты повторных хирургических вмешательств при альвеококкозе печени.

Материалы и методы. В исследование включено 145 пациентов с альвеококкозом печени, проходивших обследование и лечение в НМИЦ хирургии Вишневского в период с 2009 по

2023 год. Мужчины составили 65 (44%), женщины – 80 (65%). Возраст варьировал от 18 до 83 лет. Средний возраст составил 43 года. При анализе всех пациентов с альвеококкозом печени было отмечено, что ранее оперированы 92 (63%) из 145 пациентов, 5 (5,4%) пациентов были оперированы в ИХВ, в других медицинских центрах – 87 (94,5%). Открытые повторные оперативные вмешательства в центре ИХВ выполнены 27 (29,3%) пациентам.

Результаты. Повторные оперативные вмешательства были разделены на 3 группы: радикальные вмешательства в объеме R0 выполнены 6 (22,2%) пациентам, циторедуктивные вмешательства с оставлением альвеококкового узла на НПВ, средней печеночной вене, по линии резекции, на сегментах печени были выполнены 8 (29,6%) пациентам, резекции печени в дополнении с криодеструкцией, криодеструкцией в чистом виде выполнены половине повторно оперированных пациентов – 13 (48,1%)

В общей сложности после повторных вмешательств осложнения возникли у 19 (70,3%) пациентов: желчные свищи (2), биллома в зоне резекции (4), нагноение гематомы в зоне резекции почки (1), кровотечение (1), реактивный правосторонний плеврит (8), желчный перитонит (1), печеночная недостаточность (1), механическая желтуха (1), тонкокишечная непроходимость (1), серома п/о раны (1). Летальный исход отмечен в 1 (3,7%) случае в группе резекций печени, дополненных криодеструк-

цией. Согласно классификации Clavien-Dindo при повторном лечении альвеококкоза печени осложнения I степени были отмечены у 4 пациентов, II – 0, IIIA – 13, IIIB – 2, IVA – 0, IVB, V – 1.

Противопаразитарную терапию принимали 16 (61,5%) пациентов, длительный прием препаратов отмечен у 10 (38,5%) пациентов в группе повторных резекций печени, дополненных криодеструкцией.

В отдаленном периоде умерло 5 пациентов, в 4-х случаях причиной явилось прогрессирование заболевания, одна пациентка на 63-е сутки послеоперационного периода умерла, ввиду развития на фоне отторжения трансплантата прогрессирующего острого гепаторенального синдрома и острой сердечно-сосудистой недостаточности. У повторно оперированных пациентов общая 5-летняя выживаемость составила 96%, 10-летняя выживаемость – 80%, 15-летняя выживаемость 55%.

Заключение. При повторных оперативных вмешательствах по поводу альвеококкоза печени выполнение радикальных резекций возможно у 22,2% пациентов, циторедуктивных – 29,6%, резекций печени, дополненных криодеструкцией – 48,1%. Повторные оперативные вмешательства позволяют добиться высоких показателей отдаленной выживаемости у пациентов с альвеококкозом печени в комбинации с адекватной длительной противопаразитарной терапией.