

www.vhk.kz



Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова
National scientific center of surgery named after A.N. Syzganov

СПЕЦИАЛЬНЫЙ
ВЫПУСК №1, 2022

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

**ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ҚАТЫСУМЕН
«ХИРУРГИЯ ЖӘНЕ ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯНЫҢ
ӨЗЕКТІ МӘСЕЛЕЛЕРІ» АТТЫ ҚАЗАҚСТАН
ХИРУРГТАРЫНЫҢ III СЪЕЗІНІҢ
МАТЕРИАЛДАРЫ**

**МАТЕРИАЛЫ
III СЪЕЗДА ХИРУРГОВ КАЗАХСТАНА С
МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «АКТУАЛЬНЫЕ
ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ
И ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ»**

**MATERIALS
OF III CONGRESS OF KAZAKHSTAN SURGEONS
WITH INTERNATIONAL PARTICIPATION
«ACTUAL ISSUES OF SURGERY
AND TRANSPLANTOLOGY»**

ISSN 2306-5559 (print)
ISSN 2410-938X (online)

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРЛІГІ
«А.Н. СЫЗҒАНОВ АТЫНДАҒЫ ҰЛТТЫҚ ҒЫЛЫМИ ХИРУРГИЯ ОРТАЛЫҒЫ» АҚ
«ҚАЗАҚСТАН ХИРУРГТАР ҚОҒАМЫ» РҚБ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН
АО «НАЦИОНАЛЬНЫЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ХИРУРГИИ ИМЕНИ А.Н. СЫЗГАНОВА»
РОО «КАЗАХСТАНСКОЕ ОБЩЕСТВО ХИРУРГОВ»

MINISTRY OF HEALTHCARE OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN
JSC «A.N. SYZGANOV NATIONAL SCIENTIFIC CENTER FOR SURGERY»
RPO “KAZAKHSTAN SOCIETY OF SURGEONS”

ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ҚАТЫСУМЕН «ХИРУРГИЯ ЖӘНЕ ТРАНСПЛАНТОЛОГИЯНЫҢ ӨЗЕКТІ МӘСЕЛЕЛЕРІ» АТТЫ ҚАЗАҚСТАН ХИРУРГТАРЫНЫҢ III СЪЕЗІНІҢ МАТЕРИАЛДАРЫ

МАТЕРИАЛЫ III СЪЕЗДА ХИРУРГОВ КАЗАХСТАНА С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ И ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ»

MATERIALS OF III CONGRESS OF KAZAKHSTAN SURGEONS WITH INTERNATIONAL PARTICIPATION «ACTUAL ISSUES OF SURGERY AND TRANSPLANTOLOGY»

Под редакцией:
д.м.н., профессора, академика НАН РК Баймаханова Б.Б.,
к.м.н. Чорманова А.Т.,
д.м.н. Сагатова И.Е.

АЛМАТЫ /ALMATY, 2022

әр тоқсанда шығып тұратын А.Н. Сызғанов атындағы Ұлттық ғылыми хирургия орталығының ғылыми-тәжірибелік журналы
ежеквартальный научно-практический журнал Научного центра хирургии им. А.Н. Сызганова
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

БАС РЕДАКТОРДЫҢ ОРЫНБАСАРЫ

Чорманов А.Т.,

«А.Н. Сызғанов атындағы Ұлттық ғылыми хирургия орталығы» АҚ Басқарма Төрағасының ғылыми-клиникалық және инновациялық қызмет жөніндегі орынбасары, м.ғ.к.

РЕДАКЦИЯ АЛҚАСЫ

Баймаханов Ж.Б., Ph.D
Нерсесов А.В., м.ғ.д.
Сейсембаев М.А., м.ғ.д., профессор
Сұлтаналиев Т.А., м.ғ.д., профессор
Баимбетов А.К., Ph.D
Булегенов 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.
Муратов М.И., м.ғ.к.
Баймаханов А.Н., м.ғ.к.

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)

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 – 500 дана

Корректор: Давенова Н.А.

тел: 87789205192

Жарияланатын мақалалардың мазмұнына авторлар жауапты.

ҚАЗПОЧТА жазылу индексі – 75327

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Баймаханов Б.Б.,

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

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Чорманов А.Т.,

Заместитель Председателя правления по научно-клинической и инновационной деятельности АО «Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова», к.м.н.

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
Булегенов 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.
Муратов М.И., к.м.н.
Баймаханов А.Н., к.м.н.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Susumu Eguchi (Япония)
Wojciech Polak (Голландия)
Remzi Emiroglu (Түркия)
Bulent Oktay (Түркия)
Tamer Turan (Түркия)
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 (Түркия)
Дильгам Магеррамов (Азербайджан)

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 – 500 экз.

Корректор: Давенова Н.А.

тел: 87789205192

Ответственность за содержание публикуемых материалов несут авторы.

Подписной индекс КАЗПОЧТЫ – 75327

EDITOR IN CHIEF

Baimakhanov B. B.,

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

DEPUTY CHIEF EDITOR

Chormanov A. T.,

Vice-Chairman of the Board on scientific-clinical and innovation activity of «A.N. Syzganov National Scientific Center for Surgery» JSC, candidate of medical sciences

EDITORIAL BOARD

Baimakhanov Zh. B., Ph.D
Nersesov A. V., D.Med.Sc.
Seisembayev M. A., D.Med.Sc., prof.
Sultanaliyev T. A., D.Med.Sc., prof.
Baimbetov A. K., Ph.D
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. Ye., 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.

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 Vishnevski (Russia)
Ivan Stilidi (Russia)
Oleg Rummo (Belarus)
Hannu Kuokkanen (Finland)
Ho-Seong Han (Korea)
Mehmet Habera (Turkey)
Dilgam Maherramov (Azerbaijan)

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 for 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 – 500 copies.

Corrector: Davenova N.A.

tel: 87789205192

The authors are responsible for the content of published materials.

Subscript index of KAZPOST – 75327

**I. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВОДА,
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА И ЭНДОКРИННЫХ ОРГАНОВ**

Абдулкеримов З.А., Панченков Д.Н., Иванов Ю.В., Станкевич В.Р., Тупикин К.А., Лискевич Р.В.
**«Fast track» в бариатрической хирургии: влияние на частоту развития ранних
послеоперационных осложнений 20**

Агаев Р.М., Садыхов Ф.Г.
Улучшение результатов лечения больных аутоиммунным тиреоидитом 21

Agayev R.M., Musayev B.V., Jafarli R.E.
Current state of the problem of constipation in adults among the population 21

Аймагамбетов М.Ж., Әуенов М.Ә., Булегенов Т.А., Омаров Н.Б., Абдрахманов С.Т., Масалов А.Е., Мұқаш Е.Ә.
Качество жизни больных с послеожоговой рубцовой стриктурой пищевода и желудка 22

Akhmedov G.K., Gulatov O.M.
Diagnosis and tactics of modern treatment of gastroesophageal reflux disease 23

Ахмедин Д.Н., Макишев А.К., Жакипбаев К.А., Газизова Е.Б., Мырзабай Ж.Б.
**Пластика циркулярных дефектов глотки и шейного отдела пищевода свободными
кожно-фасциальными перфорантными лоскутами 24**

Асибеков Б.А., Түймебаев А.А., Сейдинов Ш.М.
Эндоскопиялық гастростомияның артықшылықтары. 24

Байгусисова Д.З., Мухамеджанова А.Н., Батталова Г.А., Калшабай Е.Е.
Компьютерная томография опухолевых поражений пищевода 25

*Баймаханов Б.Б., Жураев Ш.Ш., Шокебаев А.А., Имаммырзаев Н.Е., Орынбасар Н.Т.,
Канатов К.М., Қазақстан Х., Утқалбаев Г.М., Айжарық Ш.М., Назар Т.А.*
**Анализ результатов хирургического лечения гастроэзофагеальной
рефлюксной болезни. 25**

*Баймаханов Б.Б., Жураев Ш.Ш., Шокебаев А.А., Имаммырзаев Н.Е., Орынбасар Н.Т.,
Канатов К.М., Қазақстан Х., Абдықадыров М.К., Утқалбаев Г.М., Айжарық Ш.М., Назар Т.А.*
Опыт хирургического лечения рака желудка 26

*Баймаханов Б.Б., Жураев Ш.Ш., Шокебаев А.А., Орынбасар Н.Т., Имаммырзаев Н.Е.,
Қазақстан Х., Канатов К.М., Утқалбаев Г.М., Айжарық Ш.М., Назар Т.А.*
Трансаксиллярная тиреоидэктомия в хирургическом лечении узлового зоба 26

Башабаев М.Т.
Лапароскопическая адреналэктомия 27

Бухтаревич С.П., Денисенко В.Л., Гаин Ю.М., Фролов Л.А., Куницкий О.А.
**Использование лазера в лечении доброкачественных неоплазий прямой и
ободочной кишки. 27**

Гуламов О.М., Музаффаров Ф.У., Мухамедов Б.З.
Гастроинтестинальные стромальные опухоли 28

Двухжилов М.В., Стручков В.Ю.
Двухэтапное лечение пациентов с тонкокишечными свищами 28

Денисенко В.Л., Денисенко Э.В., Цыплаков К.Г., Чепик К.О., Смирнов В.К., Дроздов В.М., Соколовский В.О., Хмельников В.Я., Фролов Л.А., Гаин Ю.М., Денисенко Н.В.
Использование лазера в лечении параректальных свищей 29

Денисенко В.Л., Цыплаков К.Г., Смирнов В.К., Хмельников В.Я., Чепик К.О., Гаин Ю.М., Шахрай С.В., Фролов Л.А., Гаин М.Ю., Денисенко Э.В., Дроздов В.М., Соколовский В.О., Смирнов В.К.
Использование лазера в лечении хронической анальной трещины 29

Исмаилов С.И., Лигай Р.Е., Цой А.О., Бекчанов Х.Н., Уралов А.Т., Фарманова Г.
Применения лазеротерапии в хирургическом лечении нейромышечных заболеваний пищевода 30

Исмаилов С.И., Лигай Р.Е., Бабажанов А.С., Цой А.О., Бекчанов Х.Н., Уралов А.Т., Файзуллаев О.А., Давронов Р.С., Усманов К.К.
Анализ осложнений кардиодилатации в лечении больных с ахалазией кардии в сочетании с лазеротерапией 30

Исмаилов С.И., Лигай Р.Е., Цой А.О., Омонов Р.Р., Бекчанов Х.Н., Уралов А.Т., Давронов Р.С., Халиков Ш.Б., Усманов К.К.
Отдаленные результаты пневматической кардиодилатации в сочетании с лазеротерапией в миниинвазивном лечении нейромышечных заболеваний пищевода 31

Kabdrashitov Zh.D., Rashitov A.Zh., Aitymov B.T., Akhmetov B.S., Derigler S.S., Zhuk A.M., Marchenko M.V., Zhumataev D.Zh.
Selective embolization of the thyroid artery as a treatment of a deep cervicomedial goiter. Case study 32

Коньсов М.Н., Ахметгалиев Б.Г.
Тиреоидэктомия и повреждение возвратного гортанного нерва 32

Макишев А.К., Жакипбаев К.А.
Хирургическое лечение редких первично-множественных и местно-распространенных форм рака гортани, шейного отдела пищевода и щитовидной железы 33

Mammadov A.A., Jafarli R.E., Mammadov V.M.
The role of temporary ileostomy in reconstructive operations on the colon 34

Мамлин М.А.
Интерсфинктерные резекции при нижеампулярном раке прямой кишки 34

Нафикова Р.А., Гумеров А.А., Галимов И.И., Каранинский Е.В.
Отдаленные результаты лечения детей с неполной мембраной желудка 35

Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Цой А.О., Хаджибаев Ж.А., Бекчанов Х.Н., Уралов А.Т., Давронов Р.С., Халиков Ш.Б., Усманов К.К.
Результаты кардиодилатации в лечении нейромышечных заболеваний пищевода с применением инфракрасного импульсного лазерного излучения 35

Нуспекова Д.Т., Джумабеков А.Т., Акилов Х.А.
Клиническая эффективность применения rpr-терапии в лечении хронического геморроя 36

Ручкин Д.В., Козлов В.А., Оконская Д.Е., Назарьев П.И., Хамидов М.М.
Эзофагопластика комбинированным висцеральным трансплантатом при сочетанных поражениях пищевода и желудка 37

Ручкин Д.В., Оконская Д.Е., Ковалерова Н.Б., Козлов В.А., Савельева В.А.
Неокклюзионная мезентериальная ишемия в реконструктивной хирургии пищевода и желудка 37

Ручкин Д.В., Назарьев П.И., Оконская Д.Е., Козлов В.А., Савельева В.А.
Единая дифференцированная тактика хирургического лечения рака пищеводно-желудочного перехода. 38

Садыхов Ф.Г.
Изучение особенностей диагностики аутоиммунного тиреоидита 39

Саидова Ф.Х., Ахмедова Л.М., Асланова Ж.Б., Гусейнов Р. Г., Мурадов Н.Ф.
Оценка гематологических показателей при аутоиммунном тиреоидите 40

Спатаев Ж.С., Айтбаев Ч.А., Шарменов А.А.
Трансдуоденальные резекции при опухолях большого дуоденального сосочка 40

Султанов Е.Е., Сергазин Ж.Р., Аннаоразов Ы.А.
Опыт выполнения хирургических вмешательств у пациентов с избыточной массой тела и ожирением 41

Султанов Е.Е., Аннаоразов Ы.А., Сергазин Ж.Р., Аймагамбетов М.Б., Тулегенов М.А., Сатханбаев А.З., Джавланов Т.А., Абдугаппаров И.А., Ирисваев Б.А., Байтемир Е.
Частота возникновения желчного рефлюкса после бариатрической операции. 41

Султанов Е.Е., Сергазин Ж.Р., Аннаоразов Ы.А.
Лапароскопическое хирургическое лечение при сочетании ожирения с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью 42

Султанов Е.Е., Сергазин Ж.Р., Аннаоразов Ы.А.
Ревизионная операция после выполненного минигастрошунтирования. 43

Султанов Е.Е., Сергазин Ж.Р., Аннаоразов Ы.А.
Влияние продольной резекции желудка на гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь у пациентов с морбидным ожирением 43

Sultanov E.E., Annaorazov Y.A., Sergazin Zh.R., Aymagambetov M.B., Tuzelbayev E.R.
The association of helicobacter pylori, eradication and early complications of laparoscopic sleeve gastrectomy. 44

Таштемирова О.Г., Смирнов А.В., Нигматуллин Р.Г., Джакова Г.Е., Конспаева М.Б., Атыгаев Р.А.
Острая кишечная непроходимость как индикатор поликлинического скрининга онкопатологии толстой кишки 45

Толеутайулы К., Жумашев У.К., Есенкулова С.А., Джакипбаева А.К., Токкожаева Г.
Результаты эпидемиологического слежения за распространенностью раком пищевода в Кызылординской области за 1979-1993 и 2006-2020 годы. 46

Tsyplakov K.G., Denisenko V.L., Gain Yu.M.
Laparoscopically assisted colostomy reversal: a single-center experience and the immediate results 46

Шабунин А.В., Багателия З.А., Бедин В.В., Коржева И.Ю., Гугнин А.В., Аникина С.С.
Применение гибридных методов лечения больных колоректальным раком, осложненным острой обтурационной толстокишечной кишечной непроходимостью 47

Ширтаев Б.К., Сундетов М.М., Богданова Д.О., Еримова Н.Ж., Мукашев С.Е.
Лечение последствий химических ожогов пищевода у детей 47

**II. ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ
(ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ, ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ)**

Бабаджанов А.Х., Махмудов У.М., Омонов О.А., Султанов С.А., Шарифжонов С.М., Тургунбоев Э.К.
Выживаемость больных циррозом печени после различных хирургических вмешательств по профилактике пищеводно-желудочных кровотечений 49

Джумабеков А.Т., Жарменов С.М., Калиева С.С., Жанбырбаев С.Ж., Артыкбаев А.Ж.
Эндоскопический гемостаз при язвенном кровотечении желудка и 12-перстной кишки с применением аутологичной плазмы 50

Жусупов К.К., Имангазинов С.Б., Таштемирова О.Г., Казангапов Р.С., Жагапаров Е.А., Рыжиков С.И., Логвиненко Д.И.
Применение эндоскопического гемостаза язвенных гастродуоденальных кровотечений в условиях общехирургического стационара 50

Назиров Ф.Г., Бабаджанов А.Х., Омонов О.А., Байбеков Р.Р., Маткаримов Ш.У.
Сводные результаты хирургического лечения и профилактики кровотечений у больных циррозом печени 51

Рамазанов М.Е., Анартаев С.М., Мауленов Н.Б., Беркинбай А.Б.
Рентгенэндоваскулярная эмболизация в профилактике рецидива кровотечений у пациентов с терминальной хронической почечной недостаточностью. Клинический случай 52

Рысмаханов М.С., Курманбай Г.М., Элмырзаұлы Ж., Айтжанов А.Ж., Колганат М.К., Оразалин Б.Ж., Койшыбаев А.С.
Демографические риски гастродуоденальных кровотечений язвенной этиологии 53

Хаджибаев Ф.А., Ешмуратов А.Б., Мирзакулов А.Г., Хашимов М.А.
Эффективность применения отечественных биополимеров при кровотечении из экспериментальных язв желудка 53

Шабунин А.В., Бедин В.В., Бочарников Д.С., Коржева И.Ю., Араблинский А.В., Цуркан В.А., Соколов К.А.
Язвенные гастродуоденальные кровотечения. Стратегия при высоком риске рецидива 54

Шакеев К.Т., Мусаев А.Э., Дериглазова П.М., Калтаев Г.Ш.
Эндоскопические технологии при гасстроэзофагеальных кровотечениях 55

III. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ

Башабаев М.Т.
Опыт лечения тяжелых форм панкреонероза по данным хирургических отделений Восточно-Казахстанской области 56

Джаркенов Т.А., Жумабаев М.Н., Заирова С.Т., Акатаев Н.А., Мукушев М.М., Нурманов К.Ж., Балшамбаев М.Е.
Связь генетического полиморфизма фактора некроза опухоли альфа, интерлейкина-1, интерлейкина-6 и интерлейкина-10 с риском развития острого панкреатита в казахской популяции 56

Ибадильдин А.С., Кравцов В.И., Ибадильдина С.А., Ашимова Н.А.
Диагностика и лечение послеоперационного панкреатита 57

Корольков А.Ю., Никитина Т.О., Попов Д.Н., Танцев А.О.
Современный взгляд на способы хирургического лечения острого билиарного панкреатита при сочетанном холецистохоледохолитиазе 58

Mammadov A.A., Jafarli R.E., Malikova S.A.
Pathogenetic features of excessive bacterial growth in the small intestine in acute biliary pancreatitis 58

Султаналиев Т.А., Джумабеков А.Т., Жарменов С.М., Калиева С.С., Артыкбаев А.Ж.
Панкреонекрозды емдеуде эфферентті терапияны қолдану 59

Түймебаев А.А., Сайдуллаев Д.Б.
Қалалық аурухана денгейінде жедел панкреатитті және панкреонекрозды емдеудің жаңа әдісі 59

Шабунин А.В., Бедин В.В., Коржева И.Ю., Шиков Д.В., Колотильщиков А.А., Бочарников Д.С., Калашникова Е.А.
Выбор лечебной стратегии у пациентов с панкреонекрозом в зависимости от фазы заболевания 60

IV. ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ

Агаев Р.М., Джафарли Р.Е.
Treatment of acute cholecystitis in elderly patients 61

Аймагамбетов М.Ж., Әуенов М.Ә., Абдрахманов С.Т., Омаров Н.Б., Булегенов Т.А., Масалов А.Е., Мұқаш Е.Ә.
Хирургическое лечение механической желтухи доброкачественного генеза 61

Аймагамбетов М.Ж., Омаров Н.Б., Абдрахманов С.Т., Әуенов М.Ә., Булегенов Т.А., Масалимов Е.О., Масалов А.Е., Мұқаш Е.Ә., Аужанов Д.Б.
Применение диагностического алгоритма в тактике хирургического лечения острого холецистита у больных с избыточной массой тела 62

Айтбаев Ч.А., Жексембаев А.А., Спатаев Ж.С., Мукажанов А.К., Дигай А.К., Шарменов А.А.
Результаты гастропанкреатодуоденальной резекции при злокачественных и доброкачественных заболеваниях 63

Акбаров М.М., Джуманиязов Ж.А., Сайдазимов Е.М., Миролимов М.М., Раззоков Н.Р.
Эндоскопическое стентирование панкреатического протока при панкреато-плевральном свище 64

Акбаров М.М., Нишанов М.Ш., Миролимов М.М., Усмонов А.А., Примов З.М., Гайбуллаев Т.З.
Опыт хирургического лечения синдрома Мирizzi 65

Акбаров М.М., Нишанов М.Ш., Туракулов У.Н., Йигиталиев С.Х., Миролимов М.М., Примов З.М.
Повреждения желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии 65

Акбаров М.М., Туракулов У.Н., Нишанов М.Ш., Миролимов М.М., Усмонов А.А., Раззаков Н.Р.
Хирургическое лечение больных со «свежими» повреждениями магистральных желчных протоков 66

Акбаров М.М., Туракулов У.Н., Джуманиязов Дж.А., Миролимов М.М.
Транспапиллярные вмешательства в лечении доброкачественных стриктур внепечёночных билиарных протоков 66

Алтыев Б.К., Хашимов М.А., Ешмуратов А.Б., Мирзакулов А.Г.
Постманипуляционные осложнения эндоскопической папиллосфинктеротомии 67

Баймаханов Б.Б., Сейсембаев М.А., Чорманов А.Т., Ибекенов О.Т., Досханов М.О., Баймаханов Ж.Б., Тилеуов С.Т., Каниев Ш.А., Серікұлы Е., Скакбаев А.С., Мукажанов Д.Е.
Результаты панкреатодуоденальной резекции при опухолях периапулярной зоны 68

Баймаханов Б.Б., Сейсембаев М.А., Чорманов А.Т., Ибекенов О.Т., Досханов М.О., Баймаханов Ж.Б., Тилеуов С.Т., Каниев Ш.А., Серікұлы Е., Скакбаев А.С., Мукажанов Д.Е.
Результаты панкреатодуоденальной резекции в зависимости от состояния поджелудочной железы и калибра панкреатического протока 68

Башабаев М.Т.
Осложнения после лапароскопической холецистэктомии 69

Ботабаев С.И., Кудербаев М.Т., Алжикеева Г.М., Жумагалиев Н.У.
Хирургическое лечение больных механической желтухой с применением аппарата «Мини-ассистент» 69

Бычковский П.А., Щерба А.Е., Коротков С.В., Ефимов Д.Ю., Кирковский Л.В., Руммо О.О.
Диагностика пострезекционной печеночной недостаточности на основании серологических маркеров 71

Галимов И.И., Нартайлаков М.А., Шакуров Д.Ф.
Анализ лечения больных очаговыми заболеваниями печени 71

Гончаров А.Б., Коваленко Ю.А., Вишневский В.А., Чжао А.В.
Хирургическое лечение «сложного» эхинококкоза печени 72

Гурмиков Б.Н., Степанова Ю.А., Вишневский В.А., Чжао А.В.
Хирургическая тактика при внутривеночной холангицеллюлярной карциноме 72

Двухжилов М.В., Пронин Н.А., Кригер А.Г.
Хирургический взгляд на артериальную анатомию поджелудочной железы 73

Жакиев Б.С., Елемесов А.А., Рысмаханов М.С., Суюндыков Т.С., Аубакиров Г.Б.
Симультанный подход в хирургическом лечении желчнокаменной болезни в сочетании с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и грыжей пищеводного отверстия диафрагмы 73

Звездкина Е.А., Лебедев Д.П., Кедрова А.Г., Астахов Д.А., Панченков Д.Н., Степанова Ю.А., Иванов Ю.В.
Проведение трансартериальной химиоэмболизации нерезектабельных опухолей печени лекарственно насыщаемыми микросферами при сосудистой патологии 74

Звездкина Е.А., Лебедев Д.П., Кедрова А.Г., Астахов Д.А., Панченков Д.Н., Степанова Ю.А., Иванов Ю.В.
Инструментальная оценка изменений гепатобилиарной зоны после трансартериальной химиоэмболизации лекарственно насыщаемыми микросферами 75

Иванов Ю.В., Панченков Д.Н., Сазонов Д.В., Илюшников Е.О.
Применение цифровой эндовидеосистемы Spyglass для дифференциальной диагностики заболеваний желчных протоков 76

Имангазинов С.Б., Жусупов К.К., Каирханов Е.К., Маштаков Д.В., Ардабаев Н.К., Кайтаев А.Т., Шамгунов М.О., Жумабеков А.Н.
Результаты эндоскопической ретроградной холедохопанкреатографии и эндоскопической папиллосфинктеротомии при механической желтухе 76

Ионкин Д.А., Чжао А.В., Степанова Ю.А., Карельская Н.А.
Возможность применения криодеструкции при местнораспространенном раке поджелудочной железы 77

Кабдекенова Ж., Мукажанов Д., Досханов М., Скакбаев А., Каниев Ш., Серикулы Е., Мусина А., Хаджиева А., Сейсембаев М., Чорманов А., Ибекенов О., Баймаханов Б.
Лапароскопическая дистальная резекция при кистозных образованиях поджелудочной железы 78

Каниев Ш.А., Баймаханов Ж.Б., Мусина А.С., Баймаханов Б.Б., Сейсембаев М.А., Ибекенов О.Т., Досханов М.О., Скакбаев А.С., Серикулы Е.
Опыт лапароскопической перичистэктомии при эхинококковых кистах печени 78

Китаева М.А., Корольков А.Ю., Попов Д.Н., Саадулаева М.М., Смирнов А.А.
Тактика лечения беременных женщин с симптомным течением желчекаменной болезни 79

Коваленко Ю.А., Трифонов С.А, Вишнеvский В.А., Чжао А.В.
Реконструктивные и малоинвазивные операции при высоких рубцовых стриктурах желчных протоков 79

Койшибаев Т.С., Молданов Ж.Е., Куспаев Е.Н., Вервейн С.К., Токкулин Е.М.
Использование интраоперационной холедохоскопии в диагностике и лечении холедохолитиаза 80

Корольков А.Ю., Попов Д.Н., Танцев А.О, Багненко С.Ф.
Тактика хирургического лечения стриктур билиодигестивных анастомозов, осложненных холангитом и билиарным сепсисом. 81

Котенко О.Г., Минич А.А., Григорян М.С., Михайлюк О.С., Котенко И.О., Матвиенкив А.О.
Хирургическое лечение васкулобилиарных повреждений печени 81

Марков П.В., Горин Д.С., Галкин Г.В., Арутюнов О.Р.
Минимально инвазивные вмешательства в хирургии опухолей поджелудочной железы 82

Монахов А.Р., Зубенко С.И., Салимов В.Р., Хубезов Л.Д., Болдырев М.А., Готье С.В.
Хирургическое лечение распространенного альвеококкоза печени 82

Муканова У., Алибеков Б., Жамбаева Н.
Применение миниинвазивных технологий в лечении больных с механической желтухой 83

Мукушев М.М., Акатаев Н.А., Жумабаев М.Н., Джаркенов Т.А., Абди Ж.О., Нурманов К.Ж., Балшамбаев М.Е.
Малоинвазивные методы декомпрессии желчевыводящих путей при механической желтухе 84

Назирев Ф.Г., Акбаров М.М., Нишанов М.Ш., Эгамов Б.Ю.
Хирургическое лечение кист поджелудочной железы, осложненных сдавлением органов желудочно-кишечного тракта 84

Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Нишанов М.Ш., Йигиталиев С.Х., Миролимов М.М.
Опыт применения новых технологий при анатомических резекциях печени. 85

Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Нишанов М.Ш., Миролимов М.М., Каменов А.А, Раззоков Н.Р.
Результаты панкреатогастроанастомоза при выполнении панкреатодуоденальной резекции у больных с периапулярными опухолями. 85

Ордабеков С.О., Рыскулов Ж.О., Сейткасымов Е.К.
Тактика лечения больных с механической желтухой 86

Пазилов С.Б., Шуленбаев А.С., Амитов Н.Е., Қуанышбаев Б.М., Әбілпатта А.А., Жалмаганбетов А.А., Киребаев К.А.
Механикалық сарғау кезіндегі ультрадыбыс және интраоперационды холангиография бақылауымен тері, бауыр арқылы холангиостомия 87

Пазилов С.Б., Шуленбаев А.С., Амитов Н.Е., Мантаев Б.Т., Цой В.А., Қуанышбаев Б.М., Әбілпатта А.Ә. Жалмаганбетов А., Алтыбаев Е.С., Киребаев К.А., Аристанова А.Н., Жалимбетов Р.
Бауыр эхинококкозының хирургиялық емі 88

Рамазанов М.Е., Сахипов М.М., Стамкулов Ф.Т., Таубалдиев А.Н., Абдраим И.Т., Байжигитов К.Ж., Мадьяров В.М.
Прием Прингла. Оценка эффективности применения при обширных анатомических резекциях печени 89

Рамазанов М.Е., Сахипов М.М., Мадьяров В.М., Байжигитов К.Ж., Стамкулов Ф.Т., Мауленов Н.Б., Таубалдиев А.Н., Абдраим И.Т.
Собственный опыт реконструктивно-восстановительных оперативных вмешательств при постхолецистэктомических состояниях 89

Рашитов А.Ж., Ахметов Б.С., Дериглер С.С., Жук А.М., Марченко М.В., Кабдрашитов Ж.Д., Жуматаев Д.Ж.
Лапароскопическая холецистэктомия у пациентки с обратным расположением внутренних органов 90

Рустимова К.Р., Игисинов Н.С., Кожахметов С.К., Айтмолдин Б.А., Айгараев Р.Д., Жылкайдар С.Ж., Магазам С.С., Какенова Ж.М.
Миниинвазивная хирургия осложнений желчекаменной болезни 91

Сейткасымов Е.К., Ордабеков С.О., Рыскулов Ж.О.
Эндоскопическая папиллосфинктеротомия при механической желтухе 91

Таштемирова О.Г., Таштемиров К.К., Нигматуллин Р.Г., Джакова Г.Е., Конспаева М.Б.
Ятрогенные повреждения внепеченочных желчных протоков 93

Хаджибаев Ф.А., Гуломов Ф.К., Алиджанов Ф.Б.
Лапароскопические вмешательства при синдроме мирizzi 94

Шабунин А.В., Бедин В.В., Тавобилов М.М., Карпов А.А., Лебедев С.С., Аладин М.Н., Алиева Ф.Ф.
Комбинированное хирургическое лечение больных с эхинококкозом печени «сложной» локализации 94

Шабунин А.В., Бедин В.В., Тавобилов М.М., Карпов А.А., Озерова Д.С.
Модифицированный алгоритм лечения больных с хроническим калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом 95

V. МИНИИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЭКСТРЕННОЙ И ПЛАНОВОЙ ХИРУРГИИ

Абдикаримов А.М., Туганбеков Т.У., Исабеков И.Ш.
Симультанные хирургические вмешательства у больных с новообразованиями органов брюшной и грудной полостей, сочетанных с патологией сердца 96

Анваров Ж.О., Махкамов Н.К., Им В.М., Умаров М.М.
Роль оптической когерентной томографии при чрескожном коронарном вмешательстве 96

Анваров Ж.О., Махкамов Н.К., Им В.М., Умаров М.М.
Роль определения фракционного резерва кровотока в практике интервенционного кардиолога 97

Алексеев А.А., Бобровников А.Э.
Организация и оказание медицинской помощи пострадавшим от ожогов. Актуальные вопросы интенсивного лечения шока и сепсиса 97

Ашимов Ж.И., Динлосан О.Р., Осмонбекова Н.С., Айтиев У., Турдалиев С.А., Орозобеков Б.К., Эгенбаев Р.Т.
Обширные послеоперационные вентральные грыжи: осложнения после оперативного вмешательства 98

Байбеков И.М., Гуламов О.М., Музаффаров Ф.У
Сканирующая электронная микроскопия проленовых сеток и тканей после протезной пластики 98

Баймаханов А.Н., Жұматаев Д.Т., Раимханов А.Д., Қазиева А.М.
Жедел холециститтің холедохолитиазбен қосарласуы кезіндегі бірмезетті хирургиялық емдеу тактикасының нәтижелері 99

Baimakhanov B.B., Chormanov A.T., Madadov I.K., Belgibaev Y.B., Nabiyev Y.S., Syrutov Zh.M., Rgebyev B.G., Saduakas N.T.
Laparoscopic hand-assisted donor heminephrectomy in living donor with horseshoe kidney: clinical case 99

Барсуков А.А., Земсков В.М., Козлова М.Н., Шишкина Н.С., Демидова В.С., Попов В.А., Плотников Г.П., Куликова А.Н., Казённов В.В.
Анализ моноцитов у пациентов с аортокоронарным шунтированием в условиях искусственного кровообращения 100

Белоярцев Д.Ф., Адырхаев З.А., Полянский Д.В.
Оценка отдаленных результатов протезирования брахиоцефального ствола при атеросклеротическом поражении 100

Гуламов О.М., Музаффаров Ф.У., Мухамедов Б.З.
Способы хирургического лечения больных с вентральными постпротезными грыжами 101

Гулзода М.К., Сафаров Б.И., Рузбойзода К.Р.
Лапароскопические и лапароскопически-ассистированные вмешательства при спаечной тонкокишечной непроходимости 101

Джантемирова Н.М., Макишев А.К.
Профилактика лимфореи в раннем послеоперационном периоде у больных раком молочной железы после радикальных мастэктомий 102

Джумабеков А.Т., Жарменов С.М., Бабаханов А.Т.
Применение двухпетлевого узла – «қазық бау» при аппендэктомии у экспериментальных животных 103

Dikhanbay Zh.E, Kerimkulov A.K., Murzabayeva S.K, Zhumagalieva A.T., Altay A.
Postoperative management of patient with a diagnosis: single ventricle. Type A. L - transposition of the great vessels 103

Ешмуратов Т.Ш., Енин Е.А., Жапбаркулова Г.Р., Кусаинов А.Ч., Акимниязова Б.Б., Таменов И.Ж., Шубаткалиева Н.К., Сатаев А.И.
Миниинвазивная хирургия в диагностике и лечении пациентов с новообразованиями вилочковой железы 104

Зуфаров М.М., Бабаджанов С.А., Им В.М., Шерматов М.М., Умаров М.М., Мамиев Н.П.
Оценка эффективности интервенционных вмешательств у больных острым коронарным синдромом 105

Зуфаров М.М., Бабаджанов С.А., Им В.М., Шерматов М.М., Умаров М.М., Мамиев Н.П.
Оценка результатов реканализации хронических окклюзий коронарных артерий у больных с ишемической болезнью сердца 105

Зуфаров М.М., Им В.М., Хамдамов С.К., Умаров М.М., Абдуллаева М.А.
Результаты баллонной митральной вальвулопластики с этапным применением интраоперационной эхокардиографии 106

Зуфаров М.М., Бабаджанов С.А., Им В.М., Шерматов М.М., Умаров М.М., Мамиев Н.П.
Анализ результатов баллонной митральной вальвулопластики стеноза митрального отверстия, осложненного фибрилляцией предсердий 107

Жакипбаев К.А., Макишев А.К.
Хирургическое лечение сложных форм острого и хронического парапроктита. 107

Им В.М., Бабаджанов С.А., Хамдамов С.К., Умаров М.М.
Анализ результатов постоянной септальной правожелудочковой стимуляции при полной атриовентрикулярной блокаде у пациентов с ИБС. 108

Исмаилов С.И., Садыков Р.А., Хужабаев С.Т. Тургунбаев Э.К.
Анализ отдаленных осложнений после герниопластики обширных и гигантских вентральных грыж 108

Исмаилов С.И., Садыков Р.А., Бабажанов А.С.
Травма пищевода в эксперименте 109

Калина В.О., Икласова Д.С.
Клинический случай: атипичное течение острого аппендицита у гериатрического пациента с болезнью Паркинсона 110

Козлова М.Н., Земсков В.М., Алексеев А.А., Шишкина Н.С., Барсуков А.А., Демидова В.С., Бобровников А.Э., Клеузович А.А.
Принципы иммунодиагностики и иммунокоррекции у тяжелообожженных пациентов с гнойно-септическими осложнениями 111

Кожухметов С., Чекаев Р., Алиев М., Оркашбаев Р., Байсын Б.
Миниинвазивное хирургическое лечение спонтанного пневмоторакса 111

Кондараки А.В., Чупин А.В., Кульбак В.А.
Сравнительный анализ госпитальных результатов реваскуляризации подключичной артерии с полным синдромом позвоночно-подключичного обкрадывания 112

Конысов М.Н., Мадешов Е.К., Салина Б.А., Конысова С.А., Таскалиев Ш.Б., Кадыров Ж.Е., Арапов М.О., Шарифова Б.Ш.
Наш опыт в хирургии ветвей дуги аорты: более 500 операций 113

Кузнецов Н.М., Артюхина Е.А.
Сравнение эффективности криобаллонной и комбинированной методик изоляции легочных вен у пациентов с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий: ближайшие результаты 113

Кутюва А.С., Головюк А.Л., Чупин А.В.
Целесообразна ли инвазивная диагностика состояния коронарного русла у кардиологически асимптомных пациентов перед выполнением каротидной эндартерэктомии? 114

Мададов И.К., Белгибаев Е.Б., Набиев Е.С., Сырымов Ж.М., Ргебаев Б.Г. Садуакас Н.Т.
Наш опыт ретроперитонеоскопического иссечения простых кист почек: преимущества и недостатки 115

Малгаждаров Б.О., АуKENOVA Д.Ф., Бидайбаев А.Н., Елубаев Ж.К., Акмолдаев Е.А.
Результаты модернизации оказания хирургической помощи новорожденным с врожденным пороком развития в Карагандинской области. 115

Мальшенко Е.С., Петко С.А., Гасангусенов М.Г., Новиков М.А., Кадырова М.В., Попов В.А., Ревитшвили А.Ш.
Профилактика хирургических осложнений, ассоциированных с повторной срединной стернотомией при операциях на сердце 116

Мендыбаев А.А., Фурсов А.Б., Исмагамбетова Б.А., Коваленко Т.Ф., Даленов Н.Е., Ермекбай Е.
Современные подходы к хирургическому лечению наружных вентральных грыж. 116

Нурманов К.Ж., Акатаев Н.А., Жумабаев М.Н., Джаркенов Т.А., Мукушев М.М., Абди Ж.О., Балшамбаев М.Е.
Асқазан және 12 елі ішектің алдыңғы қабырғасының тесілген жарасын лапароскопиялық тігу әдісінің тиімділігі 117

Ордабеков С.О., Рыскулов Ж.О., Сейткасымов Е.К., Ордабеков Е.С.
Современные технологии в хирургии брюшной полости 118

Ордабеков С.О., Рыскулов Ж.О., Ордабеков Е.С., Жумашев С.Ш.
Некоторые вопросы снижения послеоперационных осложнений при остром аппендиците 119

Пазиллов С.Б., Шуленбаев А.С., Амитов Н.Е., Қуанышбаев Б.М., Әбілпатта А.А., Жалмаганбетов А.А., Киребаев К.А.
Анализ результатов лапароскопических методов лечение паховых грыж. 120

Панкратьев Р.М., Галимов И.И., Тимершин А.Г., Иванов С.С.
Имплантация стимулятора блуждающего нерва при лечении фармакорезистентной эпилепсии у детей 120

Панченков Д.Н., Абдулкеримов З.А., Семенякин И.В., Габдуллин А.Ф., Лискевич Р.В., Тупикин К.А.
Технология дополненной реальности – удобный инструмент в арсенале хирурга 121

Попов В.А., Малышенко Е.С., Новиков М.А., Ревшвили А.Ш.
Результаты минимально инвазивного эндоскопически ассистированного шунтирования коронарных артерий 121

Попов В.А., Гасангусенов М.Г., Малышенко Е.С., Кадырова М.В., Ревшвили А.Ш.
Результаты протезирования аортального клапана механическими протезами с улучшенными характеристиками при узком фиброзном кольце 122

Ревшвили А.Ш., Попов В.А., Малышенко Е.С., Анищенко М.М.
Ближайшие и отдаленные результаты симультанной операции лабиринт V при коронарном шунтировании 122

Ревшвили А.Ш., Попов В.А., Малышенко Е.С., Анищенко М.М.
Результаты рандомизированного клинического исследования по профилактике фибрилляции предсердий после коронарного шунтирования (PULVAB) 123

Ревшвили А.Ш., Попов В.А., Плотников Г.П., Малышенко Е.С., Анищенко М.М.
Симультанное лечение пароксизмальных форм фибрилляции предсердий при операциях коронарного шунтирования 123

Ревшвили А.Ш., Попов В.А., Малышенко Е.С., Анищенко М.М., Стребкова Е.Д.
Торакоскопическое лечение рецидива фибрилляции предсердий после катетерной абляции 124

Рустемова К., Кожаметов С., Чекаев Р., Алиев М., Оркашбаев Р., Байсын Б.
Лечебно-диагностическая торакоскопия при открытых проникающих ранениях органов грудной клетки 125

Рыскулов Ж.О., Ордабеков С.О., Ордабеков Е.С.
Пути повышения эффективности работы экстренной хирургической службы 125

Sapunov A.V., Sagatov I.Y., Ormanov B.K.
Physician modified endovascular stent-graft in patient with dissecting thoracic aortic aneurysm. Case report. 128

Сарыгин П.В., Гущина Н.В.
Выбор метода хирургического лечения пациентов с послеожоговыми рубцовыми контрактурами плечевых суставов 128

Степанова Ю.А., Султанова Н.О., Копыльцов А.А., Арутюнян Н.Э., Калинин Д.В.
Лечение пациентов с последствиями введения вазелинового масла в мягкие ткани в эстетических целях 129

Таштемирова О.Г., Куликов В.Л., Нигматуллин Р.Г., Бельбеев А. К., Тусупбаева Ж.Е.
Анализ проведения видеоэндоскопических вмешательств в центре амбулаторной хирургии 130

Таштемирова О.Г., Мусабеков А.Т., Таштемиров К.К., Нигматуллин Р.Г., Джакова Г.Е.
Современный подход лечения острого калькулезного холецистита 131

Тулугтаев Р.М., Музаев В.Р., Нурбай Ж.Н.
Оценка гемодинамических параметров кровотока шунтов после операции аортокоронарного шунтирования с помощью ультразвукового аппарата Miraq Cardiac Medistim 132

Тулеутаев Р.М., Нурбай Ж.Н.
Генетические особенности пациентов с гипертрофической кардиомиопатией 132

Тулеутаев Р.М., Нурбай Ж.Н.
Хирургическое лечение гипертрофической кардиомиопатии 133

Уваров Д.Ю., Мирманова Ж.Р., Жанарстанов Е.У., Абдумуталов Н.К., Баяхметов И.М.
Острая кишечная непроходимость, как редкое осложнение после лапароскопического устранения паховых грыж 133

Хаджибаев Ф.А., Мирсидиков М.А., Халилов А.С.
Современные методы диагностики при ранениях сердца мирного времени 134

Худайбергенов Ш.Н., Эшонходжаев О.Д., Аманов Б.Б., Очилов Ж.У.
Совершенствование комплексного хирургического лечения больших тимомами с миастеническим синдромом 135

Чертова А.Д., Гогия Б.Ш., Аляутдинов Р.Р.
Хирургическое лечение сложных послеоперационных вентральных грыж по методике “Sandwich” 136

Чупин А.В., Вердиханов Н.И., Сапелкин С.В.
Предикторы развития метастатической болезни у пациентов с каротидными параганглиомами 137

Шабунин А.В., Багателия З.А., Бедин В.В., Гугнин А.В.
Эндовидеохирургическое лечение больных с паховыми грыжами в условиях многопрофильного стационара 137

Шабунин А.В., Багателия З.А., Бедин В.В., Коржева И.Ю., Галаева Е.В., Чернов М.В., Грачёв А.А.
Современные возможности экстренной колоноскопии в диагностике и лечении острой толстокишечной непроходимости в условиях многопрофильного стационара 138

Шпилянский Э.М., Конысов М.Н., Сухарева Т.В., Морозов К.М., Мадешов Е.К.
Нужно ли оперировать извитость внутренней сонной артерии? 138

Эгамов Ю.С.
Патогенетическое обоснование лимфатической терапии при остром перитоните 139

VI. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ И ПЕЧЕНИ

Абдуллозода Д.А., Пиров Б.С., Самадов А.Х., Изатшоев А.А.
Распространённость хронических заболеваний почек нуждающихся в трансплантации 141

Айнакулов А.Д., Мустафинов Д.А., Куттумуратов Г.М., Дженалаев Д.Б., Рахимжанова С.С., Исаков С.Е., Манайбекова Ж.А., Мустафинова Г.Т., Иманбердиев Ж.Ж., Абдимажитов Б.Х., Жарасов Д.А., Тасжуреков А.О., Тобыл А.С.
Результаты трансплантации почек у детей 141

Акбаров М.М., Исмаилов С.И., Ибадов Р.А., Джанбеков Т.А., Нишанов М.Ш., Миролимов М.М., Усманов А.А., Примов З.М.
Первый опыт родственной трансплантации печени от живого донора 142

Анисимов А.А., Ибрагимов Р.А., Кузнецов М.В., Анисимов А.Ю.
Социальный проект по популяризации органного донорства в Республике Татарстан 143

Baimakhanov B.B., Chormanov A.T., Madadov I.K., Belgibaev Y.B., Nabiyev Y.S., Syrytov Zh.M., Rgebyev B.G., Saduakas N.T.
Current status of cadaveric kidney transplantation in Kazakhstan 143

Бахритдинов Ф.Ш., Маткаримов З.Т., Комилова Д.Н., Элмуродова Н.Б., Суюмов А.С., Собиров Ж.Г., Махмудов К.О., Ахмедов А.Р., Азимова М.Т., Абдугафуров З.У., Рустамов М.О., Уринов Ж.Б., Саатова У.М.
Опыт ведения реципиентов почечного трансплантата с диагнозом хронический гепатиты В и С в условиях «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова» 144

Бахриддинов Ф.Ш., Маткаримов З.Т., Азимова М.Т., Собиров Ж.Г., Ахмедов А.Р., Махмудов К.О., Саатова У.М., Абдугафуров З.У., Рустамов М.О., Уринов Ж.Б., Комилова Д.Н., Элмуродова Н.Б.
Результаты проведения трансплантации почки с различной вариантной анатомией почечных артерий. 144

Донбай А., Байтуреев Б., Муканова У., Умбетжанов Р., Шауенов Т.
Трансплантация печени от живого донора 145

Донбай А., Муканова У., Айтуов К., Ли В., Байтуреев Б.
Анализ трансплантаций печени и почек от живого донора 146

Досханов М.О., Баймаханов Б.Б., Баймаханов Ж.Б., Скакбаев А.С., Каниев Ш.А., Серикулы Е.С., Исмаатов А.У., Абжаппарова Б.С., Ильясова Б.С., Чорманов А.Т., Сейсембаев М.А., Тилеуов С.Т., Хаджиева А.А., Мусина А.С., Мукажанов Д.Е., Кабдекенова Ж.Б.
Трансплантация печени в Национальном научном центре хирургии имени А.Н. Сызганова 147

Досханов М.О., Баймаханов Б.Б., Баймаханов Ж.Б., Скакбаев А.С., Каниев Ш.А., Серикулы Е.С., Исмаатов А.У., Абжаппарова Б.С., Ильясова Б.С., Чорманов А.Т., Сейсембаев М.А., Тилеуов С.Т., Хаджиева А.А., Мусина А.С., Мукажанов Д.Е., Кабдекенова Ж.Б.
Билиарные осложнения после трансплантации правой доли печени от живого донора 147

Жумуков А.Р., Жексембаев А.А., Спатаев Ж.С., Сапарбай Д.Ж.
Клинический случай: экстраанатомическая реконструкция артериального анастомоза трансплантата печени 148

Зубенко С.И., Салимов В.Р., Хубезов Л.Д., Болдырев М.А., Монахов А.Р., Готье С.В.
Ренопортальный анастомоз при трансплантации печени от посмертного донора 148

Исмаилов С. И., Бахритдинов Ф.Ш., Маткаримов З.Т., Собиров Ж.Г., Махмудов К.О., Ахмедов А.Р., Абдугафуров З.У., Саатова У. М., Рустамов М.О., Уринов Ж.Б., Комилова Д.Н., Элмуродова Н.Б.
Анализ непосредственных результатов трансплантации почки от живого родственного донора, выполненных в ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова» 149

Котенко О.Г., Минич А.А., Григорян М.С., Михайлюк О.С., Котенко И.О., Матвиенкив А.О., Шарапов А.В., Дыховичная Н.Ю.
Особенности гемодинамики и функциональное состояние трансплантата правой доли печени 149

Madadov I.K., Belgibayev E.B., Dabyltayeva K.S., Nabiyev Y.S., Rgebaev B.G., Saduakas N.T.
The role of CMV infection in renal allograft dysfunction 150

Монахов А.Р., Семаш К.О., Хизроев Х.М., Готье С.В.
Лапароскопическое изъятие фрагментов печени в практике прижизненного донорства: опыт одного центра 151

Муканова У., Байбекова Ж., Шауенов Т., Байбеков А., Умбетжанов Р.
Ультразвуковое исследование трансплантата печени 152

Рысмаханов М.С., Мусин Н.М., Жакиев Б.С., Haberal M.
Ретроградная венозная реперфузия почки – экспериментальное исследование 152

Saparbay J., Assykbayev M., Abdugafarov S.
HLA antibodies in kidney transplantation outcomes 153

Saparbay J., Assykbayev M., Abdugafarov S.
HLA desensitization in kidney transplantation 153

Mitsuhiisa Takatsuki, Susumu Eguchi, Masakazu Yamamoto, Hiroki Yamaue, Yasutsugu Takada
**The outcomes of thrombotic microangiopathy after liver transplantation:
a nationwide survey in Japan 154**

*Туртабаев Б.У., Баймуратова А.О., Нарбаев Д.А., Устемиров Е.Б., Азходжаев А.А.,
Капусиди К.Г., Тулебеков Б.Т., Джошибаев С.*
Трансплантация почки от живого родственного донора: наш опыт 154

Хаджибаев А.М., Хаджибаев Ф.А., Султанов П.К., Эргашев Д.Н., Исматов А.А.
Проблемы подбора донора в трансплантации почки 155

Шабунин А.В., Дроздов П.А., Нестеренко И.В., Макеев Д.А., Журавель О.С.
**Отсроченная функция почечного трансплантата от посмертного донора.
Многофакторная проблема – комплексный подход 155**

Шабунин А.В., Парфенов И.П., Бедин В.В., Минина М.Г., Дроздов П.А., Левина О.Н., Цуркан В.А.
**Программа трансплантации печени в многопрофильном скорпомощном городском стационаре.
Организационная необходимость и преимущества в реализации 156**

*Щерба А.Е., Коротков С.В., Штурич И.П., Ефимов Д.Ю., Федорук Д.А., Бучкина Е.И.,
Дзяздько А.М., Руммо О.О.*
**Вопросы применения «спасительной» гепатэктомии и временного портокавального
шунта при urgentных показаниях к ретрансплантации печени 157**

VII. АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ В ХИРУРГИИ

Анисимов А.Ю., Якубов Р.А., Ибрагимов Р.А., Кузнецов М.В., Анисимов А.А.
NPWT – терапия при панкреатогенном сепсисе 158

Гейзе А.В., Королева Ю.В.
**Преимущества и недостатки высокопоточной назальной оксигенотерапии у пациентов
после вмешательств на пищевводе 158**

Ералина С.Н., Исмаилов Е.Л., Еспенбетов Е.Б., Аскарбеков Ж.С.
**Индекс вариации плетизмограммы как способ оценки ответной реакции на
инфузионную терапию у пациентов в критическом состоянии 159**

Ералина С.Н., Рамазанов М.Е., Исмаилов Е.Л.
**Многopараметрическая общая анестезия под контролем обработанной
электроэнцефалограммы как профилактика послеоперационного делирия 160**

Зацаринный А.В., Мейрамбек М.Б.
**Ротационная тромбоэластометрия в хирургии острой диссекции
аорты I типа по Дебейки. 160**

Ибадов Р.А., Ибрагимов С.Х., Бурхонов Б.Б.
**Смена парадигмы тактики респираторной терапии при COVID-19 ассоциированном
остром респираторном дистресс синдроме 161**

Ибадов Р.А., Ибрагимов С.Х., Хакимов Б.Б.
Особенности седативной терапии у пациентов с пневмонией COVID-19 и психоэмоциональными нарушениями 161

Ибадов Р.А., Ибрагимов С.Х., Мардонов Ж.Н., Азизова Г.М.
Изучение особенностей заживления геморрагического трахеобронхита на фоне экспериментальной модели повреждения слизистого слоя трахеи 162

Ибраимова А.Б., Алимханова Г.Н., Динабеков А.М., Сұлтанқұл М.С., Токобаева М.Т.
Обезболивание детей в раннем послеоперационном периоде 163

Кожанова А.В., Плотников Г.П.
Послеоперационное обезболивание при открытой хирургии брюшного отдела аорты 163

Кожанова А.В., Аль-хаддад Хамед А.
Особенности послеоперационного обезболивания у пациентов с низким уровнем сознания 164

Куандыков Т.К., Мутагиров В.В.
Оценка гемостаза и его коррекция у пациентов при трансплантации печени 165

Куандыков Т.К., Мутагиров В.В.
Клиническое питание как компонент интенсивной терапии у пациентов с острой патологией поджелудочной железы 165

Куандыков Т.К., Мутагиров В.В.
Клинический опыт применения линезолида у пациентов хирургического профиля 166

Куандыков Т.К., Мутагиров В.В.
Место малообъемной инфузионной терапии в лечении хирургических больных 166

Kuandykov T.K., Mutagirov V.V.
Fresh frozen plasma transfusion in patients with liver cirrhosis after liver transplantation 167

Kuandykov T.K., Mutagirov V.V.
Coagulation tests in patients underwent liver transplantation. Coagulogram vs thromboelastogramm 167

Kuandykov T.K., Mutagirov V.V.
When do we use blood products for coagulation management after liver transplantation 168

Kuandykov T.K., Mutagirov V.V.
When platelets transfusion in liver transplantation is needed? 168

Kuandykov T.K., Mutagirov V.V.
Genetic risk factors of cerebrovascular events 168

Kuandykov T.K., Mutagirov V.V.
Genetic predisposition for bacterial infection in cirrhotic patients 169

Kuandykov T.K., Mutagirov V.V.
Pediatric liver transplantation patients' issues in our practice 169

Миербеков Е.М., Батырханов М.М.
Респираторная поддержка при хирургическом лечении двухстороннего эхинококкоза легких 170

Миербеков Е.М., Илялетдинов И.Д.
Резервирование собственной крови для лечения анемии и переливание донорской крови у больных при операциях на сердце в условиях ИК. 170

Мырзагали Б.Б., Ирисматов А.А., Канат А.А., Кушенова С.Ж.
Связь интра- и послеоперационной гипотензии с развитием делирия в отделении интенсивной терапии 171

Мустафин А.Х., Байтерек Б.А.
Сравнительный анализ эффективности применения тотальной внутривенной и ингаляционной анестезии при кардиохирургических операциях у взрослых 171

Mutagirov V.V., Kuandykov T.K.
Preventing airway complications in pediatric major surgery 172

Самаганова С.Н., Ашырбаев А.А., Мамбеталиева Д.С., Самаганова А.Н.
Развитие региональных методов анестезии при операции кесарево сечение в Кыргызской Республике 172

Сезина Е.И., Кохановский Е.В., Дзядзько А.М.
Опыт применения безопиоидной анестезии в бариатрической хирургии у пациентов с морбидным ожирением 173

Токобаева М.Т., Алимханова Г.Н., Ибраимовой А.Б., Султанкул М.С., Динабеков А.М.
Использование парацетамола у новорожденных в раннем послеоперационном периоде. 173

Чынгышова Ж.А., Тилеков Э.А., Бигишиев М.М.
Обеспечение анестезиологического пособия в амбулаторной экстренной хирургии 174

Шарипова В.Х., Лутфиллаев О.К., Бердиев Н.Ф.
Современные аспекты диагностики послеоперационного делирия 174

Шарипова В.Х., Лутфиллаев О.К., Бердиев Н.Ф.
Новый подход к лечению послеоперационного делирия у больных, перенесших экстренные оперативные вмешательства: сравнительное исследование. 175

Шарипова В.Х., Абдулхамидов А.А., Валиханов А.А., Алимов А.Х.
Применение блокады PENG-block при остеосинтезе бедренной кости 176

Шарипова В.Х., Алимов А.Х., Валиханов А.А.
Нейрокогнитивные нарушения после ортопедических операций 176

Шарипова В.Х., Фокин И.В.
Применение фасциальной блокады мышцы выпрямляющей спину для обезболивания больных с множественными переломами ребер 177

Шарипова В.Х., Фокин И.В.
Анестезиологическое обеспечение при одномоментном остеосинтезе верхней и нижней конечности 178

Шарипова В.Х., Сиябаев Ф.Х., Алимов А.Х.
Одномоментная блокада пространства мышцы, выпрямляющей спину для периоперационной анальгезии при донорской нефрэктомии 179

Шарипова В.Х., Бердиев Н.Ф., Лутфуллаев О.К., Jabborova M.I.
Особенности течения и исходы острых повреждений почек у септических больных. 180

Шарипова В.Х., Бокиев К.Ш., Бердиев Н.Ф., Лутфуллаев О.К.
Частота встречаемости острого повреждения почек у реанимационных больных 180

VIII. СЕКЦИЯ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ

Аскеев Б.Т., Баймаханов Ж.Б., Нурланбаев Е.К., Каниев Ш.А., Нагасбеков М.С.
Сравнительный анализ лапароскопической дистальной резекции поджелудочной железы с и без спленэктомии 181

Ахмет Д.Д., Исаев М.И., Баймаханов Ж.Б., Асланов П.М., Нурланбаев Е.К., Биржанбеков Н.Н., Ермашов Б.Ш., Астай А.А., Нагасбеков М.С., Чорманов А.Т., Баймаханов Б.Б.
Сравнительный анализ результатов традиционных геморроидэктомий и метода «HAL-RAR» 181

Дедух Е.В.
Результаты высокоплотного картирования у пациентов с фибрилляцией предсердий: роль зон низкоамплитудной активности 182

Калихан Д.У.
Новый способ герниопластики при паховых грыжах 182

Калшабай Е.Е., Байгуисова Д.З., Мухамеджанова А.Н., Досханов М.О., Кабиденев А.К.
Возможности компьютерной томографии в оценке панкреонекроза и его осложнений 183

Мукажанов Д.Е., Кабдекенова Ж.Б., Досханов М.О., Баймаханов Б.Б., Сейсембаев М.А., Чорманов А.Т., Баймаханов Ж.Б., Скакбаев А.С., Каниев Ш.А., Серикулы Е.С., Хаджиева А.А., Мусина А.С., Оспан Ж.Р.
Опыт лапароскопических резекций печени в ННЦХ имени А.Н. Сызганова 184

Мустафаев А.Л.
Хирургия закрытых повреждений поджелудочной железы 184

Огизбаева А.В., Кадырова И.А., Тургунов Е.М., Шакеев К.Т., Мугазов М.М.
Количественное определение ДНК бактерий в мезентериальных лимфатических узлах при колоректальном раке методом полимеразной цепной реакции 185

Рагузина В.Ю., Степанова Ю.А., Галстян А.В., Байтман Т.П., Полотбек уулу Ж., Кадырова М.В., Грицкевич А.А.
Комплексное обследование и лечение больных раком почки с сочетанными хирургическими заболеваниями 186

Сапиева С.Т., Абатов Н.Т., Бадыров Р.М., Бадырова Е.С.
Паховая грыжа: новый метод хирургического лечения «без натяжения» 186

Сарина Т.Т., Керимкулов А.К.
Конверсионная терапия у пациентов с IV стадией рака желудка. Клинический случай 187

Стребкова Е.Д.
Отдаленные результаты торакоскопической аблации фибрилляции предсердий 187

Хамитов Ж.Ж.
Функциональные результаты после органосохраняющей операции рака прямой кишки. Синдром низкой передней резекции. 188

I. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВОДА, ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА И ЭНДОКРИННЫХ ОРГАНОВ

«FAST TRACK» В БАРИАТРИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ: ВЛИЯНИЕ НА ЧАСТОТУ РАЗВИТИЯ РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Абдулкеримов З.А.¹, Панченков Д.Н.^{1,2,3},
Иванов Ю.В.^{1,2}, Станкевич В.Р.², Тупикин К.А.¹,
Лискевич Р.В.^{1,3}

¹ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова»

МЗ РФ, г. Москва, Российская Федерация,

²ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий ФМБА РФ»,

г. Москва, Российская Федерация,

³ФГБУ «Научно-практический центр лазерной медицины имени О.К. Скобелкина ФМБА РФ»,
г. Москва, Российская Федерация

Актуальность. В современном мире проблема комплексного лечения пациентов с ожирением и лишним весом набирает актуальность, затрагивая все слои населения, независимо от социальной и профессиональной принадлежности, возраста, пола и региона проживания. Согласно множеству проведенных исследований установлено, что больные ожирением больше дней проводят на листе нетрудоспособности, имеют больше осложнений после операций и анестезиологических пособий. На сегодняшний день бариатрическая хирургия является наиболее эффективным методом лечения ожирения и сопутствующих заболеваний для пациентов с тяжелой формой ожирения или ИМТ более 35 кг/м². Число осложнений в бариатрической хирургии невелико и продолжает снижаться по мере накопления мирового опыта, совершенствования хирургической техники и развития аппаратно-инструментального обеспечения. В настоящее время сообществом бариатрических хирургов продолжается работа по выработке консенсуса применительно к внедрению программы ускоренной реабилитации в хирургии ожирения.

Цель исследования – оценить возможность применения элементов программы ускоренной реабилитации у пациентов с избыточным весом в периоперационном периоде при проведении бариатрических операций.

Материал и методы. За период с января 2018 г. по декабрь 2021 г. проведено 96 операций пациентам с избыточным весом, из них: продольная резекция желудка – 67 (69,8%), ми-

нигастрошунтирование – 24 (25%), реконструктивные операции после продольной резекции желудка (реконструкция после продольной резекции в мини-гастрошунтирование) – 5 (5,2%). Оперированы пациенты с 21 года до 64 лет, средний возраст 53,4 года, мужчин 35 (36,46%), женщин 61 (63,5%), ИМТ от 35,5 до 55 кг/м², средний ИМТ 43,1 кг/м². Всем пациентам применены элементы программы ускоренной реабилитации (Fast track). К элементам программы ускоренной реабилитации в бариатрической хирургии, примененным в нашем исследовании, относили: предварительное консультирование и информирование пациента – 100% пациентов; оптимизация работы кишечника: отказ от механической подготовки кишечника к операции – 100% пациентов; применение стандартных протоколов тромбопрофилактики препаратами низкомолекулярного гепарина и компрессионного трикотажа – у всех пациентов; отказ от предоперационного бритья операционного поля в пользу стрижки волос триммером – у всех пациентов; отказ от рутинной назогастральной интубации – у всех пациентов; отказ от рутинного дренирования брюшной полости и катетеризации мочевого пузыря: дренирование брюшной полости произведено 28 пациентам (29%), при диффузной кровоточивости во время операции; катетеризация мочевого пузыря производилась у 35 пациентов (36,5%) преимущественно на этапе внедрения операций в практику; ранний возврат к пероральному приему жидкости (в 1-е сутки после операции) и пищи (со 2-го дня после операции) – у 100% пациентов; ранняя выписка пациентов из стационара (от 2-го дня после операции до 5-го дня, в среднем 3,1 день госпитализации).

Результаты. У 83 пациентов (86,5%) отмечалось гладкое течение послеоперационного периода, у 9 (9,4%) отмечались признаки дисфагии в первый день после операции, которые в дальнейшем разрешились. У 2 (2,1%) пациентов отмечено развитие кровотечения из линии анастомоза, которое остановилось на фоне консервативной терапии и не потребовало релапароскопии. У 1 (1%) пациента отмечено развитие точечной несостоятельности по линии скрепочного шва. Средний койко-день составил 3,1 суток.

Заключение. Применение программы «Fast track» при проведении бариатрических операций существенно не увеличивает частоту ранних послеоперационных осложнений, сокращает послеоперационный койко-день и позволяет достичь большей экономической эффективности. Тем не менее, требуется дальнейшее накопление материала и продолжение исследования для выработки четкого протокола ведения пациентов с избыточным весом в периоперационном периоде.

УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ

Агаев Р.М., Садыхов Ф.Г.

Научный центр хирургии имени академика М.А. Топчубашова, г. Баку, Азербайджанская Республика

Актуальность проблемы обусловлена непрерывным ростом заболеваемости и недостаточной эффективностью существующих методов лечения. Частота аутоиммунного тиреоидита (АИТ) достигает 25-35% среди всех заболеваний щитовидной железы (ЩЖ) и после сахарного диабета занимает второе место среди эндокринологических заболеваний.

Цель исследования – улучшение результатов лечения больных аутоиммунным тиреоидитом путем внедрения современной лазерной технологии.

Материал и методы. Работа основана на данных обследования и лечения 481 больного аутоиммунным тиреоидитом, госпитализированных на клиническую базу Научного центра хирургии имени академика М.А. Топчубашова за период с 2008 по 2020 г. Женщин было 438 (91,1%), мужчин 43 (8,9%) в возрасте от 27 до 73 лет. Больные разделены на 3 сопоставимые ($p \geq 0,05$) группы: первая группа 129 (29,2%) больных, вторая группа 106 (24,0%) больных и третья группа 207 (46,8%) больных. Между группами отсутствовали статистически значимые различия ($p \geq 0,05$).

Результаты. Больные первой группы получили курс консервативной терапии в сочетании с сеансами внутривенного лазерного облучения крови низкоинтенсивным лазерным излучением. Больные второй группы получили сеансы лазерной фотодинамической терапии (ФДТ) в сочетании с сеансами внутривенного лазерного облучения крови низкоинтенсивным лазерным излучением. Третью группу составили 207 пациента, которые перенесли оперативные вмешательства. Всем пациентам было проведено комплексное клиничко-гормональное и инструментальное обследование, включавшее: сбор анамнеза жизни и заболевания, ультразвуковое исследование ЩЖ, определение тиреоидного статуса и уровня аутоантител к антигенным структурам ткани ЩЖ осуществляли путем измерения концентрации гормонов щитовидной железы (св. Т3, св. Т4), гипофиза (ТТГ) и антител к тканям щитовидной железы АТ-ТГ, АТ-ТПО и антител к рецептору ТТГ (АТрТТГ) в сыворотке крови пациентов иммуноферментным методом. Исследования проводили с помощью стандартных тест наборов. Для оценки эффективности лечения проводили тонкоигольную аспирационную биопсию под контролем ультразвука – при диффузно-узловых формах АИТ, с цитологическим исследованием до начала ФДТ, а затем на 5, 15 и 30-е сутки после лечения. Использовался разработанный нами специальный опросник. Изучение отдаленных результатов лечения проведено у 340 (70,7%) больных с учетом перенесенных ими различных методов лечения. Нами проанализированы жалобы, клиничко-анамнестические данные, результаты инструментальных, лабораторных и морфологических исследований. По ходу лечебного процесса проводили подсчет лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) и определяли уровень С-реактивного белка, а также показатели биохимического анализа крови. ЛИИ рассчитывали по лейкограмме согласно формуле, предложенной Кальф-Калифом Я.Я.

(1941 г.). Проведение лазерной фотодинамической терапии в сочетании с сеансами внутривенного лазерного облучения крови низкоинтенсивным лазерным излучением привело к нормализации основных показателей воспалительной реакции организма на 5 день лечения у 26 (24,5%) пациентов второй группы, традиционное консервативное лечение в сочетании с сеансами внутривенного лазерного облучения крови низкоинтенсивным лазерным излучением – у 16 (12,4%) больных первой группы.

Заключение. Применение современной лазерной технологии при лечении больных аутоиммунным тиреоидитом приводит к раннему купированию признаков воспаления, снижению рецидива с 45% до 18% и уменьшению фармакологической нагрузки на пациента. Потенцирование традиционного консервативного лечения больных АИТ фотодинамической терапией позволяет получить хорошие и удовлетворительные результаты в 71,7% наблюдений, что даёт основание рекомендовать ФДТ как эффективный способ, дополняющий традиционное консервативное лечение.

CURRENT STATE OF THE PROBLEM OF CONSTIPATION IN ADULTS AMONG THE POPULATION

Agayev R.M., Musayev B.V., Jafarli R.E.

Scientific Surgery Center named after M.A. Topchubashov, Azerbaijan Medical University, Baku, Azerbaijan

At the present chronic constipation is the most important global medical and social problem. Analysis of modern epidemiological data shows that the prevalence of chronic constipation in different regions of the world varies from 3 to 31%. Recent metaanalysis, which combined these 41 studies, demonstrated that the prevalence of chronic constipation is about 14%. The cumulative frequency of the development of chronic constipation in the population over the 12-year period is equal to 17,4%. The prevalence of chronic constipation in the adult population of Moscow is an average of 16,5%. In the United States of America, chronic constipation is the leading cause of patients being referred to general practitioners. It is important that chronic constipation is a significant factor in reducing the quality of life of patients, slightly correlating with the severity of clinical symptoms. Under the term chronic constipation should be understood persistent or intermittent violation of the function of bowel emptying, accompanied by a number of subjective symptoms. At the same time, it is not uncommon for patients and doctors to understand this term differently. Thus, in determining constipation, doctors often use the criteria of restriction of the frequency of acts of defecation (for example, at least 3 times a week), in turn, patients usually interpret this pathological condition as a result of the onset of symptom. The latest revision of the Rome Criteria calls for a diagnosis of chronic disease based on a combination of features. Considering the high prevalence of chronic disease, the issues of rational therapy of this pathological condition are, of course, one of the most pressing topics in modern gastroenterology. After all, the quality of life of the patient depends on the timely and adequate treatment of the patient, which is an important integral and independent indicator of the high effectiveness of therapy. According to our observation, patients with func-

tional constipation are heterogeneous in terms of the severity of clinical symptoms, features of the motor evacuation function and microecology of the large intestine with an unequal response to therapy, which determines the need for an algorithm for therapy and diagnostics. We also believe that prognostically unfavorable signs for functional constipation therapy are: absence of independent stool and urge to defecate in combination with abdominal distention, slowing down of colonic transit time or segmental transit time, decrease in the tone of the colon wall, weakening of reflex reactions of the colon, evaluation severity of constipation more than 12 points. Signs of an unfavorable therapeutic prognosis for functional constipation are: the absence of independent stools and the urge to defecate in combination with abdominal distention, slowing down of colonic transit time and/or segmental transit time.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОЖГОВОЙ РУБЦОВОЙ СТРИКТУРОЙ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

Аймагамбетов М.Ж., Әуенов М.Ә., Булегенов Т.А.,
Омаров Н.Б., Абдрахманов С.Т., Масалов А.Е.,
Мұқаш Е.Ә.

НАО «Медицинский университет Семей»,
кафедра госпитальной и детской хирургии,
г. Семей, Республика Казахстан

Цель исследования – рассмотрение наиболее эффективных методов консервативного, оперативного лечения и изучение качества жизни (КЖ) больных с послеожоговой рубцовой стриктурой пищевода и желудка.

Материал и методы. В основу исследования положен опыт работы взрослого хирургического отделения университетского госпиталя НАО «Медицинский университет Семей» (УГ НАО «МУС»). Проведен анализ результатов диагностики и лечения 82 больных с послеожоговой рубцовой стриктурой пищевода и желудка (ПОРСПЖ), которые находились на стационарном лечении в клинике УГ НАО «МУС» с 2015 по 2021 год. Среди них мужчин – 49 (59,8%), женщин – 33 (40,2%). Возраст от 19 до 65 лет, средний возраст $37,4 \pm 1,2$ лет. Средняя длительность заболевания составила $4,0 \pm 1,2$ года. При этом 61 (74,4%) из них с протяженными послеожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода, 18 (22%) – с последствиями сочетанных химических ожогов пищевода и желудка, 3 (3,6%) – с последствиями сочетанных химических ожогов глотки, гортани и пищевода.

Оценку социального статуса больных проводили путем анкетирования с использованием разработанной анкеты-опросника. КЖ оценивали с помощью опросника SF-36.

КЖ больных с ПОРСЖ: физическое функционирование (PF) – $66,1 \pm 12,4$; ролевое физическое функционирование (RP) – $57,5 \pm 14,3$; соматическая боль (BP) – $65,4 \pm 15,1$; общее состояние здоровья (GH) – $48,4 \pm 13,5$; жизнеспособность (VT) – $45,5 \pm 13,5$; социальное функционирование (SF) – $45,6 \pm 16,5$; ролевое эмоциональное функционирование (RE) – $45,9 \pm 12,5$; психическое здоровье (MH) – $47,6 \pm 11,5$.

КЖ больных в общей популяции: физическое функционирование – $95,0 \pm 1,80$; ролевое физическое функционирование – $89,2 \pm 1,74$; соматическая боль – $87,7 \pm 1,25$; общее состояние здоровья – $74,2 \pm 1,61$; жизнеспособность – $60,2 \pm 1,23$; соци-

альное функционирование – $84,0 \pm 1,61$; ролевое эмоциональное функционирование – $64,01,37$; психическое здоровье – $63,3 \pm 1,27$.

Результаты. Установлено, что у обследованных пациентов по всем шкалам средние значения достоверно были ниже, чем показатели в общей популяции. Почти на треть снижен средний показатель КЖ по шкале физическое функционирование. Это значит, что субъективная оценка респондентом объема своей повседневной физической нагрузки, не ограниченной состоянием здоровья, в настоящее время достаточно низкая ($64,1 \pm 12,4$ %).

Существенно снижен показатель ролевого физического функционирования. Обследованные пациенты отмечали значительную ($57,5 \pm 14,3$ %) степень ограничения своей повседневной деятельности, обусловленной проблемами со здоровьем, за последние 4 недели. Снижение показателя по шкале соматическая боль (BP) характеризует усиление роли субъективных болевых ощущений опрошенных пациентов в ограничении их повседневной деятельности за последние 4 недели и составляет $65,4 \pm 15,1$ %. Субъективная оценка нашими пациентами общего состояния своего здоровья в настоящее время также значительно снижена ($48,4 \pm 13,5$ %). КЖ по шкале жизнеспособность снижено до $45,5 \pm 13,5$ %, именно так оценили свой жизненный тонус (бодрость, энергия) за последние 4 недели обследованные больные. Шкала социального функционирования оценивает уровень социальных связей опрашиваемых. Снижение показателя КЖ по этой шкале ($45,6 \pm 16,5$ %) свидетельствует о снижении субъективной оценки респондентом уровня своих взаимоотношений с друзьями, родственниками, коллегами по работе и другими коллективами за последние 4 недели. Снижение показателя по шкале ролевое эмоциональное функционирование ($RE=45,9 \pm 12,5$ %), свидетельствует о значительном влиянии эмоционального состояния на повседневную деятельность. Оценка КЖ по шкале психическое здоровье показывает субъективную оценку настроения (счастье, спокойствие, умиротворенность) за последние 4 недели. Показатель снижен до $47,6 \pm 11,5$ %. Шкалы физического функционирования, ролевого физического функционирования, соматической боли коррелируют наиболее высоко с физическим компонентом и измеряют физический компонент здоровья (Physical Component Summary=PCS). Шкалы психического здоровья, ролевого эмоционального функционирования, социального функционирования коррелируют наиболее высоко с психологическим компонентом и измеряют психологический компонент здоровья (Mental Component Summary=MCS). Шкалы жизнеспособности, общего здоровья, социального функционирования имеют корреляции с обоими компонентами. Известно, что на КЖ оказывают влияние много факторов (возраст, пол, социальный статус, длительность, частота рецидива заболевания, наличие сопутствующих заболеваний, индивидуально-типологические особенности и др.). В связи с этим, существенное значение имеет исследование уровня качества жизни больных с ПОРСЖ в зависимости от ряда причин.

С увеличением возраста достоверно снижены были показатели по шкалам PF, RP, VT, SF, MH ($p < 0,01$). Отмечено, что и физическая активность и роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности у больных с ПОРСЖ прямо пропорциональны возрасту респондентов ($r=0,7$, $p < 0,01$). Жизне-

способность, социальная активность и психическое здоровье были достоверно выше у пациентов в возрасте до 50 лет, чем у пациентов старшего возраста ($p < 0,01$).

Сравнительная оценка КЖ в зависимости от пола больных с ПОРСПЖ выявила, что у женщин достоверно более низкими были показатели по шкалам PF, RP, VT, SF, RE, MH ($p < 0,01$). Следовательно, у женщин наблюдались более выраженные изменения показателей КЖ, чем у мужчин, обусловленные, прежде всего их психоэмоциональным состоянием и ролевым функционированием.

Изучение особенности КЖ в зависимости от уровня образования и семейного положения не выявило достоверных различий. Вместе с тем, следует отметить повышение показателя шкал SF, RE, MH ($r=0,7$; $p < 0,01$) при увеличении материальной обеспеченности пациентов с ПОРСПЖ. Выявлено заметное ухудшение показателей КЖ у неработающих респондентов, что связано с неблагоприятным течением заболевания, частыми рецидивами дисфагии, личностными особенностями данного контингента больных с дезадаптивными реакциями на заболевание.

Для оценки влияния длительности заболевания на показатели КЖ больных с ПОРСПЖ выделили 3 подгруппы: первая – с длительностью заболевания до 2 лет (23 больных), вторая – от 2 до 4 лет (34 больных), третья – более 4 лет (25 больных).

Подгруппы были сопоставимы по полу, возрасту, социальному статусу. Установлено, что с увеличением длительности заболевания существенно ухудшается КЖ по шкалам GH, VT, SF, RE, MH ($p < 0,01$). Следовательно, для улучшения КЖ больных с ПОРСПЖ важное значение имеет активная диспансеризация со своевременным проведением комплексного лечения на всех этапах реабилитации пациентов, обучение их поддерживающему самостоятельному бужированию пищевода в амбулаторных условиях, формирование у больного позитивного отношения к лечению путем организации и проведения проблемно-целевого обучения.

Определенный интерес представляют исследования уровня КЖ в зависимости от протяженности послеожоговых рубцовых стриктур пищевода, сочетания стриктур пищевода и желудка. По этим признакам обследованные пациенты были разделены на 3 группы.

Первую группу составила 37 пациента с изолированной непотяженной стриктурой пищевода на разных уровнях, вторую – 24 больных с протяженной стриктурой пищевода, третью – 21 обследуемых с сочетанными стриктурами пищевода и желудка. Выявлено, что уровень КЖ по всем шкалам ниже в группах с протяженной стриктурой пищевода и сочетанными стриктурами пищевода и желудка. Физическое функционирование и ролевое физическое функционирование у больных с изолированной непотяженной стриктурой пищевода значительно выше по сравнению с пациентами II и III группы ($p < 0,01$). Жизнеспособность была несколько выше у пациентов I группы, чем у пациентов с протяженной стриктурой пищевода и значительно выше, чем у больных с сочетанными стриктурами пищевода и желудка. Социальная активность также незначительно отличалась у пациентов II и III групп, и была значительно выше у пациентов I группы ($p < 0,01$).

Заключение. С увеличением длительности заболевания существенно ухудшается КЖ больных. Развитие протяженных

стриктур пищевода, сочетанной стриктуры пищевода и желудка заметно ухудшает КЖ пациентов. Улучшению КЖ больных с ПОРСПЖ должны способствовать активная диспансеризация со своевременным проведением комплексного лечения на всех этапах реабилитации пациентов, их обучение поддерживающему самостоятельному бужированию пищевода, формирование у больного позитивного отношения к лечению путем организации и проведения проблемно-целевого обучения.

DIAGNOSIS AND TACTICS OF MODERN TREATMENT OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

Akhmedov G.K.^{1,2}, Gulamov O.M.¹

¹SI «Republican Specialized Scientific and Practical Medical center of surgery named after academician V. Vakhidov», Tashkent, Uzbekistan,

²Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

Symptoms of gastroesophageal reflux disease (GERD) currently occur in more than 35% of the population worldwide. Despite conservative treatment, 15-20% have complications such as esophagitis, strictures, ulcers, and Barrett's esophagus, which leads to adenocarcinoma of the esophagus.

Purpose: study and develop diagnostic and therapeutic tactics in patients with GERD.

Material and methods. We analyzed the results of the diagnosis of 1438 patients with GERD studied in the diagnostic departments of the Samarkand City Medical Association and the SI «Republican Specialized Scientific and Practical Medical center of surgery named after academician V. Vakhidov» in the period 2019-2021. The age of the patients ranged from 19 to 72. Male patients predominated: 557 women (38,7%), 881 men (61,3%).

All patients were diagnosed according to the standard. Mostly preferred endoscopic examination, because it is the main and more sensitive method of examination. Of all the patients, 234 (16,3%) were diagnosed with various pathologies of the esophageal mucosa, mainly esophagitis, which was endochromoscopically examined. 195 (83,3%) patients had different types of hiatal hernias. To clarify the diagnosis, all patients ($n=234$) were examined in both modes and suspected complications were biopsied from several pathological sites (at least 3-4 fragments at a distance of about 1-2 cm from each other) and followed by histological examination to verify the pathological changes.

Results. In many studies, especially in the NBI mode, an uneven structure of the mucosa was revealed: mainly (74,3%) the villous (sinuous) structure of the mucosa. The rest revealed a flat type of esophageal mucosa. In several patients, esophagitis is marked by mucosal edema with foci of hyperemia (in the form of red spots) with different sizes, and a pathological vascular structure was found in many (93%) studies. In more severe forms of esophagitis, the mucosa is covered with a spot-like plaque (necrotic pseudo-membrane), which is easily removed and may develop mild bleeding. We must say that the enlarged and narrow-spectrum mode is more convenient and better than chromoscopy in normal mode.

In NBI studies in 18 (7,7%) patients in 26 sites, and in endoscopy with chromoscopy in 14 patients in 16 sites, the presence

of cylindrical cells and goblet cells in the esophageal epithelium, which are characteristic features of Barrett's esophagus, was revealed. Esophageal adenocarcinoma was detected in 3 (1,3%) patients.

Patients with esophagitis of the II-III degree and with hernias of the esophageal orifices of the diaphragm underwent various antireflux operations (mainly fundoplication according to Nissen in various modifications when indicated). Patients with esophageal adenocarcinoma are referred to a cancer dispensary for complex therapy.

Conclusions. GERD is one of the more common diseases that has serious complications (esophagitis, ulcer, stricture, Barrett's esophagus and adenocarcinoma), which is important to diagnose in time and determine treatment tactics. Patients with esophagitis of the II-III degree and with hernias of the esophageal orifices of the diaphragm underwent various antireflux operations, and when detecting Barrett's esophagus and adenocarcinoma, complex treatment is indicated.

ПЛАСТИКА ЦИРКУЛЯРНЫХ ДЕФЕКТОВ ГЛОТКИ И ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА СВОБОДНЫМИ КОЖНО-ФАСЦИАЛЬНЫМИ ПЕРФОРАНТНЫМИ ЛОСКУТАМИ

Ахмедин Д.Н., Макишев А.К., Жакипбаев К.А.,
Газизова Е.Б., Мырзабай Ж.Б.

НАО «Медицинский университет Астана»,
кафедра онкологии, г. Нур-Султан, Республика Казахстан,
ГКП на ПХВ «Многопрофильный медицинский центр»,
г. Нур-Султан, Республика Казахстан

Актуальность. Хирургический метод остается одним из основных этапов при планировании радикального и паллиативного лечения злокачественных опухолей гортаноглотки. Проблемы лечения больных с местно-распространенными злокачественными новообразованиями гортаноглотки в частности реконструктивного этапа устранения послеоперационного циркулярного дефекта глотки и шейного отдела пищевода в настоящее время являются весьма актуальными.

Цель работы – оптимизировать способы реконструкции в хирургическом лечении местно-распространенного рака гортаноглотки и улучшить функциональные результаты.

Материал и методы. Проведен анализ 24 больных раком гортаноглотки, выполнено хирургическое лечение в объеме ларингофарингоэктомиа с циркулярной резекцией глотки и шейного отдела пищевода, последующей одномоментной реконструкцией дефектов с использованием свободного кожно-фасциального лоскута из предплечья, и лоскута передне-латеральной поверхности бедра с наложением микрохирургического анастомоза

Результаты. Достигнуты хорошие функциональные результаты, при реконструкции кожно-фасциальными лоскутами с наложением микрохирургических анастомозов. Всем пациентам с местно-распространенным раком гортаноглотки III-IV стадии выполнено расширенно-комбинированное удаление опухоли с циркулярной резекцией глотки и шейного отдела пищевода с пластикой свободным кожно-фасциальным лоскутом из предплечья и передне-латеральной поверхности бедра. У

всех пациентов удалось сформировать глотку и восстановить непрерывность пищеварительного тракта. В 1 случае отмечен некроз свободного лучевого кожно-фасциального лоскута в следствие тромбоза сосудов в зоне микрохирургического анастомоза.

Заключение. Использование свободного кожно-фасциального лоскута с микрохирургическим анастомозом при замещении циркулярных дефектов гортаноглотки позволяет получить хороший функциональный результат, раннее восстановление адекватного перорального питания и удовлетворительной речи.

ЭНДОСКОПИЯЛЫҚ ГАСТРОСТОМИЯНЫҢ АРТЫҚШЫЛЫҚТАРЫ

Асибеков Б.А., Түймебаев А.А., Сейдинов Ш.М.
Түркістан қалалық ауруханасы, Х.А. Ясауи атыдағы ХҚТУ,
Түркістан қ., Қазақстан Республикасы

Асқазанға фистулаларды салудың көптеген әдістеріне қарамастан, гастротомияның нәтижелерін әлі де қанағаттанарлық деп санау қиын. Қатты әлсіреген науқастарда жиі жасалатын бұл операциядан кейінгі өлім орташа есеппен 24,2% құрайды. Гастротомияның қалаған және функционалдық нәтижелерінен алыс. Мәселен, мысалы, өңештің ісіксіз зақымдануында гастротомия тығыздығының бұзылуы операция жасалған науқастардың 7-18%-да, ал онкологиялық патологияда 14-16%-да кездеседі. Прудковта И.Д. жасалған ерін фистулаларын тығыздау принципі стома пайда болған кезде шырышты қабықтың розетка түрінде сыртқа бұрылуына жол берілмейтініне негізделген. Сыртқы фистуланьң шетінде уақыт өте келе гастротомия түтігін тығыз жабуға қабілетті талшықты сақина пайда болды. Мұндай фистулалардың тығыздығы айтарлықтай жоғары болды, бұл тығыздаудың күрделі әдістерін елемеуге және асқазан конусын іш қабырғасының пункциясына алып тастауға дейін гастротомияны қалыптастыру техникасын азайтуға мүмкіндік берді. Бұл әдіс «пункциялық гастротомия» деп аталды.

Операция келесі көрсеткіштермен орындалады: өңештің немесе жүректің асқазан аймағының кең таралған ісік зақымдалуы, емдеуге жарамсыз; күйіктер немесе жарақаттар нәтижесінде өңеш тіндерінің тыртықтары; ОЖЖ патологиясының, инсульттің немесе мойынның немесе бастың ісіктерінің фондында пайда болған орофарингеальды дисфагия; трахео-өңеш немесе бронх-өңеш аймағындағы фистулалар.

Эндоскопиялық гастротомия көп жағдайда өмірді қамтамасыз ететін операция болып табылады, сондықтан хирургиялық араласуға қарсы көрсеткіштердің айтарлықтай тізімі жоқ. Эндоскопиялық гастротомияға негізгі дайындық диагноз қою болып табылады: сынақтардан өту (жалпы және биохимиялық қан анализі, жалпы зәр анализі, қан тобын және Rh-факторын анықтау және т.б.); эзофагогастроуденоскопия; электрокардиография; кеуде рентгені. Қосымша диагностикалық әдістер қосымша ауруларға және негізгі диагнозға байланысты жеке анықталады.

Түркістан қалалық ауруханасында соңғы 4 жылда 25 рет эндоскопиялық гастротомия жасадық. Гастротомияға көрсеткіштер өңештің қатерлі ісігі TNM 3-4 клиникалық кезең

– 10 жағдайда, 5 жағдайда цикастриальды тарылуы бар өңештің күйіктері, 10 жағдайда ұзартылған бульбарлық рефлекстері бар инсульт болды. Операциядан кейінгі асқынулар болған жоқ. Операцияның ұзақтығы 10-15 минутты құрады. Сондықтан лапароскопиялық гастростомия бірқатар артықшылықтарға ие. Ашық әдіспен гастростомиядан айырмашылығы, асқазанға лапароскопиялық пункциялық фистула салу үшін құрсақ қабырғасының лапароскопиялық гастростомия тілігі өте аз болуы керек. Сондықтан бұл операцияға арналған құралдар жиынтығына қосымша ені 5 мм-ден аспайтын жүзі бар скальпель, пункционды ине ортасынан (проводник) өткізгіш жіп және гастростома. Интервенцияны орындау техникасы келесідей. Эндоскопты асқазанға еңгізіп керекті аймақты анықтап алмыз. Гастроскопты арнайы нүктеге жақындатқанда, бөлмедегі жарықты сөндіреміз, эпигастрий аймағында жарық кескіні көрінеді ол орын пункция жасау аймағы. Гастростомияны қалыптастыру үшін оң жақ құрсақ бұлшықетінің жоғарғы сегментінің ортасына сәйкес келетін нүкте тән. Қажет болса, фистулды басқа жерде қолдануға болады, бұл жағдайда асқазанның қабырғасы пункцияға шығарылған кезде кернеу болмайды.

КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ ОПУХОЛЕВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПИЩЕВОДА

**Байгусова Д.З., Мухамеджанова А.Н.,
Батталова Г.А., Калшабай Е.Е.**

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

Цель работы – оценить возможности компьютерной томографии (КТ) в оценке новообразований пищевода.

Материалы и методы. Дизайн исследования – поперечный, ретроспективный, охватывает период 2020-2022 гг. Критерием включения стали пациенты в возрасте старше 18 лет, с подозрением на новообразование пищевода, прошедшие обследование в АО «ННЦХ имени А.Н. Сызганова». Всем пациентам было проведено исследование на мультиспиральном компьютерном томографе Toshiba Aquilion 64 и Canon Aquilion Prime 160 с болюсным введением действующего контрастного вещества.

Исследование проводилось врачами радиологами отделения «Лучевая диагностика» АО «ННЦХ имени А.Н. Сызганова». Данные пациентов были получены из Медицинской информационной системы, КТ-изображения проанализированы из система архивации и передачи изображений PACS (Picture Archiving and Communication System).

Результаты. Были проанализированы КТ-данные 34 пациентов, средний возраст которых составил 61 ± 3 года.

Среди 34 пациентов, 10 – была проведена радикальная операция (экстирпация пищевода с эзофагогастропластикой), 9 пациентам паллиативная операция (стентирование пищевода), 15 пациентов после установки диагноза (с наличием выраженной инвазии и отдаленных метастазов) были направлены на консультацию к онкологу для решения вопроса о дальнейшей тактике лечения.

Из 34 исследований расхождение с заключением гистологии определяется в 2 случаях, где были выявлены хроническая язва и хронический эзофагит с гиперкератозом. В 14 случаях

(41%) была выявлена – аденокарцинома (G2, G3), в 16 случаях (47%) – плоскоклеточный рак и в 2 случаях (5%) – перстневидно-клеточный рак.

Точная диагностическая оценка опухолевого процесса при раке пищевода необходима для планирования вида и объема терапии. Применение КТ-метода исследования вместе с болюсным внутривенным введением контрастного вещества является в настоящее время фактически основой предоперационного планирования лечения больных.

Заключение. Таким образом, учитывая высокую точность компьютерной томографии с контрастированием в оценке злокачественности процесса, инвазии в близлежащие органы, а также в выявлении отдаленных метастазов, она является предпочтительным методом диагностики.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

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

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

Введение. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) является распространенной патологией среди доброкачественных заболеваний верхнего отдела желудочно-кишечного тракта. Коррекция образа жизни и консервативные виды лечения эффективны у большинства пациентов и является основным видом лечения ГЭРБ. Но несмотря на это, некоторым пациентам требуется хирургическое вмешательство – антирефлюксная операция.

Цель работы – сравнительный анализ результатов хирургического лечения больных с ГЭРБ.

Материал и методы. Нами проведен ретро- и проспективный анализ истории болезни 465 пациентов с ГЭРБ, проходивших лечение в отделении хирургии желудочно-кишечного тракта и эндокринных органов ННЦХ имени А.Н. Сызганова с 2010 г. по декабрь 2021 г. Исследование включало 157 (33,6%) мужчин, 308 (66,4%) женщин в возрасте от 19 до 85 лет. Основными жалобами были: изжога (82,7%), болевой синдром (61,8%), дискомфорт (79,6%) и тяжесть (64,5%) в эпигастрии, отрыжка (20,9%).

Результаты. В результате отбора пациентов в зависимости от вида хирургического доступа сформированы две группы: I группа (лапаротомный доступ) – 124 пациентов (29,4%), средний возраст – $58,8 \pm 11,2$ лет; II группа (лапароскопический доступ) – 341 пациентов (70,6%), средний возраст – $52,5 \pm 12,7$ лет. Средняя продолжительность операции составила $83,3 \pm 22,7$ и $105,4 \pm 26,1$ мин в контрольной и основной группе соответственно.

В I группе интраоперационные осложнения наблюдались у 6 (4,8%) пациентов. В 4 случаях произошла декапсуляция селезенки, которая потребовала выполнение спленэктомии. У 1 пациента во время установки назогастрального зонда воз-

ника перфорация шейного отдела пищевода. У 1 пациента, нижняя треть пищевода была перфорирована калибровочным зондом, пищевод был ушит 2-хрядным узловым швом и покрыт фундопликационной манжеткой. В 5 (4,03%) случаях, в I группе осложнения наблюдались в послеоперационном периоде. Дисфагия развилась у 3 пациентов и была устранена 1-2 сеансами пневмодилатации. У 1 пациента возникла ишемия миокарда, которая компенсировалась консервативной терапией. 1 пациент перенес релапаротомию по поводу внутрибрюшного кровотечения.

Интраоперационные осложнения наблюдались в 5 (1,46%) случаях II группы. Во всех случаях была вскрыта медиастинальная плевра, которая осложнилась интраоперационным пневмотораксом. Достигнув пика контролируемого форсированного дыхания, пневмоторакс был разрешен, и дефект плевры был ушит. У 7 (2,0%) пациентов в послеоперационном периоде наблюдалась дисфагия и была устранена 1 сеансом пневмодилатации.

Отдаленные результаты изучены у пациентов в сроки от 2 до 24 месяцев и более. Были доступны для анализа 126 пациентов, прооперированных в период с 2015 по 2021 г. Из них 21 (16,9%) пациент I группы и 138 (40,4%) пациентов II группы. Анкета GERD-HRQL была использована для оценки эффективности фундопликации. Во время изучения отдаленных результатов, положительные результаты в виде исчезновения симптомов ГЭРБ были отмечены у 19 (90,4%) пациентов I группы и у 130 (94,2%) пациентов в II группы.

Заключение. Лапароскопическая фундопликация по Ниссену остается «золотым стандартом» и является операцией выбора в антирефлюксной хирургии при лечении больных с ГЭРБ. По сравнению с открытыми вмешательствами, позволяет сократить время пребывания больного в стационаре и значительно улучшить качество жизни пациентов в отдаленном периоде.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЖЕЛУДКА

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

*АО «Национальный научный центр хирургии имени А.Н. Сызганова»,
г. Алматы, Республика 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 г.). Радикальная операция и адекватный выбор объема лимфодиссекции являются «золотым стандартом» лечения рака желудка.

Цель работы – изучить отдаленные результаты хирургического лечения рака желудка.

Материал и методы. В отделении хирургии органов желудочно-кишечного тракта ННЦХ имени А.Н. Сызганова с 2011

г. по январь 2022 г. выполнено 165 больным проведены радикальные операции по поводу рака желудка. Средний возраст пациентов составил $59,1 \pm 11,7$ лет, соотношение мужчин и женщин составило 101:64. Основным показанием к радикальной операции являлась аденокарцинома желудка ($n=148$, 89,7%). 165 больным выполнены следующие операции: эндоскопическая резекция – 3, субтотальная дистальная резекция желудка – 38, гастрэктомии, в том числе и комбинированные – 120, проксимальная резекция желудка – 4. При открытых радикальных операциях выполнялась лимфодиссекция в объеме D2.

Результаты. Для изучения отдаленных результатов доступны оказались 94 (56,9%) больных. Общая 5-летняя выживаемость составила – 47,7%. 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 доступны оказались 94 (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%.

Заключение. 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.

ТРАНСАКСИЛЛЯРНАЯ ТИРЕОИДЭКТОМИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ УЗЛОВОГО ЗОБА

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

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

Введение. С развитием современных эндовидеохирургических технологий в хирургии щитовидной железы активно внедряются малоинвазивные методы, такие как, эндоскопическая, видеоассистированная и роботизированная тиреоидэктомия. В рамках мастер-класса в 2018 году в нашем центре впервые проведена тиреоидэктомия из комбинированного трансаксиллярного и параареального доступов (axillo-bilateral-breast approach - ABBA).

Цель работы – проведение анализа результатов хирургического лечения у больных, перенесшие тиреоидэктомию из комбинированного трансаксиллярного и параареального доступов.

Материал и методы. Нами проведен анализ непосредственных результатов 14 эндоскопической трансаксиллярной операции (тотальная тиреоидэктомия – 4, гемитиреоидэктомия – 10), выполненных в отделении хирургии желудочно-кишечного тракта и эндокринных органов ННЦХ имени А.Н. Сызганова с июля 2018 г. по ноябрь 2021 г. Принимали во внимание длительность операции, наличие осложнений, продолжительность послеоперационного пребывания пациентов в стационаре. Средний возраст пациентов составил $36,6 \pm 11,7$ лет, соотноше-

ние мужчин и женщин составило 1:13. Основным показанием к эндоскопической операции являлись доброкачественные узлы небольших размеров (до 5 см), согласие пациента.

Результаты. Средняя продолжительность операции составила 163,2±56,4 мин. Средняя продолжительность госпитализации после операции составила 4,1±0,9 койко-дня. Интраоперационных осложнений не отмечалось. У 2 пациентов развилась умеренно выраженная подкожная эмфизема шеи и лица со стороны удаленной доли железы, купировавшаяся самостоятельно. В послеоперационном периоде у 1 пациентки отмечено скопление серомы в области операции на шее, которая была аспирирована без каких-либо осложнений. По результату окончательного патоморфологического гистологического исследования у 10 пациентов выявлен фолликулярный коллоидный зоб, у 3 – фолликулярная аденома, 1 – аутоиммунный тиреоидит.

Заключение. Тиреоидэктомия из комбинированного трансаксиллярного и параареального доступов (АВВА) выполняема при правильном отборе пациентов, адекватном техническом оснащении, а также наличии достаточного навыка операционной бригады. Основное преимущество такой методики – отсутствие послеоперационного рубца на шее, а также улучшение визуализации возвратного гортанного нерва и паращитовидных желез.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ АДРЕНАЛЭКТОМИЯ

Башабаев М.Т.

КГП на ПХВ «Восточно-Казахстанская областная больница», г. Усть-Каменогорск, Республика 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 забрюшинном пространстве. Это в открытой хирургии требует широкого доступа, травматичность которого превышает риск от основного этапа операции. Поэтому, на сегодняшний день, лапароскопическую адреналэктомию (ЛАЭ) мы рассматриваем как операцию выбора при большинстве опухолей надпочечников.

Цель исследования – улучшить результаты оперативного лечения опухолей надпочечников.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе отделения проктологии, абдоминальной и торакальной хирургии КГП на ПХВ «Восточно-Казахстанская областная больница». За период с 2013 по 2021 г. выполнено 19 ЛАЭ. Среди пациентов 17 женщин (90,0%) и 2 мужчин (10,0%). Возраст больных от 35 до 67 лет. Длительность заболевания составила от 2 до 10 лет.

Результаты. Из 19 ЛАЭ у 11 пациентов операция выполнена слева, у 8 – справа. Средняя продолжительность операции при правосторонней ЛАЭ составила 95 минут, при левосторонней – 110 минут. Средний объем кровопотери – 25,0±5,0 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±1,3 дней. Гормонально активная опухоль (феохромомцинома) – 5 пациентов, аденома надпочечника – 12, киста надпочечника – 1, киста надпочечниками паразитарного (эхинококкоз) генеза – 1 пациент. У больных с феохромоцитомой в послеоперационном периоде отмечено снижение АД до нормальных показателей.

Заключение. Показанием к ЛАЭ 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.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАЗЕРА В ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НЕОПЛАЗИЙ ПРЯМОЙ И ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Бухтаревич С.П.¹, Денисенко В.Л.¹, Гаин Ю.М.², Фролов Л.А.³, Куницкий О.А.¹

¹УЗ «Витебский областной специализированный клинический центр», г. Витебск, Республика Беларусь,

²ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», г. Минск, Республика Беларусь,

³УО «Витебский государственный медицинский университет», г. Витебск, Республика Беларусь

Актуальность. Ворсинчатые опухоли прямой и толстой кишки представляют собой новообразования с выраженным экзифитным ростом, мелкодольчатым строением или имеют форму стелющейся опухоли. Как правило, ворсинчатые опухоли одиночные. Размер ворсинчатых опухолей может достигать 7-9 см в диаметре и более. У большинства пациентов доброкачественные новообразования толстой кишки протекают бессимптомно и обнаруживают их в основном при эндоскопическом исследовании. Индекс малигнизации ворсинчатых опухолей достаточно высок и составляет от 30 до 70%. В связи с высоким риском злокачественной трансформации ворсинчатых опухолей их ранняя диагностика и своевременное лечение являются частью мероприятий по снижению заболеваемости раком толстой кишки. Дискутабельным остается вопрос лечение крупных ворсинчатых опухолей. Существует высокий риск операционных (перфорация стенки кишки, кровотечение) и послеоперационных (рубцовая стриктура) осложнений при одномоментной эксцизии таких образований.

Цель исследования – определить эффективность лазерной абляции в лечении ворсинчатых опухолей прямой и ободочной кишки.

Материал и методы. Проведено лечение 132 пациентов в УЗ «Витебский областной специализированный клинический центр» с 2008 по 2020 год с ворсинчатыми опухолями прямой и ободочной кишки. Пациенты разделены на 2 группы. В первую группу вошли 80 пациентов, в их лечении использована комбинация двух методов: эндоскопической эксцизии эндоскопической петлей и лазерной вапоризации опухоли. Вторую группу составили 52 пациента, лечение которых проводилось только с использованием эндоскопической петли. Ворсинчатые опухоли имели довольно крупные размеры: от 1,5 до 8-9 см в диаметре. Основание опухоли в отдельных случаях занимало до половины просвета кишки, протяженность достигала 8-9 см. В зависимости от объема и доступности опухоли удаление производи-

ли в один этап или многоэтапно. Опухоли удаляли с помощью эндоскопической эксцизионной петли и лазерного аппарата «Фотэк ЛК-50» («Медиола-Эндо») импульсный режим генерации энергии (длина волны 1,064 мкм и 1,34 мкм, мощность – 15-20 Вт, частота повторения импульсов на максимальной мощности излучения – до 50 Гц, максимальная энергия импульса – 1,2 Дж, длительность импульса – 300 мс) и электрокоагулятора «PSD-10». Основными этапами эндоскопического удаления крупных аденом с различной степенью подслизистого склероза являлись: петлевая фрагментарная резекция экзофитной части опухоли, лазерная термальная абляция основания опухоли в зоне подслизистого склероза.

Результаты. В результате проведенного исследования установлено, что опухоли размером до 2-3 см в диаметре, в большинстве случаев, удаляли в течении одной процедуры. Опухоли, размеры которых превышали 3 см удаляли в несколько этапов. Лазерная вапоризация применялась только у пациентов первой группы; методика использовалась при вапоризации основания опухоли после эндоскопической эксцизии петель. Среди пациентов первой группы подслизистый склероз был выявлен у 25 человек. При лазерной абляции у этих пациентов применены две длины волны 1,34 мкм и 1,06 мкм, имеющие разную глубину проникновения. Контрольные обследования проведены через 6 и 12 мес. Рецидив заболевания выявлен у одного человека через 6 мес. У пациентов второй группы подслизистый склероз был выявлен у 16 человек. У 7 человек опухоль удалить не удалось из-за выраженного подслизистого склероза, у 4 пациентов был выявлен рецидив при контрольном обследовании через 6 мес. У пациентов первой группы опухоли чаще удалялись в несколько этапов. Лучший гемостаз при удалении опухолей был достигнут у пациентов первой группы при использовании лазерного излучения.

Заключение. Применение лазерной абляции в лечении ворсинчатых опухолей прямой и ободочной кишки позволило снизить частоту рецидивов.

ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫЕ СТРОМАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ

Гуламов О.М., Музаффаров Ф.У., Мухамедов Б.З.

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

Актуальность. Гастроинтестинальные стромальные опухоли (ГИСО) являются наиболее распространенными мезенхимальными новообразованиями ЖКТ, которые обнаруживаются главным образом в желудке и тонкой кишке. ГИСО приходится до 2% всех случаев желудочно-кишечных злокачественных новообразований, с ежегодной заболеваемостью около 10-20 пациентов на миллион человек. Чаще всего ГИСО локализуется в желудке (60–70%), тонкой кишке (25–35%), толстой кишке (5%), пищеводе и аппендиксе – менее чем в 2% всех случаев заболевания.

Материал и методы. В отделении торакоабдоминальной онкохирургии за период с 2010 по 2020 год были выполнены радикальные вмешательства у 5 пациентов с ГИСО.

Результаты. Работа основана на анализе результатов лечения 5 пациентов с локализованным и локально распределен-

ным ГИСО, прошедших хирургическое лечение в ГУ «РСНПМЦХ имени академика В. Вахидова» с января 2010 по январь 2019. Среди них 2 (40%) женщины и 3 мужчины (60%) в возрасте от 34 до 82 лет (в среднем 60,5 лет). Все пациенты прошли ряд необходимых лабораторных и инструментальных исследований, которые включали рентгенологические исследования, ЭГДС, МСКТ, МРТ. Целевая биопсия была взята из пораженного участка, на котором была определена лейомиома. 4 пациента были оперированы в плановом порядке, 1 пациент был срочно оперирован по поводу желудочно-кишечного кровотечения. Объем вмешательства выбирался в зависимости от места расположения, размера, характера роста и локального распространения опухоли. Операции по первичным локально распределенным ГИСО проходили без технических трудностей и, как правило, не сопровождались интраоперационными осложнениями. В послеоперационном периоде осложнения развились у 1 (20%) больного. Смертность после хирургического лечения пациентов с первичными локализованными и местно-распространенными стромальными желудочно-кишечными опухолями составила 20% (один из 5 пациентов умер). Лечение химия-терапевтическим препаратом проводилось только у пациентов с рецидивом заболевания и после паллиативной операции.

Заключение. Хирургический метод остается основным методом лечения при отсутствии признаков распространения ГИСО, но следует учитывать, что его эффективность ограничена и зависит от локального распространения опухоли и радикального характера операции.

ДВУХЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ТОНКОКИШЕЧНЫМИ СВИЩАМИ

Двухжилов М.В., Стручков В.Ю.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» МЗ РФ,
г. Москва, Российская Федерация

Актуальность. Тонкокишечные свищи (ТКС) являются наиболее тяжелым осложнением различных оперативных вмешательств на брюшной полости, несущим угрозу для жизни больного. Лечение данной категории пациентов ассоциировано с частым развитием жизнеугрожающих осложнений, а смертность составляет по данным отечественных авторов 35-75%, а по данным зарубежных коллег 6-33%. Хирургическое вмешательство, выполненное без соответствующей подготовки может стать фатальным и привести к резкому ухудшению состояния и смерти больного в раннем послеоперационном периоде. Каждый больной требует индивидуального подхода, однако, существуют и общие принципы лечения.

Цель исследования – проанализировать результаты лечения пациентов с тонкокишечными свищами.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 88 больных. Несформировавшиеся тонкокишечные свищи были у 27 больных. В гнойную (брюшную) полость свищи открывались у 7 больных; в гранулирующую рану свищи открывались у 20 больных. Сформировавшиеся свищи были у 61 больного, из них у 30 пациентов наружное отверстие свища располагалось в грыжевом мешке. У 44 больных были выявлены неполные кишечные свищи, у 38 полные и у 9 пациентов комбинированные. При поступлении объем потерь кишечного содержимого по свищу составлял 50-4000 мл, сред-

ний объём потерь кишечного отделяемого составлял 832 мл в сутки.

Результаты. Первый этап лечения включал контроль генерализации инфекции, коррекцию энтеральной недостаточности (питательную поддержку с ежедневной оценкой нутритивного статуса), коррекцию водно-электролитных нарушений и местное лечение раны (активная аспирация кишечного отделяемого). За счет этих мер объём потерь кишечного содержимого сокращался в среднем до $320,6 \pm 292,4$ мл в сутки. Вторым этапом всем 88 больным было выполнено хирургическое лечение: резекция тонкой кишки, несущей свищ с формированием межкишечного анастомоза выполнено 72 больным; краевая резекция и ушивание тонкой кишки – 3 больным; резекция кишки со свищами, иссечение кишечного свища и ушивание дефекта – 5; операции, направленные на «отключение» свища из пассажа кишечного содержимого – 3; резекция кишки со свищами, отключение кишечного свища – 1. Всем пациентам произведена пластика дефектов брюшной стенки: у 7 с применением аллопластических материалов, в т.ч. у 3 с применением консервированной твердой мозговой оболочки. Медиана общей длительности операций у больных со сформированными ТКС составила 130 мин (30 мин; 370 мин); медиана общей длительности операций у больных с несформированными ТКС составила 175 мин (50 мин; 505 мин). Объём интраоперационной кровопотери – $109,52 \pm 315,12$ мл. Средний койко-день составил 24 ± 23 (6-70) суток. Послеоперационные осложнения возникли у 37 больных, из них 14 пациентам потребовалось повторное оперативное вмешательство (по поводу частичной несостоятельности швов анастомозов у 5 больных). Рецидив тонкокишечного свища в раннем послеоперационном периоде возник у 14 (15,9%) пациентов, но на фоне консервативной терапии у 7 пациентов ТКС самостоятельно закрылись. Летальный исход у трех больных (3,4%).

Заключение. Лечение пациентов с кишечными свищами должно проводиться в специализированных центрах обладающих достаточным опытом и материальными возможностями. Оптимальный срок для операции составляет от 3 месяцев с момента последней операции.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАЗЕРА В ЛЕЧЕНИИ ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ

Денисенко В.Л.^{1,2}, Денисенко Э.В.²,

Цыплаков К.Г.¹, Чепик К.О.², Смирнов В.К.¹, Дроздов В.М.¹, Соколовский В.О.¹, Хмельников В.Я.¹, Фролов Л.А.^{1,2}, Гаин Ю.М.³, Денисенко Н.В.²

¹УЗ «Витебский областной клинический специализированный центр», г. Витебск, Республика Беларусь,

²УО «Витебский государственный медицинский университет», г. Витебск, Республика Беларусь,

³УО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Частота встречаемости параректальных свищей которого составляет в среднем 12,3 и 8,6 случаев на 100 000 мужского и женского населения, соответственно, наиболее часто выявляемым у лиц трудоспособного возраста. Наиболее сложным является лечение свищей, сопровождающихся рубцовыми процессами, а также затеками и инфильтра-

тами. Такие свищи склонны к рецидивированию. Для лечения трансфинктерных свищей, используется фистулотомия, которая в 80-100% случаев приводит к регенерации дефекта. Высокие фистулы, затрагивающие верхние две трети сфинктера, могут нарушать его функцию. Используемые наиболее часто радикальные хирургические методики – фистулотомия, фистулактомия и применение лигатуры сопровождаются длительной болезненностью, высокой продолжительностью заживления, риском анальной инконтиненции. Большое количество рецидивов и неудовлетворительных результатов лечения привели к поиску новых методов лечения данной патологии.

Цель исследования – оценить результаты использования лазерного излучения для лечения параректальных свищей.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 25 пациентов (14 мужчин (56%) и 11 женщин (44%)), средний возраст $47,8 \pm 15,2$ лет ($M \pm \sigma$), прооперированных по поводу параректальных свищей за период с января 2019 г. по октябрь 2020 г. Под спинальной анестезией после ревизии и очищения свища от тканевого детрита ложечкой Фолькмана осуществлялось иссечение наружного свищевого отверстия с целью выравнивания свищевого хода с последующей лазерной деструкцией последнего. Лазерный световод вводился через наружное свищевое отверстие, проводился до внутреннего отверстия, а затем проводилась лазерная деструкция свища до его наружного отверстия со скоростью 1 мм/с. Параметры лазера составили: длина волны – 1560 нм, мощность – 10 Вт. Оценку результатов лечения проводили в 2021 году по наличию рецидива заболевания.

Результаты. Анализ результатов лечения пациентов показал, что в установленные сроки рецидив свищевого хода развился у 2 пациентов (8%).

Заключение. При проведении ретроспективного анализа результатов лечения параректальных свищей с помощью лазера в отдаленные сроки частота рецидива не превысила 8%.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАЗЕРА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНЫ

Денисенко В.Л.¹, Цыплаков К.Г.¹, Смирнов В.К.¹, Хмельников В.Я.¹, Чепик К.О.², Гаин Ю.М.³, Шахрай С.В.³, Фролов Л.А.², Гаин М.Ю.³, Денисенко Э.В.¹, Дроздов В.М.¹, Соколовский В.О.¹, Смирнов В.К.¹

¹УЗ «Витебский областной специализированный клинический центр», г. Витебск, Республика Беларусь,

²УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», г. Витебск, Республика Беларусь,

³ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. По данным отечественной и зарубежной литературы анальная трещина является одним из частых и распространенных заболеваний человека, составляющим 20-30 случаев на 1000 человек взрослого населения. Консервативное лечение пациентов с хронической анальной трещиной (ХАТ) не приносит должного результата. Женщины почти в 2 раза чаще страдают анальной трещиной, чем мужчины. В подавляющем большинстве случаев анальная трещина встречается в возрасте от 20 до 45 лет.

На сегодняшний день предложено большое число разнообразных методов лечения больных с анальной трещиной. Традиционным методом лечения ХАТ является оперативное

лечение, заключающееся в иссечении трещины с боковой подкожной или задней трансанальной дозированной сфинктеротомией. Однако сфинктеротомия может осложняться недостаточностью анального сфинктера у 0,6-35% больных, при закрытой сфинктеротомии – подкожной гематомой у 3%. Сохранение сфинктероспазма в послеоперационном периоде способствует рецидиву заболевания и может привести к формированию подслизистого параректального свища, рубцовым стриктурам анального канала или длительным срокам заживления. Исследованиями Грошилина В.С. (2010 г.) отмечено, что после сфинктеротомии снижение тонуса внутреннего сфинктера наблюдается в 14,5-35% случаев. Рецидив заболевания после иссечения трещины со сфинктеротомией происходит в 0,6-10% случаев. По данным многих авторов, лечение послеоперационных ран после иссечения трещины растягивается до 40-60 суток. По данным Ривкина В.Л. с соавт. (2001 г.), глухое ушивание раны после иссечения трещины значительно сокращает сроки лечения и предупреждает рецидив заболевания. Однако анопластика – относительно технически сложная операция и может проводиться при отсутствии сфинктероспазма.

Цель исследования – оценить эффективность применения лазера в лечении хронической анальной трещины.

Материал и методы. В УЗ «Витебский областной клинический специализированный центр» за период с 2018 по 2020 год прооперировано 149 пациентов (56 мужчин, 93 женщины) с хронической анальной трещиной. Операция проводилась под местной анестезией. После девульсии сфинктера производилась иссечение хронической анальной трещины с помощью лазера мощностью 10 Вт. и длиной волны 1560 нм с дозированной боковой сфинктеротомией.

Результаты. Применение лазера в лечении хронической анальной трещины позволило уменьшить болевой синдром в раннем послеоперационном периоде (не назначаются наркотические анальгетики) и достичь быстрой реабилитации пациентов как в стационарных, так и в амбулаторных условиях. Средняя пребывание в стационаре составило $5,1 \pm 2,0$ к/дней.

Заключение. Применение лазера в лечении хронической анальной трещины является эффективным методом лечения данной патологии.

ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ НЕЙРОМЫШЕЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВОДА

Исмаилов С.И., Лигай Р.Е., Цой А.О., Бекчанов Х.Н.,
Уралов А.Т., Фарманова Г.

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

Актуальность. Ахалазия кардии (кардиоспазм, мегаэзофагус или долихозофагус, идиопатическое расширение пищевода и др.) - идиопатическое нервно-мышечное заболевание пищевода, проявляющееся функциональным нарушением проходимости кардии вследствие дискоординации между плотком, рефлексорным раскрытием нижнего пищеводного сфинктера и двигательной и тонической активностью гладкой мускулатуры пищевода.

Цель исследования – оценить результаты применения лазеротерапии в сочетании с пневматической кардиодилатацией.

Материал и методы. Отделение хирургии пищевода и желудка ГУ «РСНПМЦХ имени академика В. Вахидова», располагает опытом лечения 434 больных, находившихся на стационарном и амбулаторном лечении в период с 2016 г. по апрель 2022 г. с нейромышечными заболеваниями пищевода. Возраст больных колебался от 18 до 78 лет, женщин было 250, что составило 57,6%, а мужчин – 184 (42,4%).

Из 434 больных, с I стадией заболевания было 28 пациентов, что составило 6,5%, со II стадией 166 (38,2%) больных, наибольшее количество больных отмечалось с III стадией заболевания 185 больных, что составило 42,6%. С IV стадией заболевания было 55 больных и составило 12,6%.

С 2020 г. в отделении хирургии пищевода и желудка, при использовании кардиодилатации, последняя дополнялась лазеротерапией с помощью полупроводникового лазерного аппарата «Импульс-100». Клинический материал был разделен на две группы: группу сравнения составили 267 больных, получавших лечение в период с 2016 по 2019 г., которым в качестве лечения произведена только пневматическая кардиодилатация. Основную группу составили 167 больных, получавших лечение в период с 2020 г. по апрель 2022 г., у которых пневматическая кардиодилатация дополнялась лазеротерапией.

Из 434 больных, пневматическая кардиодилатация была произведена 409 больным, что составило 94,2%. В группе сравнения из 267 больных, дилатация произведена 249 (93,2%), 18 (6,7%) больным дилатация не проводилась.

В основной же группе из 167 больных, кардиодилатация в сочетании с лазеротерапией, произведена 160 (95,8%) больным и 7 (4,2%) больным дилатация не проводилась.

Результаты и заключение. В группе сравнения, хорошие результаты достигнуты у 144 больных, что составило 57,8%. В основной группе этот же показатель достоверно ($\chi^2=10,72$, $p=0,001$) увеличился до 118 больных и составил 73,7%.

Удовлетворительные результаты в группе сравнения получены у 87 (35%) больных, в основной же группе этот показатель наблюдался у 35 больных и составил 21,8%, что достоверно ($\chi^2=7,94$, $p=0,0048$) меньше, чем в группе сравнения. Неудовлетворительные результаты в группе сравнения наблюдались у 18 (7,2%) больных. В основной группе число неудовлетворительных результатов сократилось до 7 больных и составило 4,4%, однако разница была недостоверной.

АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ КАРДИОДИЛАТАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С АХАЛАЗИЕЙ КАРДИИ В СОЧЕТАНИИ С ЛАЗЕРОТЕРАПИЕЙ

Исмаилов С.И., Лигай Р.Е., Бабажанов А.С., Цой А.О.,
Бекчанов Х.Н., Уралов А.Т., Файзуллаев О.А.,
Давронов Р.С., Усманов К.К.

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

Актуальность. В мировой практике определены два основных общепринятых метода лечения ахалазии кардии – традиционный хирургический и оперативный эндоскопиче-

ский. Однако единая точка зрения на выбор тактики лечения отсутствует. Вопрос о предпочтении одного из этих двух методов, по данным литературы, до сих пор не решен, и дискуссия по преимуществам или их недостаткам продолжается. Одни ученые считают, что эндоскопическая баллонная пневмокардиодилатация (ЭБПКД) является методом первой линии лечения ахалазии, другие – что дилатация является «методом спасения» для больных, отказавшихся от операции или имеющих к ней противопоказания, что при баллонной дилатации повышается риск перфорации стенки пищевода и ее применение оправдано лишь для лечения резидуальной дисфагии после миотомии.

Цель исследования – оценить результаты применения лазеротерапии в сочетании с пневматической кардиодилатацией.

Материал и методы. Отделение хирургии пищевода и желудка ГУ «РСНПМЦХ имени академика В. Вахидова», располагает опытом лечения 434 больных, находившихся на стационарном и амбулаторном лечении в период с 2016 г. по апрель 2022 г. с нейромышечными заболеваниями пищевода. Возраст больных колебался от 18 до 78 лет, женщин было 250, что составило 57,6%, а мужчин – 184 (42,4%).

Из 434 больных, с I стадией заболевания было 28 пациентов, что составило 6,5%, со II стадией 166 (38,2%) больных, наибольшее количество больных отмечалось с III стадией заболевания 185 больных, что составило 42,6%. С IV стадией заболевания было 55 больных и составило 12,6%.

С 2020 г. в отделении хирургии пищевода и желудка, при использовании кардиодилатации, последняя дополнялась лазеротерапией с помощью полупроводникового лазерного аппарата «Импульс-100». Клинический материал был разделен на две группы:

Группу сравнения составили 267 больных, получавших лечение в период с 2016 по 2019гг, которым в качестве лечения произведена только пневматическая кардиодилатация.

Основную группу составили 167 больных, получавших лечение в период с 2020 г. по апрель 2022 г., у которых пневматическая кардиодилатация дополнялась лазеротерапией.

Из 434 больных, пневматическая кардиодилатация была произведена 409 больным, что составило 94,2%. В группе сравнения из 267 больных, дилатация произведена 249 (93,2%), 18 (6,7%) больным дилатация не проводилась.

В основной же группе из 167 больных, кардиодилатация в сочетании с лазеротерапией, произведена 160 (95,8%) больным и 7 (4,2%) больным дилатация не проводилась.

Результаты и заключение. В группе сравнения, у 201 больного осложнений во время и после пневматической кардиодилатации не наблюдалось, что составило 80,7%. Осложнения наблюдались у 48 больных, что составило 19,2%.

В основной же группе, благодаря эффектам лазеротерапии, число больных без осложнений удалось увеличилось и составило 90%. Количество осложнений, благодаря внедрению лазеротерапии, напротив, удалось снизить до 10%. Как показал статистический анализ, в основной группе осложнений возникло достоверно ($\chi^2=6,35$, $p=0,012$) меньше чем в группе сравнения.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПНЕВМАТИЧЕСКОЙ КАРДИОДИЛАТАЦИИ В СОЧЕТАНИИ С ЛАЗЕРОТЕРАПИЕЙ В МИНИИНВАЗИВНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕЙРОМЫШЕЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВОДА

Исмаилов С.И., Лигай Р.Е., Цой А.О., Омонов Р.Р., Бекчанов Х.Н., Уралов А.Т., Давронов Р.С., Халиков Ш.Б., Усманов К.К.

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

Актуальность. На современном этапе развития хирургии для лечения ахалазии пищевода применяются кардиодилатация, различные варианты эзофагокардиомиотомии, экстирпация пищевода. Многие авторы активно применяют кардиодилатацию. Оценка ее эффективности неоднозначна. По данным одних авторов хорошие отдаленные результаты кардиодилатации достигают 85-90% (Кондрашин С.А., 1999 г., Черноусов А.Ф., 2000 г.). По сведениям других исследователей, уже через год после кардиодилатации ее эффективность снижается до 60%, а через 5 лет более чем у половины больных возникает рецидив заболевания (Spiess A.E., 1998; Eckard A.J., 2009).

Цель исследования – изучить отдаленные результаты применения лазеротерапии в сочетании с пневматической кардиодилатацией.

Материал и методы. Отделение хирургии пищевода и желудка ГУ «РСНПМЦХ имени академика В. Вахидова», располагает опытом лечения 434 больных, находившихся на стационарном и амбулаторном лечении в период с 2016 г. по апрель 2022 г. с нейромышечными заболеваниями пищевода. Возраст больных колебался от 18 до 78 лет, женщин было 250, что составило 57,6%, а мужчин – 184 (42,4%).

Из 434 больных, с I стадией заболевания было 28 пациентов, что составило 6,5%, со II стадией 166 (38,2%) больных, наибольшее количество больных отмечалось с III стадией заболевания 185 больных, что составило 42,6%. С IV стадией заболевания было 55 больных и составило 12,6%.

С 2020 г. в отделении хирургии пищевода и желудка, при использовании кардиодилатации, последняя дополнялась лазеротерапией с помощью полупроводникового лазерного аппарата «Импульс-100». Клинический материал был разделен на две группы:

Группу сравнения составили 267 больных, получавших лечение в период с 2016 по 2019 гг., которым в качестве лечения произведена только пневматическая кардиодилатация.

Основную группу составили 167 больных, получавших лечение в период с 2020 г. по апрель 2022 г., у которых пневматическая кардиодилатация дополнялась лазеротерапией.

Из 434 больных, пневматическая кардиодилатация была произведена 409 больным, что составило 94,2%. В группе сравнения из 267 больных, дилатация произведена 249 (93,2%), 18 (6,7%) больным дилатация не проводилась.

В основной же группе из 167 больных, кардиодилатация в сочетании с лазеротерапией, произведена 160 (95,8%) больным и 7 (4,2%) больным дилатация не проводилась.

Результаты и заключение. При анализе отдаленных результатов, нами изучались следующие временные промежутки: до 3 месяцев, от 3 до 6 месяцев, от 7 месяцев до 1 года и больше года. При этом установлено, что в группе сравнения из 249 больных, которым произведена кардиодилатация, рецидив дисфагии в различные сроки наблюдался у 215 больных, что составило 86,3%. В основной же группе, из 160 больных, рецидив дисфагии развился у 119 больных, что составило 74,3% и достоверно ($\chi^2=41,21$, $df=3$, $p<0,05$) меньше, чем в группе сравнения.

В сроки до 3 месяцев, в группе сравнения, рецидив дисфагии наблюдался у 66 больных, что составило 30,7%. В основной же группе отмечается достоверное ($\chi^2=24,56$, $p<0,05$) снижение числа рецидива у 11 (9,2%).

В сроки от 3 до 6 месяцев, в группе сравнения, рецидив дисфагии отмечен у 79 (36,7%) больных, в то время, как в основной группе аналогичный показатель, достоверно ($\chi^2=6,77$, $p=0,009$) снизился до 32 (26,9%) больных.

В сроки от 7 месяцев до 1 года, в группе сравнения, рецидив дисфагии отмечен у 38 (17,6%) больных, в основной же группе этот показатель составил 56 (47%) больных, что достоверно ($\chi^2=21,44$, $p<0,05$) выше чем в группе сравнения.

В самый отдаленный срок, более года, рецидив дисфагии в группе сравнения наблюдался у 32 (14,9%) больных, а в основной увеличился до 20 (16,8%), однако разница была не достоверной ($\chi^2=0,011$, $p=0,92$).

SELECTIVE EMBOLIZATION OF THE THYROID ARTERY AS A TREATMENT OF A DEEP CERVICOMEDIASTINAL GOITER. CASE STUDY

Kabdrashitov Zh.D., Rashitov A.Zh., Aitymov B.T., Akhmetov B.S., Derigler S.S., Zhuk A.M., Marchenko M.V., Zhumataev D.Zh.

RSE on PVC «Multidisciplinary regional hospital»,
Kokshetau, Kazakhstan

Selective embolization of the thyroid artery (SETA) is a relatively new technique, already previously experimented by Chinese authors, to treat certain thyroid diseases, mainly for correcting hyperfunction and reducing operative bleeding and in patients who are unable or unwilling to undergo surgery or to have radioiodine therapy. Performed as an endovascular procedure, it serves to produce ischemic necrosis of part of the thyroid parenchyma, thereby causing the goiter to diminish in size.

Purpose: evaluation of the therapeutic effect of embolization of the thyroid artery in a patient with a deep cervicomediastinal goiter.

Material and methods. SETA, as an independent method of treatment of diffuse-toxic goiter, was used in patient D (male, 32 years old) on the basis of the «Interventional X-ray Surgery» department. According to O. Nikolaev's classification IV degree's goiter (Total volume – 136,0 cc). Embolization was carried out using spherical calibrated 700-900. The right, then the left upper and lower thyroid arteries were consecutively categorized. After embolization, the vascularization of the thyroid gland was almost completely blocked in patients. All patients were given postoperative recommendations. A mandatory criterion for evaluating the

success of embolization is an ultrasound (comparing the amount of the thyroid gland before and after) on the 5th day and a month after the procedure, as well as the study of hormonal status on day 3 and a month after the procedure.

Results. A comparative analysis of thyroid ultrasound data was observed. It was found the decrease of the volume of the thyroid gland to an average of 30-40% from the original volume. This time, the compensation of thyrotoxicosis events was achieved, a significant improvement of the general condition of patients, correction of hormonal status, and reduction of compression symptoms of adjacent organs.

Conclusion. In our opinion, SETA can be used in the treatment of cervicomediastinal goiter as a preoperative procedure or an alternative to thyroid resection. Embolization can be repeated to achieve the therapeutic aims. However, it carries the possibility of severe complications and therefore should not be considered a totally safe and risk-free procedure. Embolization as an independent method of treatment is an alternative, modern, minimally invasive method of treatment of diffuse-toxic goiter, which does not require general anesthesia, which reduces the time of hospital stay to 7-10 days. In the future, we want to compare the results of postoperative stay in patients after endoscopic thyroidectomy with prior SETA.

ТИРЕОИДЭКТОМИЯ И ПОВРЕЖДЕНИЕ ВОЗВРАТНОГО ГОРТАННОГО НЕРВА

Конысов М.Н.¹, Ахметгалиев Б.Г.²

¹Атырауский областной кардиологический центр,

г. Атырау, Республика Казахстан,

²Атырауская областная больница,

г. Атырау, Республика Казахстан

Актуальность. Нарушение подвижности голосовых складок (ГС) является одним из самых частых осложнений при операциях на щитовидной железе (ЩЖ), занимая второе место после гипопаратиреоза. В настоящее время принято различать парез и паралич гортани: под парезом подразумевают временное нарушение подвижности голосовых складок сроком до года, под параличом – стойкое нарушение подвижности более года. По данным зарубежных авторов, паралич возвратного гортанного нерва (ВГН) после хирургического лечения регистрируется у 0,8–8,3% пациентов и сохраняется через год (стойкий паралич) у 0,3–3% пациентов. Риск повреждения ВГН при повторных операциях увеличивается до 12%. Самым тяжелым осложнением является двусторонний паралич гортани, который сопровождается афонией, грубыми нарушениями дыхания, нередко глотания, зачастую требующими трахеостомии. Нередки случаи, когда вовлеченность ВГД имеет транзиторный характер при узловых/многоузловых формах в исходе заболевания. Основным методом профилактики повреждений ВГН является прецизионное выделение всех структур ЩЖ и их интраоперационная визуализация.

Материал и методы. За период с 1996 года выполнено 178 различных операций на ЩЖ. В 155 (87%) случаях операции производились по поводу узлового/многоузлового зоба и в том числе коллоидного зоба (до 2000 г.) и в 23 (13%) случаях по поводу ДТЗ. В последние годы при узловом коллоидном зобе используем пункционный метод лечения, и открытые оперативные вмешательства у этой категории больных не производим. В большин-

стве случаев операцию производили в эутиреоидном состоянии больных, а в случаях с ДТЗ старались купировать тиреотоксикоз и переводить пациентов в гипо-эутиреоидное состояние, под наблюдением врача-эндокринолога. Рецидивный зоб отметили у 12 (6,7%) из этих больных, оперированных в различные сроки после перенесенных первичных оперативных вмешательств, в том числе в нашем ЛПУ. У всех повторно оперированных больных не было достигнуто послеоперационное гипотиреоидное состояние, что могло свидетельствовать об оставлении избытка железа при первичном вмешательстве, отсутствием адекватной медикаментозной поддержке (L-тироксин и его аналоги) и гормонального контроля (Т4св, ТТГ и ТГ). Для диагностики заболевания всегда использовали УЗИ исследование (7) с анализом кровотока и в редких случаях при крупных зобах и компрессии органов шеи – КТ/МРТ. Очень важно при первичном осмотре пациентов с заболеваниями ЩЖ изменения в голосе устанавливать до операции. Рядом авторов рекомендуется проведение УЗИ гортани с целью диагностики патологии ГС, данное исследование считаем допустимым и перспективным. Исходно легкая степень вокальных изменений установлена у 5 (2,8%) пациентов (у 3 с рецидивом заболевания и у 2-с многоузловой формой зоба). Во всех случаях повторных операций проводили консультацию лор-врача. В протоколе диагностики обязательно выполняли тонкоигольную пункционную биопсию с цитологией под контролем УЗИ (вкл. узлы 1 см и >). При обоснованном подозрении на злокачественный характер заболевания (ТАБ+кальцитонин) больных переводили в онкологический диспансер. Компрессионный синдром вследствие больших размеров зобно-измененной ЩЖ установлено у 17 (9,5%) больных. Во время оперативного вмешательства субфасциальное выделение структур ЩЖ в большинстве случаев с визуальным контролем трахеи и сосудистых структур гарантирует от повреждения ВГН, однако необходимо учитывать тот факт, что нередко имеют место различные анатомические варианты вхождения ВГН (экстраларенгиальное деление на ветви перед вхождением в гортань), а также структуры, которые могут быть замаскированы под т.н. невозвращающийся ВГН (симпатическая анастомозирующая ветвь нижнего гортанного нерва и нерв Галена), которые могут быть повреждены во время операции. Эта сложная анатомическая нервная сеть определена многогранной вокальной функцией гортани, а также эмбриональным смещением органов шеи.

Результаты. Послеоперационные специфические осложнения наблюдали у 8 (4,4%) больных. Летальных исходов не было. Односторонний парез ВГН установлен у 3 (1,6%) пациентов оперированных по поводу многоузлового зоба и в 1 случае – двухсторонний парез/паралич ВГН возник у пациентки с рецидивным многоузловым зобом загрудинной локализации, который потребовал наложения трахеостомы в раннем послеоперационном периоде (в последующем пациентка перенесла ряд коррекционных лор-операций с целью обеспечения проходимости гортани). Из других осложнений у 1 пациента наблюдали повреждение околощитовидных желез с характерной клинической картиной, гипокальциемией и гиперфосфатемией. Послеоперационные кровотечения из ложа ЩЖ отметили в 3 случаях, и все они были устранены при повторной ревизии зоны операции. В последние 10 лет при операциях на щитовидной железе широко используем гармонический скальпель «Ультрасижн» компании Этикон.

Заключение. Операции на ЩЖ – деликатное и прецизионное оперативное вмешательство, при соблюдении ряда условий перечисленных выше могут быть выполнены практически без серьезных послеоперационных осложнений. Парезы и параличи ВГН – специфическое осложнение после операций на ЩЖ (2,2%). Транзиторные изменения в голосе в исходе заболевания и при одностороннем парезе гортани могут быть объяснены компенсаторными механизмами анастомозов с контралатеральной стороны. Алгоритм лечения и профилактики послеоперационного рецидива узлового зоба во многом исходит из объема оставшейся тиреоидной ткани, который оценивается с помощью динамического УЗИ и исследования гормонального фона (Т4св, ТГ, ТТГ). После тиреоидэктомии или предельно-субтотальной резекции ЩЖ развитие гипотиреоза не вызывает сомнений и в подавляющем числе случаев требует заместительной медикаментозной коррекции L-тироксином (йодокомбом) под контролем врача эндокринолога и хирурга. Перспективным является необходимость использования интраоперационного нейромониторинга при операциях на ЩЖ в будущем.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕДКИХ ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫХ И МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМ РАКА ГОРТАНИ, ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА И ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Макишев А.К., Жакипбаев К.А.

*НАО «Медицинской университет Астана»,
г. Нур-Султан, Республика Казахстан,
ГКП на ПВХ «Многопрофильный медицинский центр»,
г. Нур-Султан, Республика Казахстан*

Введение. Первично-множественные (ПМ) и местнораспространенные формы (МРФ) рака гортани, шейного отдела пищевода и щитовидной железы вызывают большой клинический интерес в связи с трудностями топической диагностики и морфологической верификации опухоли, редкостью данной патологии, тяжестью состояния пациентов в связи с высокой агрессивностью течения опухолевого процесса, наличием грозных осложнений в виде дисфагии и стеноза гортани, а также неудовлетворенностью результатов лечения.

Цель работы – изучить непосредственные результаты внедренных расширенно-комбинированных операций при ПМ и МРФ форм рака гортани, шейного отдела пищевода и щитовидной железы для улучшения качества жизни больных.

Материал и методы. В ГКП на ПВХ «Многопрофильном медицинском центре» г. Нур-Султан выполнено 23 расширенно-комбинированных операций (РКО) при ПМ и МРФ рака гортани, шейного отдела пищевода и щитовидной железы с 1997 по 2021 г.

Результаты. В 5 случаях диагностирован рак гортани (РГ) и трахеи Т4N2M0 с прорастанием в щитовидную железу (ЩЖ) и стенку правой общей сонной артерии. Стеноз гортани (СГ) II ст. Рак шейного отдела пищевода (ШОП) и верхне-грудного отдела пищевода Т4N3M0, осложненный дисфагией IV ст. Выполнена одномоментная экстирпация гортани (ЭГ) с резекцией 5 верхних колец трахеи с наложением полной трахеостомы (ПТ),

эксцизия ЩЖ с пластикой стенки сонной артерии, одномоментная эксцизия пищевода (ЭП) с наложением глоточно-желудочного анастомоза расщепленным желудочным стеблем тройным абдоминально-торакально-цервикальным доступом. В результате проведенной операции ликвидированы два грозных осложнения (стеноз гортани и дисфагия), которые привели бы к неминуемой смерти больных в ближайшие дни. На 8-10-е сутки начато энтеральное питание. Один пациент прожил 7 месяцев, смерть наступила в результате кровотечения в области рецидива. Второй пациент прожил 9 месяцев. В 8 случаях выявлен РГ Т4N3M0 с прорастанием в ШОП, осложненный дисфагией I-II степени и СГ II степени. Выполнена одномоментная ЭГ с резекцией 4 верхних колец трахеи с наложением ПТ, одномоментная ЭП с эзофагогастропластикой целым желудком трансмедиастинально-цервикальным доступом. Одна пациентка на 5-е сутки после ЭГ с резекцией 5 верхних колец трахеи с наложением ПТ, эксцизия ЩЖ с пластикой стенки сонной артерии, одномоментной ЭП с наложением глоточно-желудочного анастомоза расщепленным желудочным стеблем тройным абдоминально-торакально-цервикальным доступом умерла в результате интубации, в следствие того, что произошел разрыв мембранозной части гортани. В 10 случаях выявлен рак ШОП Т4N2M0 с прорастанием в гортань и трахею. Дисфагия IV ст. СГ III ст. Им выполнена радикальная ЭП с ЭГП абдоминально-трансмедиастинально-цервикальным доступом, ЭГ с наложением ПТ. Одна пациентка прожила 26 месяцев после лечения, остальные от 10-14 месяцев.

Заключение. Единственным методом, направленным на оказание помощи этой сложной категории больных, которые считаются заведомо инкурабельными и дающим шанс для получения непосредственных удовлетворительных результатов (ликвидация дисфагии и стеноза гортани) является расширенно-комбинированное оперативное вмешательство. Для некоторых больных появляется возможность продления выживаемости до 2-х лет и более, улучшая качество жизни.

THE ROLE OF TEMPORARY ILEOSTOMY IN RECONSTRUCTIVE OPERATIONS ON THE COLON

Mammadov A.A., Jafarli R.E., Mammadov V.M.

Scientific Surgery Center named after Academician
M.A. Topchubashov, Azerbaijan Medical University,
Baku, Azerbaijan

Relevance. Complications arising in the early stages after reconstructive operations on the colon remain one of the unresolved problems of modern medicine. Among them, anastomotic failure occurs in 6-23% of cases, which does not correspond to the results of surgical treatment.

Objective: evaluation of the role of temporary iostomy implantation in reconstructive operations on the colon.

Material and methods. The study is based on the results of treatment of 41 patients who underwent surgery for colorectal cancer in the clinic in 2017-2020. Among the studied patients, 19 (46,3%) were men and 22 (46,3%) were women. The age of the patients was 34-75 years, the average age was 63,7±1,5 years. 54% of the patients were elderly. Although these patients were admitted to the clinic at an early stage with a diagnosis of acute or partial

intestinal obstruction or rectal bleeding, they were diagnosed with rectal cancer at a later stage. In all patients, primary reconstructive surgery was completed with the insertion of an ileostomy, along with the formation of a colorectal anastomosis.

Results. Indications for preventive ileostomy in the examined patients are the presence of infiltration in the tissues of the male pelvic cavity, the anatomical location of the tumor (below the pelvic peritoneum), the presence of doubts about the reliability of the formed anastomosis, as well as the state of microcirculation in the large bowel wall were taken into account. The operation takes into account the approach corresponding to modern oncological radicalism. In addition to inferior anterior resection, patients underwent total mesorectumectomy and adequate lymph node dissection. In the postoperative period, 3 (7,3%) patients were diagnosed with an abscess of the surgical wound, 1 (2,4%) with pneumonia due to nosocomial infection, and 2 (4,9%) with antibiotic-associated colitis and stopped with probiotics. One patient was diagnosed with colorectal anastomotic failure after anterior rectal resection and temporary ileostomy on day 14 postoperatively. This complication was treated conservatively by flushing the presacral drains with antiseptics and rational antibiotic therapy. This complication was most likely due to the technical complexity of the anastomosis, as well as microcirculation disorders. In the late period, skin maceration was performed along the ileostomy margin with hygienic and pharmacological methods in 2 (4,9%) patients.

Conclusion. Therefore, in patients at risk of developing colorectal cancer, temporary ileostomy is effective in preventing failure of primary colorectal anastomosis in the treatment of colorectal cancer.

ИНТЕРСФИНКТЕРНЫЕ РЕЗЕКЦИИ ПРИ НИЖНЕАМПУЛЯРНОМ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ

Мамлин М.А.

Национальный научный онкологический центр,
г. Нур-Султан, Республика Казахстан

Актуальность. Интерсфинктерная резекция (ИСР) прямой кишки считается одним из видов органосохраняющих хирургических методов лечения при T1-2 опухолях нижеампулярного рака прямой кишки. Данный вид операции проводится с 2019 года в Национальном научном онкологическом центре г. Нур-Султан. С момента первой публикации, описывающей данный метод, по сей день вокруг этого вопроса ведутся дискуссии и имеются опасения по поводу онкологических и функциональных результатов этого вида операции, качества жизни вследствие дисфункции неоректума и сфинктера. Согласно данным многочисленных исследований, данный вид вмешательства считается приемлемым и является альтернативой брюшно-промежностной эксцизии прямой кишки (БПЭ).

Материал и методы. В национальном научном онкологическом центре с 2019 по 2022 год было проведено 10 ИСР при дистальной локализации рака прямой кишки. Всем пациентам было проведено предоперационное стадирование и распространенность опухоли с помощью МРТ высокого разрешения. Согласно клиническим протоколам лечения рака прямой кишки, пациенты получили курсы предоперационной химиолучевой терапии СОД 50 Гр с капецетабином.

Результаты. Из всех пациентов (n=10) 6 пациентам операция была выполнена лапароскопическим доступом и 4 пациентам была выполнена открытым способом. При лапароскопическом доступе средняя продолжительность пребывания пациента в стационаре составил 8,7 койко-день. Учитывая, что операция состоит из двух доступов, то средняя продолжительность операции составила 285 минут. У 3 пациентов из 10 развились осложнения в послеоперационном периоде. Среди пациентов было проведено анкетирование, и синдром низкой передней резекции (СНПР) наблюдался у всех прооперированных пациентов.

Заключение. Операция ИСР возможно является альтернативой БПЭ у отдельных пациентов с нижеампулярным раком прямой кишки, как это показывают наши результаты. Однако немаловажным моментом до проведения ИСР является информирование пациентов об ожидаемых результатах операции в виде ухудшения качества жизни в результате неудовлетворительных функциональных результатов, в частности развития СНПР. По зарубежным данным СНПР встречается от 25 до 90% в случае у пациентов, которые перенесли операцию по поводу рака прямой кишки.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С НЕПОЛНОЙ МЕМБРАНОЙ ЖЕЛУДКА

Нафикова Р.А., Гумеров А.А., Галимов И.И., Каранинский Е.В.

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Уфа, Российская Федерация

Актуальность. Неполная мембрана желудка является редким врожденным пороком развития желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), который встречается частотой 1:40 000 новорожденных. Учитывая редкость патологии, в литературе представлено небольшое количество данных в лечении данного заболевания, и отдаленных результатов проведенного лечения.

Цель работы – провести анализ результатов лечения детей с неполной мембраной желудка и оценить качество их жизни в отдаленном периоде.

Материал и методы. В период с 2011 по 2021 год на стационарном лечении в Республиканской детской клинической больницы г. Уфа находились 21 пациент с неполной мембраной желудка: 13 (62%) мальчиков и 8 (38%) девочек. Возраст детей на момент обследования составил от 2 до 9 лет. Всем детям в периоде раннего возраста было проведено оперативное лечение в объеме частичного иссечения мембраны с ушиванием стенки желудка в поперечном направлении, в 16 (76%) случаях лапароскопическим методом, в 5 (24%) – лапаротомным способом. Проведенные обследования включали: общий и биохимический анализы крови, ультразвуковое исследование органов брюшной полости (УЗИ ОБП), рентгеноконтрастное (Р) исследование ОБП, фиброэзофагогастродуоденоскопию (ФЭГДС), оценка физического развития детей перцентильным методом и опрос пациентов, и их родителей, с использованием разработанной нами анкеты.

Результаты. Анализ лечения производился по данным обработке показателей крови у 4 (19%) детей была анемия легкой степени тяжести, по данным УЗИ ОБП – у 2 (9%) пациентов были признаки утолщения стенки желчного пузыря, по результатам Р исследования замедленная эвакуаторная функция ЖКТ отмеча-

лась только у 2 (9%) пациентов в течении 5 часов. По ФЭГДС у 3 (14,2%) детей были признаки повреждения слизистой оболочки желудка в виде эрозий. Физическое развитие детей в 17 (81%) случаев находилось в интервале между 10-м и 90-м перцентилем, что соответствует норме. В 4 (19%) случаев – ниже 10-го перцентиле, что расценивается как ниже среднего. Согласно проведенному опросу анкетным способом, у 4 детей редко бывают боли в животе после приема пищи, у 3 детей сохраняются срыгивания небольшим объемом съеденной пищи до 3-4 раз в сутки, у 5 детей периодически отмечается сниженный аппетит.

Заключение. При правильной и своевременной коррекции данного порока развития, у большинства детей полностью восстанавливается эвакуаторная функция ЖКТ, дети имеют хорошее качество жизни и нормальное физическое развитие.

РЕЗУЛЬТАТЫ КАРДИОДИЛАТАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ НЕЙРОМЫШЕЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПИЩЕВОДА С ПРИМЕНЕНИЕМ ИНФРАКРАСНОГО ИМПУЛЬСНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ

Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Цой А.О., Хаджибаев Ж.А., Бекчанов Х.Н., Уралов А.Т., Давронов Р.С., Халиков Ш.Б., Усманов К.К.

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

Актуальность. Развитие лазерной медицины – одно из достижений конца 20 века. Многообразие и широкие возможности лазеров привели к тому, что практически во всех областях медицины они нашли свое применение. Известно, что импульсное лазерное излучение способно оказывать биологический эффект, связанный с влиянием на иннервацию гладкой мускулатуры, изменение микроциркуляции, рассасывать и предупреждать развитие соединительной ткани. Эти эффекты были прослежены на большом количестве проведенных исследований с патологией желудочно-кишечного тракта.

Цель исследования – улучшить технические аспекты пневматической кардиодилатации у больных с НМЗП, путем внедрения инфракрасного импульсного лазерного излучения.

Материал и методы. Отделение хирургии пищевода и желудка ГУ «РСНПМЦХ имени академика В. Вахидова», располагает опытом лечения 434 больных, находившихся на стационарном и амбулаторном лечении в период с 2016 г. по апрель 2022 г. с нейромышечными заболеваниями пищевода. Возраст больных колебался от 18 до 78 лет, женщин было 250, что составило 57,6%, а мужчин – 184 (42,4%).

Из 434 больных, с I стадией заболевания было 28 пациентов, что составило 6,5%, со II стадией 166 (38,2%) больных, наибольшее количество больных отмечалось с III стадией заболевания 185 больных, что составило 42,6%. С IV стадией заболевания было 55 больных и составило 12,6%.

С 2020 г. в отделении хирургии пищевода и желудка, при использовании кардиодилатации, последняя дополнялась лазеротерапией с помощью полупроводникового лазерного аппарата «Импульс-100». Клинический материал был разделен на две группы:

Группу сравнения составили 267 больных, получавших лечение в период с 2016 г. по 2019 г., которым в качестве лечения произведена только пневматическая кардиодилатация.

Основную группу составили 167 больных, получавших лечение в период с 2020 г. по апрель 2022 г., у которых пневматическая кардиодилатация дополнялась лазеротерапией. Из 434 больных, пневматическая кардиодилатация была произведена 409 больным, что составило 94,2%. В группе сравнения из 267 больных, дилатация произведена 249 (93,2%), 18 (6,7%) больным дилатация не проводилась. В основной же группе из 167 больных, кардиодилатация в сочетании с лазеротерапией, произведена 160 (95,8%) больным и 7 (4,2%) больным дилатация не проводилась.

Результаты и заключение. В группе сравнения, 2 сеанса потребовалось 30 (12%) больным. В основной же группе, 2 сеанса произведено у 35 (21,9%) больных, что достоверно ($\chi^2=7,037$, $p=0,008$) больше чем в группе сравнения. Три сеанса в основной группе также удалось увеличить с 51,4% в группе сравнения, до 55,6% в основной группе. Однако при статистическом анализе разница оказалась не достоверной ($\chi^2=0,7$, $p=0,404$). Четыре сеанса в группе сравнения выполнено у 60 (24,1%) больных, в основной же группе количество больных кому произведено 4 сеанса, сократилось до 28 (17%) больных. Однако разница оказалась не достоверной ($\chi^2=2,51$, $p=0,11$). Количество больных, которым произведено 5 сеансов дилатации, в группе сравнения было 26, что составило 10,4%. В основной же группе, их число удалось достоверно ($\chi^2=4,83$, $p=0,028$) сократить до 7 больных, что составило 4,4%. Шесть сеансов, которые было максимальным, в группе сравнения выполнено у 6 больных и составило 2%. В основной же группе, 6 сеансов произведено 1 (0,6%) больному. При статистическом анализе установлено, что разница была не достоверная.

В группе сравнения, минимальное давление нагнеталось у всех 17 больных, что составило 6,8%. В основной же группе, количество больных которым нагнеталось минимальное давление достоверно ($\chi^2=9,19$, $p=0,0024$) увеличилось до 26 (16,2%) больных.

В группе сравнения, среднее давление нагнеталось у всех 100 больных и составило 40,1%. В основной группе, среднее давление нагнеталось у 88 (55%) больных, что достоверно ($\chi^2=8,64$, $p=0,0033$) больше чем в группе сравнения.

Максимальное давление в группе сравнения нагнеталось у 132 (53%) больных. В основной же группе число больных, которым потребовалось максимальное давление, удалось достоверно ($\chi^2=23,33$, $p=0,000001$) сократить до 46, что составило 28,8%.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ PRP-ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ

Нуспекова Д.Т.¹, Джумабеков А.Т.¹, Акилов Х.А.²

¹КМУ «Высшая школа общественного здравоохранения», г. Алматы, Республика Казахстан,

²Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Цель работы – оценить эффективность применения PRP-терапии при лечении больных хроническим геморроем.

Материал и методы. Выполнено сравнительное нерандомизированное проспективное исследование, на базе многопрофильного хирургического отделения регионального диагностического центра и проктологического центра клиники МИПО, основанное на результатах лечения пациентов с хроническим геморроем, находившихся на стационарном лечении в период с января 2021 г. по январь 2022 г. В исследование было включено 100 пациентов в возрасте от 21 до 72 лет с хроническим геморроем II и III стадии, в лечении которых применялся метод геморроидэктомии с PRP-терапией (основная группа сравнения), и традиционное оперативное лечение геморроя – открытая геморроидэктомия (контрольная группа сравнения).

Результаты. При проведенном анализе клинической эффективности операций применялись такие критерии оценки, как выраженность и длительность болевого синдрома, проявления и выраженность осложнений во время операции и в раннем послеоперационном периоде, количество проведенных койко-дней в стационаре и период восстановления трудоспособности пациентов. Интенсивность выраженности болей, оцененная пациентами по шкале VAS, была максимальной в первые сутки после операции и оценивалась в среднем $3\pm 0,2$ балла в основной группе и $6,1\pm 0,3$ балла в контрольной группе сравнения. Длительность продолжения болей после операции составила в среднем $3,1\pm 0,2$ суток в основной группе и $4,4\pm 0,2$ суток в контрольной группе сравнения. Развитие ранних послеоперационных осложнений в основной группе – у 6 (12%). В контрольной группе осложнения диагностированы в 14 (28%) наблюдениях.

Одним из важных критериев эффективности хирургического вмешательства, является изучение сроков восстановления трудоспособности, медицинской реабилитации. После геморроидэктомии с PRP-терапией к 15 дню 31 (62%) пациентов и к 25 дню 50 (100,0%) все больные возвратились к труду. При геморроидэктомии по Миллигану-Моргану, составляющую контрольную группу к 30 дню 32 (64%) пациентов и к 40 дню все больные приступили к труду. Таким образом, у больных перенесших геморроидэктомии с PRP-терапией по поводу геморроидальной болезни 2-3 стадии значительно сокращается период нетрудоспособности. Это связано с ускоренным наступлением полной эпителизации раны, что способствует профилактике осложнений, способствует уменьшению болей и сокращению сроков реабилитации, уменьшение рубцевания и незначительным числом осложнений в послеоперационном периоде.

Проведенный сравнительный анализ через 3 месяца после вмешательства уменьшения частоты жалоб пациентов показал, что при применении методики операции с применением PRP терапии быстрее, чем после других методов лечения исчезают жалобы на ректальные кровотечения. Наибольшая доля больных, у которых сохранялись какие-либо жалобы, имела место после выполнения открытой геморроидэктомии с традиционным методом ведения.

Заключение. Разработанный комплексный метод с применением PRP-терапии и послеоперационного медикаментозного лечения, и ведения пациентов позволяет успешно производить лечение хронического геморроя 2-3 стадии. Одним из способов оптимизации процесса ускоренной регенерации является PRP-терапия. Применение PRP-терапии ускоряет наступление полной эпителизации раны, способствует профилактике осложнений, способствует уменьшению болей и сокращению сроков реабилитации, уменьшает рубцевание.

ЭЗОФАГОПЛАСТИКА КОМБИНИРОВАННЫМ ВИСЦЕРАЛЬНЫМ ТРАНСПЛАНТАТОМ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

Ручкин Д.В., Козлов В.А., Оконская Д.Е.,
Назарьев П.И., Хамидов М.М.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» МЗ РФ,
г. Москва, Российская Федерация

Актуальность. Одномоментная пластика после эзофагэктомии является приоритетной задачей оперативной гастроэнтерологии. Наиболее выгодным материалом для эзофагопластики считают желудок по причине его естественного продолжения пищевода в желудочно-кишечном тракте (ЖКТ) и надежного кровоснабжения. В определенных ситуациях желудок может оказаться непригодным из-за его комбинированного с пищеводом поражения, сочетанного заболевания или повреждения сосудистой аркады после ранее перенесенных вмешательств. В таких случаях хирурги вынуждено прибегают к отсроченной пластике пищевода положительный исход которой еще более сомнителен. До сих пор остается нерешенным вопрос о способах завершения первичной пластики пищевода при ишемии проксимального конца трансплантата и его недостаточной длине, особенно в условиях дефицита висцерального резерва. Именно этим определен постоянный поиск вариантов рационального использования пластического материала для реализации основного принципа эзофагопластики – ее одномоментной завершенности.

Цель исследования – обосновать применение комбинированного висцерального трансплантата при субтотальной эзофагопластике, сформированного из различных фрагментов ЖКТ на естественном источнике кровоснабжения.

Материал и методы. В отделении реконструктивной хирургии пищевода и желудка комбинированный висцеральный трансплантат после эзофагэктомии (ЭЭ) сформировали 9 пациентам, из них желудочно-тощечнокишечный (ЖТТ) – 8 (88,9%) и толсто-тощечнокишечный (ТТТ) – 1 (11,1%). В исследуемой группе 3 (33,3%) пациентам выполнили субтотальную ЭЭ с дистальной резекцией желудка. Показаниями к операции явилось сочетанное поражение пищевода и желудка: ахалазия терминальной стадии и язвенный стеноз двенадцатиперстной кишки (ДПК) – у 1 больного, стриктура пищевода и стеноз привратника после комбинированного ожог – у 2. С незавершенной пластикой пищевода было 2 больных: после операции Добромыслова-Торка по поводу спонтанного разрыва пищевода – 1, с неудачной пластикой после операции Льюиса по поводу рака пищевода – 1. Еще у 3 больных показаниями к ЭЭ явился стеноз пищевода: протяженная ожоговая стриктура, больная питалась через гастростому – у 1, стриктура эзофагогастроанастомоза (ЭГА) после операции Льюиса – у 1, миграция манжеты в средостение с тяжелым рефлюкс-эзофагитом после фундопликации по Ниссену – у 1. Этим пациентам выполнили эзофагопластику ЖТТ по причине недостаточной длины желудочного кандуита (после перенесенной резекции желудка и повреждения сосудистой аркады при гастростомии), который переместили проксимально на шею, а возникший диастаз между трансплантатом и ДПК заменили сегментом тощей кишки. Эзофагопластику ТТТ вы-

полнили 1 (11,1%) больному по поводу рецидива рака желудка в зоне ЭГА после проксимальной резекции желудка. Ему выполнили субтотальную ЭЭ с экстирпацией культи желудка, а в ходе операции констатировали сегментарный тип ангиоархитектоники ободочной кишки, не позволивший сформировать трансплантат достаточной длины.

Результаты. На 7-е сутки послеоперационного периода 1 больному потребовалась релапаротомия по поводу желчного перитонита, причиной которого явился деструктивный бескаменный холецистит с перфорацией. Летальных исходов не было. В отдаленном периоде через 6 мес у 1 больной развился рубцовый стеноз ЭГА, купированный двумя курсами эндоскопического бужирования.

Заключение. Использование комбинированного трансплантата из двух коротких висцеральных сегментов позволяет завершить субтотальную эзофагопластику в условиях дефицита висцерального резерва, ликвидировав диастаз между дистальным концом короткого (желудочного или толстокишечного) трансплантата и ДПК, реализовать физиологический принцип сохранения дуоденального пассажа и предотвратить желчный рефлюкс.

НЕОККЛЮЗИОННАЯ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНАЯ ИШЕМИЯ В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

Ручкин Д.В., Оконская Д.Е., Ковалерова Н.Б.,
Козлов В.А., Савельева В.А.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» МЗ РФ,
г. Москва, Российская Федерация

Актуальность. Неокклюзионная мезентериальная ишемия (НОМИ) является достаточно редким (20-30% среди всех ишемических интестинопатий), но острым жизнеугрожающим заболеванием с высокой летальностью, достигающей 41-100%. НОМИ возникает в результате перфузии органов мезентериального бассейна при отсутствии механической обструкции магистральных сосудов тромбами или эмболами. Этиологические факторы развития НОМИ разнообразны, среди ведущих выделяют заболевания сердечно-сосудистой системы (сердечная недостаточность, аритмия, системный атеросклероз и др.), системную гиповолемию (дегидратация, кровотечение), сепсис, вазопрессорную терапию, раннее энтеральное питание в послеоперационном периоде. Патогенез НОМИ заключается в резкой периферической гипоперфузии с отсутствием кровотока в интрамуральном артериальном сосудистом русле (периферический вазоспазм). Начальные симптомы неокклюзионной ишемии зачастую стерты и неспецифичны, что затрудняет ее своевременную диагностику. Неинвазивные методы диагностики (УЗИ, МСКТ) позволяют достоверно оценить проходимость аорты и ее крупных ветвей, а также оценить ишемию и некроз органа и являются достаточно информативными. Селективная ангиография является более точным, но инвазивным методом визуализации мелких сосудов. Тем не менее, ряд авторов относит селективную ангиографию к золотому стандарту диагностики НОМИ. В данном сообщении нами обобщены наблюдения НОМИ после разнообразных резекционных и реконструктивных вмешательств на органах желудочно-кишечного тракта.

Цель исследования – изучить закономерности возникновения и развития НОМИ у больных после операций на органах желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Материал и методы. Были обобщены все случаи развития НОМИ у пациентов, в отделении реконструктивной хирургии пищевода и желудка в НМИЦХ имени А.В. Вишневого. В период с 2015 г. по май 2021 г. синдром НОМИ диагностировали у 10 пациентов, перенесших реконструктивные вмешательства на органах желудочно-кишечного тракта. Среди них были 4 (40%) женщины и 6 (60%) мужчин в возрасте от 29 до 92 лет, медиана 67 (61;70). Пациенты отличались как по характеру основного заболевания, так и по объему хирургического вмешательства. У 4 (40%) больных основным заболеванием был рак пищевода, у 2 (20%) – доброкачественное заболевание пищевода (ахалазия кардии терминальной стадии, протяженная ожоговая стриктура), у 1 (10%) – первично-множественный синхронный рак (рак пищевода-желудочного перехода и рак левой почки), у 1 (10%) – рак сигмовидной кишки, у 1 (10%) – рак антрального отдела желудка, у 1 (10%) – болезнь оперированного желудка. Эзофагэктомию выполнили 6 (60%) больным, из них пластику желудочной трубкой – 5 (50%), левой половиной ободочной кишки – 1 (10%) больному. Пациенту с первично-множественным раком выполнили симультанную операцию: субтотальную проксимальную резекцию желудка с интерпозицией сегмента тонкой кишки (по Merendino-Dillard) и резекцию левой почки. Также 1 (10%) больному выполнили левостороннюю гемиколэктомию, 1 (10%) – дистальную субтотальную резекцию желудка с реконструкцией по Billroth I, 1 (10%) после резекции желудка по Бальфуру – выключение приводящей петли и маневр Супо-Буккеля с редуденизацией. Всем пациентам выполнили стандартизированные хирургические вмешательства, интраоперационных осложнений зафиксировано не было.

Результаты. Среди особенностей раннего послеоперационного течения (1-2 сутки после операции), выделили следующие: сепсис, септический шок у 6 (60%) пациентов; ОПН RIFLE R – у 3 (30%); вазопрессорная терапия – у 2 (20%); состоявшееся внутриплевральное кровотечение – у 1 (10%); острый реактивный панкреатит – у 1 (10%); гиповолемия с развитием острой сердечно-сосудистой недостаточности – у 1 (10%), раннее энтеральное питание – у 1 (10%). Лактат-ацидоз (> 4 ммоль/л) в 1-3 сутки после операции наблюдали у 7 (70%) больных. Манифестация синдрома НОМИ у 6 (60%) пациентов началась фульминантно в 1-2 ПОД с быстрым исходом в септический шок. Диагностику расстройств кровообращения (в т. ч. некрозов) в органах ЖКТ проводили при помощи МСКТ с внутривенным болюсным усилением (70%). У 3 (30%) при МСКТ выявили ишемию, еще у 4 (40%) исследование выполнили уже на стадии некроза органа-мишени. По причине острого развития НОМИ, а также неспецифических клинических проявлений, селективную ангиографию ВБА не выполнили ни одному больному. Инструментальное подтверждение НОМИ получили на 2-5 ПОД, медиана 3 (2;4). Релапаротомию выполнили 9 (90%) больным, реторакотомию – 1 (10%) пациенту, из них серию релапаротомий – 4 (40%) пациентам. Органы-мишени были следующими: мультивисцеральный некроз ЖКТ у 5 (50%) больных, некроз желудочного трансплантата – у 3 (30%), некроз ободочной кишки – у 1 (10%), некроз культи желудка – у 1 (10%). У 1 пациентки неокклюзионная ишемия возникла не только в системе брыжеечных сосудов, но и в системе чревного ствола (некроз печени и селезенки). Резекционные вмешатель-

ства выполнили 8 (80%) пациентам, эксплоративную лапаротомию – 2 (20%). Летальный исход наступил у 8 (80%) больных.

Заключение. Диагноз НОМИ сложен, потому что ранние симптомы заболевания вариабельны и неспецифичны. Манифестация НОМИ в виде септического шока у 60% больных была связана с фульминантной реализацией мультивисцеральных некрозов в 1-2 сутки после операции. Клиника острой абдоминальной ишемии была замаскирована медикаментозной седацией в интраоперационном периоде. По этой причине своевременная диагностика НОМИ до развития обширных некрозов в нашей серии наблюдений была попросту невозможна. Возникновение обширных некрозов в раннем послеоперационном периоде у большинства пациентов указывает на вероятное интраоперационное развитие критической ишемии органов брюшной полости. Это фатальное осложнение заслуживает дальнейшего изучения, в том числе в рамках экспериментальной модели с интраоперационным исследованием висцеральной перфузии.

ЕДИНАЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНОГО ПЕРЕХОДА

Ручкин Д.В., Назарьев П.И., Оконская Д.Е.,
Козлов В.А., Савельева В.А.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр
хирургии имени А.В. Вишневого» МЗ РФ,
г. Москва, Российская Федерация

Актуальность. Проблема аденокарциномы пищевода-желудочного перехода (ПЖП) приобрела важное значение, обусловленное повсеместным ростом заболеваемости. Хирургическая резекция остается единственным радикальным способом лечения рака ПЖП. При этом, вследствие пограничного расположения опухоли (на стыке пищевода и желудка), в мире до сих пор не существует единой хирургической тактики лечения. Смертность от рака ПЖП остается высокой, пятилетняя выживаемость обычно не превышает 35-40%.

Цель исследования – оценка безопасности и эффективности дифференцированной тактики хирургического лечения рака ПЖП, основанной на типе и распространенности опухоли.

Материал и методы. Предметом исследования явились результаты хирургического лечения 100 больных аденокарциномой ПЖП в период с июня 2011 г. по июль 2016 г. Аденокарциному ПЖП определяли и классифицировали по Siewert. Протяженность поражения оценивали согласно Японской классификации рака пищевода и желудка (JES, 10th ed. 2009; JGCA, 3rd En. ed. 2011). Опухоль I типа выявлена у 13 (13%), II – у 33 (33%), III – у 54 (54%) пациентов. Средний возраст больных в общей группе составил 64±2,2 лет, соотношение мужчин и женщин – 2,57:1. Кишечная метаплазия слизистой пищевода (пищевод Барретта) была ассоциирована с I (69%) и со II (6%) типами опухоли. Доля низко- и недифференцированного рака (G3/G4) составила 44%. По степени распространенности опухоли (TNM-7) I ст. заболевания отмечена у 14%, II – у 13%, III – у 67%, IV – у 6% больных. Клинически значимые сопутствующие заболевания разной степени тяжести выявлены у 77 (77%) пациентов.

Результаты. Целью всех операций было достижение радикальной макро- и микроскопической резекции опухоли (R0).

Выбор варианта хирургического вмешательства зависит от типа и местной распространенности опухоли. Во всех наблюдениях применяли стандартные хирургические методики. При Siewert I: 12 (92,3%) больным выполнили субтотальную эзофагэктомию, проксимальную резекцию желудка (ЭЭПРЖ) с пластикой желудочной трубкой, одному (7,7%) – эзофагогастрэктомию (ЭГЭ) с незавершенной эзофагопластикой. При Siewert II: 15 (45,4%) больным произвели субтотальную проксимальную резекцию желудка (СПРЖ) с резекцией нижней трети пищевода и интерпозицией изоперистальтического сегмента тощей кишки (по Merendino-Dillard), восьми (24,3%) – гастрэктомию (ГЭ) с резекцией нижней трети пищевода, в 8 (24,3%) – ЭЭПРЖ, одному (6%) – ЭГЭ с одномоментной эзофагопластикой левой половиной толстой кишки. При Siewert III: 36 (66,7%) больным выполнили ГЭ с резекцией нижней трети пищевода, 16 (29,6%) – СПРЖ с резекцией нижней трети пищевода, двум (3,7%) – ЭГЭ с эзофагопластикой толстой кишки. Абдоминальным доступом всегда служила верхняя срединная лапаротомия. Грудной отдел пищевода экстирпировали 14 больным из правостороннего трансторакального (ТТ), 11 – из транسخиатального (ТХ) доступов. Всем пациентам выполняли абдоминальную лимфодиссекцию (ЛД) в объеме D2. При ТТ доступе производили полную медиастинальную ЛД (билатеральную до уровня верхней апертуры грудной клетки), при ТХ – только в нижнем средостении (до бифуркации трахеи). Эзофагэктомию всегда выполняли в субтотальном объеме с формированием шейного пищевода анастомоза. После ГЭ девяти пациентам реконструкцию сделали на Ру-петле, 35 – по типу изоперистальтической еюногастропластики.

Доля макро- и микроскопически радикальных (R0) резекций составила 89% (89 из 100). Операции R1 были выполнены у 11 (11%) больных. Вмешательств R2 не было. При этом опухолевые клетки по линии резекции пищевода обнаружены лишь у 8 (8%) больных. Доля R1 операций была наибольшей (16,7%) после резекции нижней трети пищевода при Siewert III.

Послеоперационные осложнения зафиксированы у 37 (37%) пациентов, 12 из них потребовалась их коррекция в отделении реанимации. Общие осложнения встречались в 1,5 раза чаще хирургических (26 против 17). Наиболее часто диагностировали гидроторакс, требовавший торакоцентеза (у 19 больных). Частичная несостоятельность пищевода анастомоза развилась у 8 (8%) пациентов: высокого эзофагоеюноанастомоза (7) и шейного (1 после ЭПРЖ). Послеоперационная летальность составила 3%: одна больная умерла от инфаркта миокарда, другой пациент – от полиорганной недостаточности при отсутствии хирургических осложнений и еще один – от двусторонней полисегментарной пневмонии на фоне постлучевого фиброза легких.

Прогрессирование онкопроцесса отметили у 42 (43,3%) пациентов: отдаленные метастазы (Mts) развились у 21 (21,7%), локальный рецидив (ЛР) опухоли в сочетании с отдаленными Mts – у 14 (14,4%), изолированный ЛР – у 7 (7,2%). Отдаленная выживаемость в сроки 1-2-3-4-5 лет составила соответственно 88,8%; 72,8%; 62,5%; 55,8% и 55,8%. Наилучшие показатели выживаемости зафиксировали при Siewert II (на сроке 5 лет – 59,9%).

Заключение. Применение стандартизированной тактики хирургического лечения рака ПЖП различной распространенности с индивидуальным выбором варианта операции позво-

ляет добиться максимальной онкологической радикальности, хирургической безопасности и эффективности, без увеличения числа послеоперационных осложнений и летальности.

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ДИАГНОСТИКИ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА

Садыгов Ф.Г.

Научный центр хирургии имени академика М.А. Топчубашова, г. Баку, Азербайджанская Республика

Актуальность проблемы заключается в своевременной и точной диагностике заболевания, а также точного прогноза в течении болезни, что весьма важно в выборе адекватного для каждого больного метода лечения аутоиммунного тиреоидита.

Цель работы – изучение особенностей клинического течения и разработка рационального алгоритма диагностики аутоиммунного тиреоидита.

Материал и методы. Мы располагаем опытом результатов стационарного обследования и лечения на клинической базе НЦХ имени академика М.А. Топчубашова 481 больного. Для разработки рационального алгоритма диагностики различных форм аутоиммунного тиреоидита (АИТ) проанализированы результаты диагностики и лечения 481 больного. Уточнены дифференциально-диагностические возможности клинических, инструментальных, лабораторных и морфологических методов обследования больных аутоиммунным тиреоидитом. Пункционная биопсия, проведенная у 312 (64,9%) из 481 больного, выявила у 39 (12,5%) пациентов признаки злокачественной метаплазии клеток щитовидной железы. У всех 39 пациентов диагностирована гипертрофическая форма аутоиммунного тиреоидита. Изучение отдаленных результатов лечения проведено у 340 (70,7±2,1) больных АИТ с учетом перенесенных больными различных методов лечения ($t \approx 8,8$, $p \leq 0,001$). Сроки наблюдения составляли от 1 года до 5 лет и более.

Результаты. Анализ данных клинического, инструментального, лабораторного и морфологического исследований дают основание полагать, что у больных диффузно-узловой и диффузно-псевдоузловой формами АИТ чаще наблюдается осложненное течение болезни. Для этих форм характерными признаками являются рост и увеличение щитовидной железы (ЩЖ). Прогрессирование болезни ведет к изменениям структуры ЩЖ, в которой происходят зобные изменения (формируются множественные очаги лимфоидной и плазмоцитарной инфильтрации), а местно формируется зоб (узловой или многоузловой). Кроме того, клинически болезнь проявляется развитием манифестного гипотиреоза. Подобное течение заболевания мы наблюдали у 68,2% больных диффузно-узловой формой АИТ. У пациентов, страдающих диффузной и атрофической формами АИТ, клиническая картина болезни отличается от изложенной. Осложнения в виде формирования зоба редки, но гипотиреоз развивается у этих пациентов достаточно часто. В наших наблюдениях такое течение болезни выявлено у 20,3% пациентов. Анализ существующих средств и способов диагностики позволил разработать оптимальный алгоритм диагностики аутоиммунного тиреоидита, который представляет собой комплекс клинических, лабораторных и морфологических способов, позволяющих достоверно верифицировать диагноз аутоиммунного тиреоидита. На основании результатов

обследования можно прогнозировать вероятность проведения хирургического лечения, а также выделить группу больных, у которых в тиреоидном остатке могут прогрессировать аутоиммунные процессы, способствующие развитию послеоперационного рецидива болезни или вызывающие его атрофию. Данные клинико-лабораторного обследования пациентов с различными формами аутоиммунного тиреоидита зафиксировали благоприятные результаты рационального подхода к диагностике и лечению больных с этим заболеванием. Отсюда приходим к выводу, что больные, перенёсшие хирургическое лечение по поводу аутоиммунного тиреоидита, фактически относятся к больным с осложненным течением заболевания.

Заключение. На основании полученных результатов исследования разработан рациональный алгоритм диагностического поиска. Предложенный алгоритм позволяет на основании клинических, лабораторных и иммунологических тестов и инструментальных обследований в наиболее кратчайшие сроки обнаружить наличие осложнённой формы болезни и определить оптимальную тактику лечения больных аутоиммунным тиреоидитом.

ОЦЕНКА ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ АУТОИММУННОМ ТИРЕОИДИТЕ

Саидова Ф.Х.¹, Ахмедова Л.М.², Асланова Ж.Б.¹,
Гусейнов Р. Г.¹, Мурадов Н.Ф.¹

¹Научный центр хирургии имени академика М.А. Топчубашова,
г. Баку, Азербайджанская Республика,

²Азербайджанский государственный институт
совершенствования врачей имени А. Алиева,
г. Баку, Азербайджанская Республика

Сочетанное существование анемии и заболеваний щитовидной железы является важной проблемой, которой гематологи и тиреоидологи давно уже занимаются.

Цель исследования – оценка гематологических показателей у пациентов с аутоиммунным тиреоидитом (АИТ).

Материал и методы. Обследовано 43 пациента, прооперированных в отделении эндокринной хирургии по поводу АИТ в 2015-2016 гг. При оценке гематологических показателей были выделены две группы: 1-ая группа – больные АИТ с анемией (n=34), возраст в среднем составил 44,2±1,8 лет, мужчин было – 1 (2,94%), женщин – 33 (97,05%) и 2-ая группа – больные АИТ без анемии (n=9), возраст в среднем составил 45,4±3,9 лет, мужчин было – 5 (55,55%), женщин – 4 (44,44%). В клиническом анализе крови определяли гемоглобин, гематокрит, количество эритроцитов, ферритин, содержание железа и эритроцитарные индексы MCV, MCH, MCHC.

Результаты. Оценка гемограммы обследованных пациентов выявила анемию у 34 (79,1%) из них. Анемия легкой степени отмечалась у 33 (97,1%), средней степени – у 1 (2,9%) больных. По морфологическому типу среди пациентов с АИТ отмечался гипохромный тип анемии в 23 (67,6%), нормохромный – в 11 (32,4%) случаях. Сравнительная оценка гематологических показателей двух групп между собой выявила статистически достоверное снижение по таким показателям, как HGB, количество эритроцитов, HCT, содержание железа, ферритин в группе больных АИТ с анемией в сравнении с группой больных АИТ без анемии. Причем HGB был снижен в 1-ой группе

по сравнению со 2-ой в 1,2 раза, количество эритроцитов в 1,2 раза, содержание железа в 1,5 раза, ферритина в 1,6 раза.

Заключение. АИТ характеризуется высокой частотой развития анемии (79,1%), чаще легкой степени (97,1%), микроцитарной (61,7%), гипохромной (67,6%), обусловленной дефицитом железа. Среди обследованных с анемией в большем проценте случаев (61,8%) отмечалась микроцитарно-гипохромная анемия, что характерно для железодефицитной анемии. У 32,3% больных верифицирована нормоцитарно-нормохромная анемия.

ТРАНСДУОДЕНАЛЬНЫЕ РЕЗЕКЦИИ ПРИ ОПУХОЛЯХ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА

Спатаев Ж.С., Айтбаев Ч.А., Шарменов А.А.
ТОО «Национальный научный онкологический центр»,
г. Нур-Султан, Республика Казахстан

Актуальность. Амбулярный рак – это второй по распространенности рак после рака поджелудочной железы в периамбулярной области и составляет около 6–20% периамбулярных опухолей. На ранних стадиях диагностика представляет определенные сложности. Трансдуоденальная резекция является одним из методов лечения амбулярного рака на ранних стадиях.

Цель исследования – изучить эффективность трансдуоденальной резекции амбулярного рака поджелудочной железы.

Материал и методы. В 2021 году проведено 4 трансдуоденальных резекций. Средний возраст пациентов составил 62,6 лет. EGOC статус во всех случаях расценивался как 0-1. Только в одном случае отмечалось повышение СА-19-9 до 132, у этого же пациента было проведено чрезпеченочное дренирование желчных протоков. Во все случаях по шкале Шпигельмана пациенты набирали от 9-10 баллов. Всем пациентам проведено предоперационное КТ и МРТ исследование. Операция проводилась по стандартной методике лапаротомия, дуоденотомия, трансдуоденальная резекция с пластикой холедоха и Вирсунгова протока. Время операции составило 185 минут в среднем. Только в одном случае было дренирование холедоха. Все операции были выполнены с R0 и N0 статусом.

Результаты. Не все пациенты являются кандидатами на панкреатодуоденальную резекцию, а эндоскопическая резекция при широком основании может быть не выполнимой, альтернативой при этом на ранней стадии может послужить трансдуоденальные резекции. Данная методика мало изучена и известна в РК, так как она требует опыта проведения панкреатодуоденальной резекции в том случае, если интраоперационное исследование покажет распространённый процесс.

В нашей серии во всех случаях достигнут R0 и N0 статус. В одном случае отмечалось осложнение, расценённое как Clavien grade II, не потребовавшего релапаротомии.

В диагностике имеет значение шкала Шпигельмана, все наши пациенты не имели перед операцией диагноз рак, при эндоскопической биопсии. Но при окончательном гистологическом исследовании была выявлена аденокарцинома на ранней стадии.

Важным является интраоперационная гистологическое исследование, которое должно оцениваться по глубине и ширине, и патолог с хирургом должны быть уверены в своих действиях. В наших случаях шестимесячное наблюдение показывает отсутствие рецидива опухоли. Во всех случаях заключительное

гистологическое исследование показало злокачественную опухоль первой стадии.

Заключение. Трансдуоденальная резекция – это выполняемая и эффективная хирургическая процедура для лечения отдельных пациентов с ампулярными опухолями. Это альтернативный вариант лечения ампулярных опухолей, не поддающихся лечению эндоскопической резекции или операцией Whipple.

Шкала Шпигельмана, доказана и является эффективной в диагностике ампулярных предраковых и злокачественных образований. TDA – требует слаженной работы эндоскописта, хирурга и патолога. Эффективность применения трансдуоденальной резекции при ампулярном раке требует дальнейших проспективных исследований с более большими когортами пациентов.

ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ

Султанов Е.Е.¹, Сергазин Ж.Р.^{1,2},
Аннаоразов Ы.А.^{1,2}

¹Областная клиническая больница Туркестанской области,
г. Шымкент, Республика Казахстан

²Международный Казахско-Турецкий университет
имени Х.А. Ясави,
г. Шымкент, Республика Казахстан

Актуальность. В последние годы отмечается мировая тенденция к росту интереса к проблеме ожирения со стороны врачей различных специальностей. По различным данным, около 7% взрослого населения земного шара страдают ожирением, что составляет около 250 млн. человек. При этом, по данным ВОЗ, в развитых странах избыточную массу тела имеет порядка трети населения (33,3%). Стремительный рост числа больных ожирением объясняет необходимость использования мощного ресурса хирургических методов для коррекции патологических изменений сопутствующих ожирению. Хирургическое лечение больных с морбидным ожирением, являясь самым эффективным способом в борьбе с ожирением, особенно на фоне метаболических нарушений, требует особого подхода, как в предоперационной подготовке, так и интра- и послеоперационном ведении, что связано с наличием неизменно выявляемой у них сопутствующей патологии жизненно важных органов и систем организма. Распространенность метаболического синдрома значительно влияет в первую очередь на качество жизни, а во-вторых на ее продолжительность. «Качество жизни» после оперативного лечения не снижается, а как правило улучшается на фоне снижения массы тела, и улучшения проявлений метаболического синдрома. Наличие заболеваний, составляющих метаболический синдром, приводит к увеличению показателей смертности у больных в возрасте до 40 лет, в 12 раз. В настоящее время большинством исследователей признается, что консервативное лечение крайних степеней ожирения задача чрезвычайно трудная и для 90-95% пациентов невыполнимая. Проводимые опросы отражают высокую заинтересованность людей в хирургической коррекции ожирения, этому способствует развитие информационных технологий и просветительной работы среди населения.

Избыточный вес и морбидное ожирение могут сочетаться с различными хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. Наиболее частыми из них являются вентральные гры-

жи, желчнокаменная болезнь, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Эта патология требует хирургической коррекции, но проведение вмешательства на фоне морбидного ожирения довольно часто приводит к различным осложнениям в послеоперационном периоде и зачастую неудовлетворительным результатам в отдаленные сроки.

Цель исследования – организация и проведения бариатрических и метаболических операций в Туркестанской области.

Материал и методы. Клиническое исследование проведено на базе областной клинической больницы Туркестанской области в хирургическом отделении с 2014 по 2020 год было выполнено 48 бариатрических операций. Возраст оперированных варьировал от 18 до 64 лет, соотношение мужчины/женщины – 10 (20%)/38 (80%), средняя ИМТ пациентов – 43 кг/м². Наиболее часто встречающимися при ожирении хирургическими заболеваниями органов брюшной полости и брюшной стенки явились желчнокаменная болезнь, хронический или острый холецистит, вентральные грыжи, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, причиной которой являлись грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и др.

Все бариатрические операции проводились под общим эндотрахеальным наркозом. В операции обычно участвовали 2 хирурга. Пациент располагался на столе в обратном положении Тренделенбурга (с приподнятым головным концом). При этом хирург находится справа, ассистент слева. Использовали 5-портовый доступ.

Заключение. Бариатрические операции перспективные, в достаточной степени безопасные и эффективные методы лечения при ожирении и метаболическом синдроме. Средний процент снижения избыточной массы тела через 9-15 месяцев после бариатрических вмешательств, составляет 60%. Наименьшей эффективностью обладает гастропликация, сопровождающаяся снижением избыточной массы тела на 52% в течении первого года с дальнейшим обратным набором веса. Необходимы дальнейшее изучение результатов продольной резекции желудка для выяснения процента возникновения рефлюкс-эзофагита.

ЧАСТОТА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЖЕЛЧНОГО РЕФЛЮКСА ПОСЛЕ БАРИАТРИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ

Султанов Е.Е.¹, Аннаоразов Ы.А.^{1,2}, Сергазин Ж.Р.^{1,2},
Аймагамбетов М.Б.¹, Тулегенов М.А.¹,
Сатханбаев А.З.², Джавланов Т.А.²,
Абдугаппаров И.А.², Ирисваев Б.А.², Байтемир Е.²

¹Областная клиническая больница Туркестанской области,
г. Шымкент, Республика Казахстан,

²Международный Казахско-Турецкий университет
имени Х.А. Ясави,
г. Шымкент, Республика Казахстан

Актуальность. Превосходное улучшение метаболизма после минигастрошунтирования (МГС) остается под угрозой из-за риска рефлюкса пищеводной желчи и теоретического канцерогенного потенциала. Не существует «золотого стандарта» исследования рефлюкса пищеводной желчи, при этом в не-

скольких исследованиях, оценивающих его после операции по поводу ожирения, использовались различные методы. Таким образом, данные о частоте и тяжести рефлюкса пищеводной желчи ограничены, а сравнительные исследования отсутствуют.

Цель исследования – использовать специально разработанные протоколы сцинтиграфии желчевыводящих путей и эндоскопии верхних отделов желудочно-кишечного тракта для оценки рефлюкса пищеводной желчи после МГШ, слив резекции желудка (СР) и желудочного шунтирования на петле Ру (ЖШРУ).

Материал и методы. 58 участников прошли МГШ (20), СР (15) или ЖШРУ (23) в период с ноября 2018 года по июль 2021 года. Была проведена предоперационная оценка симптомов рефлюкса и гастроскопия, которые были повторены после операции через 6 месяцев вместе с сцинтиграфией желчных путей.

Результаты. Желудочный рефлюкс желчи был выявлен с помощью билиарной сцинтиграфии у 14 МГШ (70%), одного ЖШРУ (5%) и четырех участников СР (31%), со средним показателем рефлюкса 2,9% (СР 1,5) (% от общей радиоактивности). Один участник (МГШ) продемонстрировал рефлюкс пищеводной желчи. Макро- или микроскопический гастроэзофагит De novo возник у 11 участников МШГ (58%), 8 SG (57%) и 7 ЖШРУ (30%). У тринадцати участников после операции симптомы рефлюкса ухудшились (МГШ, 4; СР, 7; ЖШРУ, 2). Сцинтиграфический рефлюкс желчи пищевода не выявил статистической связи с гастроэзофагитом de novo или симптомами рефлюкса.

Вывод. Несмотря на высокую частоту желудочного желчного рефлюкса после МГШ, пищеводный желчный рефлюкс встречается редко. Учитывая скудные данные литературы о развитии опухоли после МГШ, частый желудочный рефлюкс с желчью малого объема, вероятно, не имеет особых клинических последствий, однако необходимы более длительные исследования.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ СОЧЕТАНИИ ОЖИРЕНИЯ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Султанов Е.Е.¹, Сергазин Ж.Р.^{1,2}, Аннаоразов Ы.А.^{1,2}

¹Областная клиническая больница Туркестанской области,
г. Шымкент, Республика Казахстан,

²Международный Казахско-Турецкий университет
имени Х.А. Ясави,
г. Шымкент, Республика Казахстан

Актуальность. Ожирение определяется Международной федерацией хирургии ожирения (International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO)) как хроническое, пожизненное, многофакторное, генетически обусловленное, опасное для жизни заболевание, вызванное избыточным накоплением жира в организме, сопровождающееся серьезными медицинскими и социально-экономическими последствиями.

Отрасль медицины, которая занимается профилактикой и лечением ожирения и связанных с ним заболеваний называют бариатрией, а направление хирургии, занимающаяся ожирением называют бариатрической хирургией.

Цель работы – разработать и оценить новый лапароскопический метод для симультанного лечения морбидного ожирения, сочетающийся с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ).

Материал и методы. Для достижения нами поставленной цели было проведено статистические, аналитические и клинические исследование на база областной клинической больницы Туркестанской области. Всего за период с 2012 по 2020 год, из прооперированных нами 50 пациентов с ГЭРБ, ИМТ более 30 кг/м² (ожирение) отмечен у 80 (45,7%) больных. Из данного числа только 60 пациентов вошли в наш анализ, как соответствующие критериям включения в выборку.

Результаты. Проводилось всестороннее клиническое обследование пациентов, а так же осуществлялась оценка антропометрических показателей: рост, вес, объем талии (ОТ), объем бедер (ОБ), сагиттальный диаметр. Определяли коэффициент ОТ/ОБ; показатели объема общей жировой ткани, подкожной жировой ткани, висцеральной жировой ткани вычислены по формуле Sjostrom C.D.

Выполняли измерение массы тела с определением процента потери лишнего веса (Excess weight loss - EWL) по стандартной методике через 1, 3, 6, 12, 18, 24 месяцев после операции.

Эффективность бариатрической операции оценивали по следующим показателям индикатора результативности – % EWL: Отличный результат – если % EWL был более 70%; Хороший результат соответствовал показателю более 50 и до 70% EWL; Удовлетворительный результат устанавливали при % EWL от 25 до 50%; Неудовлетворительным результатом считали, если % EWL был менее 25% или требовалась повторная операция.

Дооперационная дисфагия перемежающегося характера была связана с гипермоторной дискинезией пищевода. Боли в надчреве (в проекции мечевидного отростка) или за грудиной были так же наиболее частой жалобой и появлялись вскоре после еды, усиливались при наклонах туловища, в горизонтальном положении. Реже всего пациенты жаловались на одинофагию. Ощущение надутости живота, чувство инородного тела в подложечке – абдоминальный блотинг ощущали меньшее число пациентов.

Внепищеводные проявления ГЭРБ – хронический кашель, пневмония, несердечные боли, дисфония, бронхообструкция, эрозии зубов, ощущение кома в горле при глотании, боль в ухе и нижней челюсти, которые могли быть провоцироваться физической нагрузкой.и т.д. были обусловлены у наших пациентов попаданием желудочного содержимого на соседние органы и вагусным рефлексом между пищеводом и лёгкими.

Среди обследованных пациентов мы нередко выявляли некоторые незначительные отклонения в общеклинических лабораторных обследованиях (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование, копрологическое исследование, анализ кала на наличие яиц гельминтов и цист простейших, микрореакция), которые были объяснимы наличием сопутствующих заболеваний. Поэтому, ввиду их неспецифичности, данные обследования не играли значительной роли в диагностике пищеводно-желудочного рефлюкса. Но при выявлении такой патологии плановая операция откладывалась до завершения лечения сопутствующей патологии.

Заключение. На основании проведенного анализа оперативного лечения сочетанной ГЭРБ и МО в обеих группах необ-

ходимо отметить следующее:

1. Полная мобилизация большой кривизны желудка до левой ножки диафрагмы является важным этапом при проведении лапароскопической фундокорпорогастропликации;
2. Крурорафию лучше выполнять без использования сетчатых аллопротезов в виду щелевидной формы больших дефектов пищевода и хиатуса;
3. При выполнении крурорафии, пищеводный хиатус необходимо уменьшить до размеров пищевода с установленным в нем зондом размером как минимум 32-34 Fr. Кроме того, данное отверстие должно свободно пропускать 10 мм лапароскопический инструмент;
4. Для создания фундопликации по методу Ниссен в первой группе через ретроэзофагеальное окно проводится задняя часть дна желудка с пересечением коротких желудочных сосудов;
5. Особенностью разработанной операции явилось выполнение гастропликации путем погружения мобилизованной большой кривизны в просвет желудка и осуществлялось ниже фундопликационной манжетки с формированием желудка в виде трубки;
6. В результате проведенной фундокорпорогастропликации большая часть антрального отдела желудка сохранила свою форму и объем для возможности беспрепятственной эвакуации пищи из редуцированного желудка. Остальные части желудка ушиты в виде трубки.

РЕВИЗИОННАЯ ОПЕРАЦИЯ ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕННОГО МИНИГАСТРОШУНТИРОВАНИЯ

Султанов Е.Е.¹, Сергазин Ж.Р.^{1,2}, Аннаоразов Ы.А.^{1,2}

¹Областная клиническая больница Туркестанской области,
г. Шымкент, Республика Казахстан,

²Международный Казахско-Турецкий университет
имени Х.А. Ясави,
г. Шымкент, Республика Казахстан

Актуальность. Бариатрическая и метаболическая хирургия являются новой ветвью хирургии. По всей стране оперативные вмешательства по данному направлению выполняется лишь в некоторых учреждениях. Актуальность таких процедур и техника их выполнения не теряют интерес всего хирургического общества страны. А ревизионная операция после таких операции являются редкими. Поэтому на данной статье мы приводим результаты ревизионных оперативных вмешательств для дальнейшего обсуждения.

Эффективность и безопасность минигастрошунтирование (МГШ) хорошо документированы как в качестве первичных, так и в качестве повторных процедур. Однако даже после МГШ повторная операция неизбежна у пациентов с хирургическими осложнениями или недостаточной потерей веса.

Цель исследования – определение эффективности ревизионных оперативных вмешательств для дальнейшего изучения.

Материал и методы. Для достижения цели нами создан опросник, который был отправлен медицинским учреждениям Узбекистана и Кыргызстана, а так же медицинским организациям нашей страны. Опросник содержал в себе информацию об общем количестве и демографических данных первичных

и повторных МГШ проведенных в период с января 2018 г. по июль 2021 г. Каждому бариатрическому центру было предложено указать пол, возраст, предоперационный индекс массы тела (ИМТ) и сопутствующие заболевания, связанные с ожирением, предыдущий анамнез абдоминальной или бариатрической хирургии, показания к хирургической ревизии, тип повторной процедуры, ИМТ до и после повторной операции, пери- и послеоперационные осложнения, последнее последующее наблюдение.

Результаты. Три бариатрических центра ответили на наш опросник, сообщив об общем количестве 893 первичных МГШ и период наблюдения 62,42±52,22 мес. В общей сложности 44 (4,92%) пациенту была проведена повторная операция.

Из всех больных страдали от трудноизлечимой дуодено-желудочно-пищеводный рефлюкс, 23 (52%) были повторно прооперированы для восстановления веса, 4 (9,09%) имели чрезмерную потерю веса и недостаточное питание, у 4 (9,09%) была перфорация краевой язвы, у 3 (6,8%) была желудочно-кишечная фистула, 10 (22,7%) имели другие причины для пересмотра. Желудочное шунтирование на Ру петле было наиболее часто выполняемой ревизионной процедурой, за которой последовало удлинение билиопанкреатической конечности.

Заключение. Наши результаты показывают, что существует приемлемая частота пересмотра после МГШ и преобразование в желудочное шунтирование на Ру петле представляет собой самый частый выбор.

ВЛИЯНИЕ ПРОДОЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА НА ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНУЮ РЕФЛЮКСНУЮ БОЛЕЗНЬ У ПАЦИЕНТОВ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Султанов Е.Е.¹, Сергазин Ж.Р.^{1,2}, Аннаоразов Ы.А.^{1,2}

¹Областная клиническая больница Туркестанской области,
г. Шымкент, Республика Казахстан,

²Международный Казахско-Турецкий университет
имени Х.А. Ясави,
г. Шымкент, Республика Казахстан

Введение. Влияние лапароскопической продольной резекции желудка (ПРЖ) на гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь (ГЭРБ) не получило широкой количественной оценки, и данные в литературе остаются противоречивыми. В международной классификации болезней десятого пересмотра ожирение имеет код Е66. По данному документу код Е66.0 соответствует ожирению, обусловленное избыточным поступлением энергетических ресурсов; кодом Е66.8 обозначают морбидное ожирение. Есть четкая связь между заболеваемостью ожирением и гастроэзофагеальным рефлюксом, при которой наблюдается повышение распространенности ГЭРБ при повышении индекса массы тела (ИМТ). Наиболее точное, на наш взгляд, определение ГЭРБ, как отдельно признанной нозологической единицы, представил J. Janssens в 1995 г. на IV Европейской гастроэнтерологической неделе в Берлине. Он предложил понимать ГЭРБ как полисимптомное заболевание, обусловленное повреждением пищевода и смежных органов вследствие первичного нарушения двигательной функции

пищевода, ослабления антирефлюксного барьера нижнего пищеводного сфинктера, снижения пищеводного клиренса и опорожнения желудка, которые ведут к длительному спонтанному контакту слизистой пищевода с кислым или щелочным желудочным содержимым.

Цель исследования – оценить состояние пищевода с ГЭРБ после выполнения продольной резекции желудка у пациентов с морбидным ожирением.

Материал и методы. Для достижения нами поставленной цели было проведено исследование 52 пациентам которые получали лечение в первой хирургической отделении областной клинической больницы Туркестанской больницы. Пациентам для ПРЖ проводили проглатывание бария, манометрию пищевода, амбулаторный 24-часовой мониторинг pH пищевода и сцинтиграфию опорожнения желудка до и после операции (1 и 18 месяцев). Симптомы оценивались с помощью опросника по гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (GerdQ). Эзофагогастродуоденоскопия была выполнена до операции всем пациентам и через 18 месяцев после операции пациентам, перенесшим предоперационный эзофагит.

Результаты. В исследование были включены пятьдесят два пациента (64,4% женщин и 34,6% мужчин) со средним возрастом 46 лет (25-63 года) и ИМТ $45,0 \pm 5,6$ кг/м². Показатели наблюдения через 1 и 18 месяцев составили 82,7% и 80,8% соответственно. Через 18 месяцев процент потери веса составил $33,6 \pm 10,4\%$, а процент избыточной потери ИМТ составил $77,6 \pm 25\%$. В послеоперационном периоде через 1 и 18 месяцев произошло значительное увеличение ускорения опорожнения желудка и нарушение подвижности тела пищевода. Значительное ухудшение всех значений, полученных как через 1, так и через 18 месяцев после операции, становится очевидным при сравнении результатов АРМ. После операции у 76,4% пациентов «de novo» развилась ГЭРБ через 1 месяц и у 41% – через 18 месяцев. У пациентов с симптоматической ГЭРБ улучшения не было обнаружено.

Заключение. Основываясь на результатах этого исследования, ПРЖ привела к значительной частоте послеоперационной ГЭРБ «de novo». Кроме того, у пациентов с симптоматической ГЭРБ не было обнаружено улучшения.

THE ASSOCIATION OF HELICOBACTER PYLORI, ERADICATION AND EARLY COMPLICATIONS OF LAPAROSCOPIC SLEEVE GASTRECTOMY

Sultanov E.E.¹, Annaoarazov Y.A.^{1,2}, Sergazin Zh.R.^{1,2},
Aymagambetov M.B.¹, Tuzelbayev E.R.¹

¹Regional Clinical Hospital of Turkestan region,
Shymkent, Kazakhstan,

²H.A. Yasawi International Kazakh-Turkish University,
Shymkent, Kazakhstan

Background. Laparoscopic sleeve gastrectomy (LSG) is an increasingly popular surgical procedure in the surgical treatment of obesity. LSG has been applied as a primary surgical procedure since 2001 when it provided adequate weight loss and improvement in comorbidities alone, whereas it was performed as part of two-stage duodenal switch (DS) surgery in the past. LSG consti-

tutes 17,8% of all bariatric surgical procedures in the USA, whereas this rate was reported as 61,4% in 2018 according to 2011 data. The best-known complications of LSG are bleeding (rates up to 1,2%), gastroesophageal reflux (22%), stricture (rates up to 0,6%), and stapler line leaks. The average rate of leakage in LSG operations was found to be 2,4% (up to 7%) and was found to be higher in super-obese patients (BMI >50). It is known that leaks can be seen along the entire staple line even though leaks have been found to be mostly in the gastroesophageal junction located proximal to the staple line. The most common causes of leaks were low blood supply due to the separation of short gastric vessels, thermal damage to this part of the stomach during dissection adjacent to the left crus of the diaphragm, high intraluminal pressure, excessive traction during resection, and the use of staple type incompatible with the gastric wall thickness.

Material and methods. This is a retrospective analysis of all consecutive patients who underwent LSG between January 2018 and December 2021 in a single bariatric center. Data were retrieved from our prospectively maintained patient registry database. The 30-day outcomes were compared according to the helicobacter pylori (HP) status of the resected specimen: positive and negative, with or without preoperative HP eradication therapy.

Results. The study was conducted between January 2019 and February 2020 with a total of 132 patients between the ages of 18 and 70, 23 (17,4%) male and 109 (82,6%) female, and each group included 44 patients. One hundred thirty-eight cases were included in the study and 6 cases were excluded from the study due to detection of Hp (unsuccessful eradication) in the gastric specimen examined after LSG. The mean age of the cases was $34,8 \pm 11,84$. There were no statistically significant differences between the groups in terms of age, gender, body mass index, previous operation, presence of additional diseases, and the number of hospitalization days ($p > 0,05$). The operation time of group 3 was found to be statistically significantly shorter compared to group 1 and group 2 ($p_1=0,011$; $p_2=0,000$; $p<0,05$). No statistically significant differences were found between group 1 and group 2 in terms of operation time values ($p>0,05$). The antrum mucosa values of group 2 were found to be statistically significantly higher compared to group 1 and group 3, whereas there was no statistically significant difference between the groups in terms of the fundus and corpus measurements ($p_1=0,000$; $p_2=0,001$; $p<0,05$). No statistically significant differences were found between group 1 and group 3 in terms of antrum mucosa values ($p>0,05$). None of the 132 patients included in the study had bleeding, wound site infection, or leakage from the stapler line that would require a blood transfusion.

Conclusion. This study found that gastric antral wall thickness was higher in HP-positive patients prior to LSG surgery compared to HP-negative patients and gastric antral wall thickness was similar in preoperative HP-positive patients and treated with eradication treatment compared to HP-negative patients at the beginning. However, it was also found that LSG had no effect on early complications such as hemorrhage, leakage, or wound site infection due to HP-positive results or eradication of HP. In line with all these results, we believe that preoperative HP scanning and eradication are not cost-effective. Studies with larger populations on this topic are needed to come to a clear conclusion.

ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ КАК ИНДИКАТОР ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО СКРИНИНГА ОНКОПАТОЛОГИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Таштемирова О.Г.¹, Смирнов А.В.², Нигматуллин Р.Г.¹, Джакова Г.Е.¹, Конспаева М.Б.¹, Атыгаев Р.А.¹

¹Павлодарский филиал НАО «Медицинский университет Семей», г. Павлодар, Республика Казахстан,

²КГП на ПХВ «Павлодарская областная больница имени Г. Султанова»,

г. Павлодар, Республика Казахстан

Актуальность. Сегодня в большинстве стран Европы, Азии, США колоректальный рак (КРР) занимает первое место среди злокачественных опухолей желудочно-кишечного тракта, является второй по частоте злокачественной опухолью у мужчин (после бронхолегочного рака) и третьей – у женщин (после бронхолегочного рака и рака молочных желез). По прогнозам абсолютное число случаев КРР в мире в следующие два десятилетия увеличится в результате роста населения в целом и его старения, как в развитых, так и в развивающихся странах.

По данным эпидемиологических исследований в последние десятилетия в большинстве цивилизованных стран мира отмечается неуклонное увеличение показателей заболеваемости населения КРР. Ежегодная заболеваемость сегодня достигает 85-90 на 100 тыс. населения, возрастая с 24,9 – в возрастной группе до 50 лет до 249,7 – среди пациентов старше 60 лет, а ежегодная смертность превышает 500 000. Согласно статистике ВОЗ, онкологические заболевания занимают второе место среди причин смерти человека. Сегодня в 59% случаев диагноз ставится именно на ранней стадии заболевания. За этими цифрами стоят жизни людей.

К началу этого века профилактика рака толстой кишки стала приоритетным направлением в онкологии, так 90% рака толстой кишки (РТК) можно предотвратить. Основная задача – выстраивание оптимальной маршрутизации пациента от момента постановки диагноза «онкологическое заболевание» до начала лечения и дальнейшей реабилитации. Одно из ключевых направлений это повышение онконастороженности врачей поликлинического звена, проведение профилактических мероприятий, скринингов. Скрининг лиц с высоким риском начинают с 40-летнего возраста, для остальных обычный возраст начала скрининга 50 лет. Среди методов скрининга тест на определение скрытой крови в содержимом кишечника и колоноскопия обозначены как «золотой стандарт». Комбинация методов может уменьшить риск смертности от РТК на 80%.

Большинство пациентов (60%) поступает в онкологические, хирургические, колопроктологические стационары с запущенными стадиями заболевания, нередко на фоне развившихся осложнений, таких как кишечная непроходимость, параканцероматозные инфильтраты, абсцесс, кровотечение. Все это существенно ухудшает непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения больных, и является причиной увеличения удельного веса больных со стомами. Операции, выполняемые на пике клинических проявлений, сопровождаются осложнениями в 60%, а летальность достигает

20-54,5% против 10-12% и 2-4% соответственно при плановых операциях.

Таким образом, основные надежды в снижении смертности и инвалидизации онкологических больных связаны с максимально ранней диагностикой. Такая диагностика возможна только при массовом скрининге населения.

Цель исследования – улучшение организации медицинской помощи по раннему выявлению онкопатологии толстой кишки.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ (глубиной пять лет) историй болезней 65 пациентов, поступивших в хирургическое отделение областной больницы имени Г. Султанова г. Павлодар с острой кишечной непроходимостью (ОКН), причиной которых явилось онкопатология. Что составило 18,1% от всех случаев, госпитализированных с диагнозом острая кишечная непроходимость (359 человек). Возраст больных варьировал от 31 до 87 лет у мужчин (средний возраст 59 лет), от 34 до 88 лет у женщин (средний возраст 61 год).

Результаты. Анализ гендерного состава показал, что большую часть составляют мужчины – 34 (52,3%), женщины – 31 (47,7%) человек.

Преобладают жители городов – 46 человек (70,6%), причем 44 из них проживают в г. Павлодаре. Среди районов самый высокий показатель заболеваемости в Качирском – 5 больных (7,6%), Щербактинском – 4 (6,1%), Павлодарском – 3 (4,6%), Железинском, Баянаульском и Лебяжинском – по 2 больных (3,0%), Аксуском и Успенском районах – по 1 больному (1,5%).

ОКН опухолевого генеза превалировала в возрасте от 71 до 80 лет (24 человек – 36,9%), от 61 до 70 лет (16 человек – 24,6%) и от 51 до 60 лет (14 человек – 21,5%). У лиц после 80 и до 50 лет данная патология встречалась значительно реже: от 81 до 90 лет – у 6 человек (9,2%), от 41 до 50 лет – у 3 человек (4,6%), а от 31 до 40 лет – у 2 человек (3,0%). Хирургическому лечению подверглись 55 (84,6%) человек, в 10 (15,4%) случаях непроходимость разрешена консервативно.

Рак ободочной кишки имел место у 20 (30,8%) больных, рак ректосигмоидного отдела толстой кишки – 16 (24,6%), рак прямой кишки – 12 (18,5%), рак сигмовидной кишки – 9 (13,8%), рак слепой кишки – 4 (6,2%), рак тонкой кишки – 3 (4,6%), рак яичника – 1 (1,5%). Из них состоят на учете в онкодиспансере 10 (15,4%) человек, а 55 (84,6%) человек не состоят на учете и не проходили скрининг.

Заключение. Таким образом, 84,6% пациентов не состояло на учете в онкодиспансере из 65 пациентов с ОКН, у которых сопутствующим диагнозом была онкологическая патология. Количество экстренных операций в 84,6% случаях, обращение в запущенных стадиях рака дают основание сделать предположение о недостаточной эффективности работы онкологических кабинетов поликлиник и центральных районных больниц.

Мониторинг результатов исследования выявил необходимость дальнейшего совершенствования скрининга колоректального рака в регионе. Четкое выполнение своих функциональных обязанностей, взаимодействие всех участников скрининговой программы позволит повысить результативность и эффективность программы скрининга КРР в Казахстане.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО СЛЕЖЕНИЯ ЗА РАСПРОСТРАНЕННОСТЬЮ РАКОМ ПИЩЕВОДА В КЫЗЫЛОРДИНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 1979-1993 И 2006-2020 ГОДЫ

Толеутайулы К., Жумашев У.К., Есенкулова С.А., Джакипбаева А.К., Токкожаева Г.

Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Республика Казахстан

Цель исследования – эпидемиологическое слежение за распространенностью раком пищевода в Кызылординской области (КЗО) за последние 40 лет.

Материал и методы. Объектом исследования послужила информация статистических сборников Республики Казахстан (РК) и статей казахстанских авторов.

Результаты. Территориальное распределение заболеваемости раком пищевода в РК (5,7) по данным годового отчета 2020 года позволяет выделить регионы с высоким уровнем заболеваемости Кызылординская (14,2), Западно-Казахстанская (12,7) и Актюбинская (9,5) области на 100 000 населения. Регионы с низким уровнем заболеваемости – Туркестанская, (4,3), Алматинская (3,8) области и г. Нур-Султан (4,1) и Алматы (2,5) на 100 000 населения. Остальные регионы находятся приблизительно на среднем уровне. При рассмотрении уровня заболеваемости раком пищевода в РК по последним пятилетним периодам отмечается тоже постепенная тенденция снижения заболеваемости как в период 2006-2010 гг., так и в периоды 2011-2015 гг. и 2016-2020 годы и составили 8,58, 7,98 и 6,54 на 100 000 населения соответственно.

В КЗО с 1979 по 1993 год и с 2006 по 2020 год проведен сравнительный эпидемиологический анализ показателей заболеваемости раком пищевода по пятилетним периодам. Рак пищевода в КЗО все эти годы занимала лидирующее положение в РК. Мы сравнили среднегодовые темпы снижения заболеваемости раком пищевода в КЗО по пятилетиям. При этом оказалось, что уровни снижения первых и третьих пятилетий были почти одинаковыми. Так, при анализе интенсивных показателей по пятилетиям (1979-1983 гг., 1984-1988 гг., 1989-1993 гг. и 2006-2010 гг., 2011-2015 гг. и 2016-2020 гг.) показал, что уровень заболеваемости в 1979-1983 годы по сравнению с 1989-1993 годы снизилась в 1,2 раза (52,9‰ и 44,5‰, $P < 0,001$). А при сравнении заболеваемости раком пищевода по пятилетним периодам в 2006-2010 и 2016-2020 годы снизилась в 1,56 раза (20,5‰ и 13,1‰, $P < 0,001$).

При анализе первичной заболеваемости раком пищевода за 15-летний период с 1979-1993 и по 2006-2020 годы снижение показателя первичной заболеваемости составил 49,1‰ и 19,1‰ соответственно, другими словами за этот период заболеваемость раком пищевода снизилась в 2,6 раза ($P < 0,001$).

Заключение. Несмотря на снижение заболеваемости раком пищевода за эти годы в КЗО интенсивные показатели заболеваемости населения по среднегодовым показателям за последние 5 лет превышает в 5,4 раза Средней Африки, 2,5 раза Центральной Азии и 1,4 раза превышают таковые Восточной Азии (13,1‰ и 19,1‰ соответственно). Эти факты позволяют рассматривать КЗО как и прежде, как серьезную социальную проблему.

LAPAROSCOPICALLY ASSISTED COLOSTOMY REVERSAL: A SINGLE-CENTER EXPERIENCE AND THE IMMEDIATE RESULTS

Tsyplakov K.G.¹, Denisenko V.L.¹, Gain Yu.M.²

¹Vitebsk Regional Clinical Specialized Center, Vitebsk, Belarus,

²Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education, Minsk, Belarus

Background. According to WHO, the proportion of ostomy patients is 100-150 per 100,000 population. As of 2020, 6934 patients with stoma were under the supervision of the stoma service in Belarus, 361 of the indicated number were subjected to reconstructive and restorative intervention, which accounted for only 5% of the total number of stoma patients. Colostomy closure operations can be performed either by laparotomy or laparoscopically. The conducted studies indicate their lower morbidity, a small number and lesser severity of complications, low mortality, and a better quality of life for patients in the early postoperative period.

Purpose: to assess the immediate results and prospects for the further implementation of laparoscopically assisted surgical interventions to close the colostomy.

Material and methods. On the basis of the proctology department of the ME «Vitebsk Regional Clinical Specialized Center», 30 patients with colostomy were operated on using minimally invasive laparoscopic intervention. The study included patients after the Hartmann's procedure, as well as patients with loop stoma, when the colon, affected by the pathological process, was subject to resection when closing the colostomy. Patients with loop colostomies requiring local closure and patients with local recurrence and/or progression of colorectal cancer are not included. A 1:1 comparison was made with a group of patients operated on by laparotomy. Statistical data analysis: Mann-Whitney U-test and comparison of structural means.

Results. In the main group of 30 patients, 14 men and 16 women. Patients' age was $56 \pm 15,3$ years, BMI was 26,05 (23,6–28) kg/m^2 . End stomas in 24 (80%) patients, loop stomas in 6 (20%) patients. Patients with loop stomas and 3 (10%) patients with terminal stomas required colon resection. Laparoscopic resection of the colon was performed in 10 (30%) patients of the main group. Colonic intracorporeal anastomosis with a mechanical suture was formed in 21 (70%) patients, manual in 9 (30%) patients. A loop ileostomy was not used. The conversion rate to laparotomy was 3%.

In the control group of 30 patients, the intervention was performed by median laparotomy. There are 5 men and 9 women in the group. The patients' age was $57,9 \pm 14,8$ years, BMI was 25,7 (23–30) kg/m^2 . 28 patients had end colostomy, 2 had loop colostomy. Colon resection was performed in a patient with a loop sigmoidoma, two patients with terminal stoma. Anastomosis with a mechanical suture was formed in 16 (53%) patients, manual in 17 (47%) patients. Preventive loop ileostomy was formed in three patients. The median duration of operations did not differ significantly, 210 and 240 minutes. accordingly ($p=0,76$), the median duration of intensive care in the control group was 2 times longer ($p=0,02$). Recovery of bowel function occurred earlier in the main group ($p=0,0002$). There were no significant differences in blood loss between groups ($p=0,65$).

Conclusions. Laparoscopically assisted colostomy reversal procedures should be more widely applied to clinical practice when indicated, with adequate hospital equipment and surgeon training. Their immediate results indicate good tolerance by patients, a small number of complications, low mortality, and rapid recovery of the patient after the intervention.

ПРИМЕНЕНИЕ ГИБРИДНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ОСТРОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Шабунин А.В.^{1,2}, Багателья З.А.^{1,2}, Бедин В.В.^{1,2}, Коржева И.Ю.^{1,2}, Гугнин А.В.¹, Аникина С.С.²

¹ГБУЗ «Городская клиническая больница имени С.П. Боткина», г. Москва, Российская Федерация,
²ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» МЗ РФ, г. Москва, Российская Федерация

Актуальность. На сегодняшний день известно, что хирургическое лечение осложненных форм колоректального рака (КРР) характеризуется рядом диагностических и терапевтических проблем. Послеоперационная летальность по стационарам города Москвы варьирует от 6% до 45%. В связи с этим, именно понимание клинических особенностей данной болезни и тактики ее лечения важно для обеспечения благоприятных результатов ведения больных КРР, осложненным острой обтурационной толстокишечной непроходимостью (ООТКН).

Цель работы – улучшение результатов лечения больных колоректальным раком, осложненным кишечной непроходимостью, путем внедрения методики стентирования ободочной кишки в качестве этапного компонента лечебной тактики в сочетании с бужированием зоны опухолевого стеноза.

Материал и методы. В ретроспективном исследовании оценены результаты клинического наблюдения 624 больных КРР, осложненным ООТКН, которые находились на лечении в хирургической клинике Боткинской больницы с 2016 по 2021 гг. При неэффективности консервативной терапии в различные сроки после поступления в стационар 588 из 624 больным произведены оперативные вмешательства по поводу ООТКН (I-й этап лечения). С учетом метода устранения ООТКН все наблюдения разделены на 2 группы, состоящие из трех подгрупп. В первой группе (226 пациентов) в период с 2016-2018 гг. выполнены резекционные операции (Ia) – 145 (47%), декомпрессионные стомы (Ib) – 81 (26,3%), стентирование (Ic) – 82 (26,7%); во второй группе (316 больных) в период с 2019-2021 гг. были выполнены резекционные вмешательства (IIa) – 102 (32,3%), декомпрессионные стомы (IIb) – 125 (39,6%), стентирование (IIc) – 89 (28,1 %). Проведен сравнительный анализ эффективности различных методов разрешения ООТКН в исследуемых группах.

Результаты. Проведенный анализ I группы (КРР с непроходимостью) в период с 2016-2018 гг. выявил неудовлетворительные результаты лечения больных: средний койко-день – 13,5; п/о осложнения – 27,8%; п/о летальность – 17,9%. В связи с этим в лечебную практику хирургической клиники Боткинской больницы был введен усовершенствованный алгоритм лечения

больных при кишечной непроходимости. На основании этого в последующем в период с 2019 по 2021 г. во II группе больным резекционные вмешательства выполнялись реже, в большем количестве формировались декомпрессионные стомы, а стентирование опухолевого стеноза производилось не только инкурабельным пациентам, но и как «мост» к плановой радикальной операции. В случае невозможности проведения первичного стентирования в виду невозможности проведения проводника за дистальный край опухоли, больным в последующем применялись гибридные технологии лечения (выполнялось бужирование зоны опухолевого стеноза с последующим стентированием опухоли). Результаты лечения больных во второй группе значительно улучшились: средний койко-день составил 10,2, п/о осложнения – 16,9%, п/о летальность – 9,3%.

Заключение. Консервативные методы лечения при осложненных формах колоректального рака по-прежнему остаются малоэффективными и позволяют добиться купирования данного неотложного состояния лишь у 36 (5,7%) больных. Экстренное хирургическое лечение по-прежнему остается наиболее распространенным способом лечения больных с КРР, осложненным кишечной непроходимостью. Применение этапных, матотравматичных и гибридных методов лечения (стентирование, бужирование+стентирование, стомирование) в качестве «моста к хирургии», направленных на разрешение экстренного хирургического осложнения, позволяет улучшить результаты лечения больных с КРР, ООТКН.

ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДСТВИЙ ХИМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Ширтаев Б.К., Сундетов М.М., Богданова Д.О., Еримова Н.Ж., Мукашев С.Е.

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

Актуальность. На протяжении многих десятилетий число химических ожогов пищевода у детей не уменьшается. Дети употребляют внутрь химические вещества как известного, так и неизвестного происхождения. Сложность диагностики и лечения обусловлена поздним обращением за медицинской помощью, а порой и сокрытием причин, вызвавших ожог пищевода. Наша клиника проводит лечение детей с последствиями ожогов пищевода и предлагает анализ за 4 года в ознакомительных целях, как для коллег в области здравоохранения, так и для всех граждан нашей республики.

Цель работы – представить статистические данные о положении поступивших пациентов детского возраста с химическими ожогами пищевода, рассмотреть методы лечения, предложить некоторые рекомендации о предотвращении ожогов пищевода у детей.

Материал и методы. За период с 2018 по 2022 год в клинику было госпитализировано 62 пациента детского возраста с последствиями химического ожога пищевода. Средний возраст составил 2 года 5 месяцев. Среди госпитализированных пациентов минимальный возраст, в котором был получен ожог пищевода, составил 1 месяц, максимальный – 16 лет. Среди поступивших пациентов 48 (77,5%) – мальчики и 14 (22,5%) – девочки.

Причиной ожога пищевода были следующие средства: «Сверкающий казан» в 38 случаях (61,2%), уксусная кислота в 8 случаях (12,9%), «Крот» в 4 случаях (6,4%), «Белизна» в 1 случае (1,61%), ртуть в 1 случае (1,61%), калия перманганат в 1 случае (1,61%), иные моющие средства – 6 (9,67%), средства неизвестного происхождения – 3 (4,8%).

Территориально наибольшее число обращений пришлось на жителей Туркестанской области и г. Шымкента (51,6%), далее по убыванию Кызылординская область (24,1%), городов Алматы и Нур-Султан (8%).

Наложение гастростомы было выполнено у 39 (62,9%) пациентов. По уровням поражения пищевода среди пациентов преобладало поражение верхней (43,5%) и средней трети пищевода (51,6%). Среди поступивших один случай с тотальным поражением пищевода, два случая – ожог ротоглотки и выходного отдела желудка.

В зависимости от степени ожога пищевода применялись различные методы лечения, в большинстве случаев проведено бужирование пищевода. Как правило, большинству (61,2%) пациентов потребовалось от 1 до 4 бужирований, но некоторым потребовалось до 50 бужирований. Максимальное число произведенных бужирований в отношении одного из поступивших пациентов возраста 1 год 4 месяцев с поражением верхней и средней трети пищевода достигло 63. В 24 (38,7%) случаях ввиду неэффективности бужирования, в последующем прове-

дено оперативное лечение – эзофагопластика. Пациентам со стенозом выходного отдела желудка перед эзофагопластикой была проведена гастроэнтеростомия. Из 24 пациентов у 2 была произведена пластика пищевода желудочной трубкой, остальным толстой кишкой.

Результаты. В наших наблюдениях эффективность бужирования составила 61,3%, что связано с тем, что в клинику из регионов направляются пациенты с более тяжелыми последствиями ожога пищевода. У пациентов с пластикой пищевода желудочной трубкой и толстой кишкой летальных исходов не было. Все пациенты были выписаны в удовлетворительном состоянии.

Закключение. Можно отметить, что наиболее подвержены случайному употреблению химических веществ дети в возрасте до 3 лет. Необходимо более широкое внедрение в практику раннего бужирования по струне, в целях недопущения осложнений и повышения эффективности бужирования пищевода. Мы обращаем внимание родителей на серьезность последствий химических ожогов пищевода, рекомендуем хранить химические вещества (бытовую химию) в недоступном для детей месте, в случае приема внутрь немедленно обращаться за медицинской помощью, не скрывать причины получения ожогов и ни в коем случае не заниматься самолечением. Соблюдать меры безопасности, оградить детей от возможности получения ожога пищевода который может привести к инвалидности и летальному исходу.

II. ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ (ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ, ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ)

ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ РАЗЛИЧНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ПИЩЕВОДНО- ЖЕЛУДОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

**Бабаджанов А.Х., Махмудов У.М., Омонов О.А.,
Султанов С.А., Шарифжонов С.М., Тургунбоев Э.К.**

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

Цель работы – провести анализ выживаемости пациентов после хирургического лечения кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ) при циррозе печени (ЦП).

Материал и методы. В исследование включены 710 пациентов с геморрагическими осложнениями цирроза печени. Портосистемное шунтирование (ПСШ) выполнено 367, пациентам, тотальное разобщение гастро-эзофагеального коллектора (ТРГЭК) – 62, эндоскопические вмешательства (ЭВ) – 281.

Результаты. Общая летальность составила 51,8% (368 из 710 больных). После ПСШ этот показатель был 40,6% (149 из 367), после ТРГЭК – 56,5% (35 из 62) и после ЭВ – 65,5% (184 из 281).

Между указанными группами показатели летальности достоверно были меньше после ПСШ ($\chi^2=39,439$; $df=1$; $p<0,001$ к группе с ЭВ; $\chi^2=5,441$; $df=1$; $p=0,020$ к группе после ТРГЭК). После ТРГЭК летальность также была ниже, чем после ЭВ, однако эти значения оказались не достоверными ($\chi^2=1,794$; $df=1$; $p=0,181$), что можно объяснить небольшой выборкой пациентов после разобщающих операций. Живы были 218 (59,4%) больных после ПСШ, 27 (43,5% после ТРГЭК и 97 (34,5%) после ЭВ.

Среди факторов риска неблагоприятного исхода лечения на долю прогрессирования патологического процесса пришлось 277 (38,1% из 710 пациентов), а от кровотечений портального генеза умер 91 (12,5%) пациент. После ПСШ эти факторы составили 32,2% (118 из 367) и 8,4% (31). После ТРГЭК от прогрессирования ЦП умерло 24 (38,7% из 62) больных, а на фоне геморрагического синдрома – 17,7% (11), после ЭВ – 48,0% (135 из 281) и 17,4% (49).

Факт большей частоты летальности после ТРГЭК у больных с кровотечением связан с тем, что именно в этой группе была отмечена высокая доля геморрагического синдрома на фоне портальной гастропатии (17,7%), а, как известно, любое из подобных осложнений может спровоцировать прогрессирование печеночной недостаточности, которую даже при успешной остановке кровотечения не всегда удается купировать посредством интенсивной терапии. По аналогичной причине отмечена самая высокая летальность от прогрессирования ЦП в группе

больных после ЭВ – 48,0%, так как именно для этой группы характерна высокая частота рецидива кровотечений из ВРВПЖ (29,5%).

Применение метода Каплана-Мейера показало, что кумулятивная доля выживших после ПСШ была достоверно ($p<0,01$) выше, чем в группах после ТРГЭК и ЭВ, в свою очередь между последними группами также получено достоверное отличие ($p<0,05$). В сроки к пяти годам наблюдения доля выживших после ПСШ составила 38%, после ТРГЭК – 26% и после ЭВ только 15%. По отношению к ПСШ отмечена умеренная тенденция к росту этого показателя в группе с ТРГЭК и существенный рост после ЭВ.

Кумулятивная доля выживших к пяти годам наблюдения при компенсированном течении составила 64% в группе ПСШ, 36% после ТРГЭК и только 18% после ЭВ, тогда как декомпенсация заболевания снижала эти значения до 22%, 20% и 0% соответственно.

После ПСШ кровотечение отмечено у 57 (15,5%) больных, включая кровотечение из ВРВПЖ на фоне тромбоза анастомоза – 34 (9,3%) случая и эрозивное кровотечение на фоне портальной гастропатии – 23 (6,3%). В этой группе по причине геморрагического синдрома умер 31 (54,4%) пациент. После ТРГЭК геморрагический синдром развился у 17 (27,4%) больных, из ВРВПЖ – 6 (9,7%), эрозивные – 11 (17,7%), умерло из всех кровотечений – 11 (64,7%) пациентов.

После ЭВ геморрагический синдром развился у 115 (40,9%) больных, из ВРВПЖ – 83 (29,5%), эрозивные – 32 (11,4%), умерло из всех кровотечений – 49 (42,6%) пациентов. Следует отметить, что более низкая летальность на фоне кровотечений после ЭВ связана с тем, что части этих пациентов для профилактики очередного рецидива в дальнейшем проводились традиционные операции (ТРГЭК или ПСШ).

В группах с отсутствием этого осложнения эти значения составили 40% после ПСШ, 30% после ТРГЭК и только 8% после ЭВ, на что частично также влияли перенесенные эпизоды рецидивов кровотечения, но по факту больные погибали от последующей декомпенсации ЦП.

Кумулятивная доля выживших к пяти годам наблюдения при компенсированном течении ЦП (MELD <12 баллов) составила 60% в группе ПСШ, 37% после ТРГЭК и 32% после ЭВ.

В целом в группе больных с HBV-циррозами после всех вмешательств по профилактике кровотечений из ВРВПЖ при компенсированном течении процесса пятилетняя выживаемость составила 44%, а при MELD более 12 баллов в сроки к трем годам этот показатель был только 18%. В группе больных с HBV+HDV-циррозами после всех вмешательств при декомпенсации процесса пятилетней выживаемости не было, при компенсированном течении она составила только 5%. При этом в течение первого года наблюдения выживаемость была 90% при MELD до 12 баллов и только 30% при декомпенсации ЦП.

В группе больных с HCV-циррозами при компенсированном течении процесса пятилетняя выживаемость составила 84%, а при MELD более 12 баллов в сроки к трем годам наблюдения этот показатель был 53%, но к пяти годам умерли все больные. В группе больных с циррозами невирусной этиологии (алкогольный и идиопатический ЦП) при компенсированном течении процесса пятилетняя выживаемость составила 65%, а при MELD более 12 баллов в сроки этот показатель был 32%.

Заключение. В отличие от разобщающих операций, декомпрессивный эффект ПСШ при компенсированном ЦП, за счет нивелирования фактора портальной гипертензии обуславливает снижение прогностического риска развития функциональной декомпенсации с достоверным увеличением показателя выживаемости. Показатели кумулятивной выживаемости находятся в прямой зависимости не только от вида хирургического подхода к профилактике кровотечений из ВРВПЖ, но и от сочетания этого фактора с этиологией ЦП.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ ЯЗВЕННОМ КРОВОТЕЧЕНИИ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ АУТОЛОГИЧНОЙ ПЛАЗМЫ

Джумабеков А.Т., Жарменов С.М., Калиева С.С.,
Жанбырбаев С.Ж., Артыкбаев А.Ж.
Казахстанский медицинский университет
«Высшая школа общественного здравоохранения»,
г. Алматы, Республика Казахстан

Цель исследования – улучшение результатов лечения больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением путем применения аутологичной плазмы.

Материал и методы. Исследование проведено на базе Центральной городской клинической больницы г. Алматы за период с 2015 по 2022 г. Эндоскопический гемостаз с применением аутологичной плазмы выполнен у 142 больных с кровотечениями язвами желудка и двенадцатиперстной кишки. В исследование включены пациенты с язвенным гастродуоденальным кровотечением в возрасте от 25 до 50 лет. При продолжающемся кровотечении, либо при неустойчивом состоявшемся кровотечении и видимом источнике кровотечения экстренный гемостаз достигается инъекцией аутологичной плазмы в 3 – 4 точки вокруг источника кровотечения, кровоточащей язвы, или под него в подслизисто – мышечный слой в количестве 10 – 20 мл с помощью эндоскопического иньектора.

Результаты. Эндоскопический гемостаз с применением аутологичной плазмы проведен у 53 (32,3%) пациентов с активным кровотечением из язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, а в 89 (67,7%) случаях – при состоявшемся кровотечении. Первичный гемостаз достигнут у 138 (97,2%) больных. Попытка эндоскопического гемостаза не увенчалась успехом у 4 (2,8%) пациентов из-за сложных условий вследствие грубой деформации луковицы двенадцатиперстной кишки в одном случае и стеноза привратника, в другом, которые оперированы в экстренном порядке. В 129 (91,0%) случаях встречались хронические язвы, а в 13 (9,0%) – острые. У 91 (64,1%) пациента размеры язвы не превышали 1 см, до 2 см – наблюдались у 29 (20,4%) больного, в 9 (6,3%) случаях язвы были до 3 см и в 13 (9,2%) – 3 см и больше. В 88 (61,9%) больных имели раз-

личные сопутствующие заболевания (острый инфаркт миокарда, артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, кардиосклероз, стенокардия, сахарный диабет, пневмония, состояние после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения и другие). Одно заболевание встречалось у 43 (30,2%) пациентов, сочетание двух, трех, четырех и более болезней наблюдалось в 33 (23,2%), 36 (25,4%) и 29 (20,4%) случаях соответственно. Рецидив кровотечения после эндоскопического гемостаза наблюдался у 8 (5,6%) больных, из них у 2 пациентов – на 3 сутки и в 5 случаях на 3. В двух случаях язва локализовалась в желудке (1 – на малой кривизне, 1 – в выходном отделе), у 5 больных – на задней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки и у одного пациента язва была залуковичной. Все больные с рецидивом кровотечения оперированы. Результаты обследования и лечения больных с рецидивом кровотечения показали, что наличие рыхлого или фиксированного тромба красного цвета на дне язвы через 24 часа после эндоскопического гемостаза является эндоскопическим признаком высокого риска рецидива кровотечения. Такого же мнения придерживаются Ермолов А.С. и соавторы, и Корытцев В.К. Мы считаем, что наличие коричневого тромба и плоского пигментного пятна (гемосидерина) на дне язвы наряду с фиксированным тромбом белого цвета можно отнести к признакам устойчивого гемостаза.

Применение эндоскопического гемостаза с использованием аутологичной плазмы при язвенном гастродуоденальном кровотечении позволило достичь первичного гемостаза в 98% случаев, устойчивого гемостаза – в 94,1% случаев.

Заключение. Полученные результаты позволяют заключить, что использование эндоскопического гемостаза с применением аутологичной плазмы может способствовать совершенствованию активной тактики хирургического лечения больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ В УСЛОВИЯХ ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Жусупов К.К.², Имангазинов С.Б.¹, Таштемирова О.Г.¹,
Казангапов Р.С.¹, Жагапаров Е.А.², Рыжиков С.И.²,
Логвиненко Д.И.²

¹Павлодарский филиал НАО «Медицинский университет Семей», г. Павлодар, Республика Казахстан,

²КГП на ПХВ «Павлодарская областная больница имени Г. Султанова»,
г. Павлодар, Республика Казахстан

Введение. Одним из приоритетных направлений в медицине является эндоскопия, как диагностическая, так и терапевтическая. Среди способов лечения гастродуоденальных кровотечений с успехом применяется эндоскопический гемостаз, включая аргоноплазменной коагуляции и гемостаз с инъекцией лекарственных препаратов в зону кровотечения. Однако не всегда достигается гемостаз после изолированного местного применения сосудосуживающих средств.

Цель работы – предоставить опыт эндоскопического ге-

мостаза язвенных гастродуоденальных кровотечений в условиях общехирургического стационара, а также разработанный в клинике способ эндоскопического гемостаза.

Материал и методы. Проведен анализ лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений путем применения эндоскопической аргоноплазменной коагуляции 260 больных в возрасте от 20 до 87 лет с язвенными гастродуоденальными кровотечениями Ib и IIa, IIb степени по классификации Forrest J. (1974 г.) в 2016-2021 гг. Мужчин было 174 (66,9%) человек, женщин – 86 (33,1%). Кровотечение из язв желудка, в том числе из острых язв, имело место в 122 (46,9%) случаях и в 138 (53,1%) случаях – из язв двенадцатиперстной кишки. Описаны также разработанные в клинике способы эндоскопического гемостаза и контроля надежности гемостаза.

Результаты. Однократное применение эндоскопической аргоноплазменной коагуляции оказалось достаточным у 247 (98,8%) из 260 больных. Рецидив кровотечения произошел у 3 (1,2%) больных, потребовавший повторной АПК. Оперативное вмешательство не предпринималось. Все больные были выписаны для амбулаторного долечивания и наблюдения.

В клинике разработан способ гемостаза, состоящий в эндоскопическим введении раствора норадреналина паравазально и в подслизистый слой по краям язвенного дефекта с дополнительной аппликацией кровоточащей язвенной поверхности смесью измельченного до микрочастиц ТахоКомба и глюкозы (патент на изобретение РК №34861).

На первом этапе через эндоскопический инъектор вводится 0,2% раствор норадреналина в количестве 1 мл на инъекцию паравазально из 3 точек вокруг источника кровотечения, а также в подслизистый слой по краям дефекта, отступив на 1-2 мм от источника геморрагии при общем объеме вводимого раствора 7-8 мл. Эндоскоп остается в полости желудка или двенадцатиперстной кишки. Затем вторым этапом проводится аппликация опудриванием кровоточащей язвенной поверхности на расстоянии 1,5 см от дефекта стенки гастродуоденальной зоны и периульцеральной со смесью измельченного до микрочастиц ТахоКомба и глюкозы в соотношении 1:10 при общем объеме 1,1 гр путем пневмоинсуффляции через манипуляционный канал. В состав ТахоКомба входит фибриновый клей. Высокая гидрофильность ТахоКомба после его доставки на источник кровотечения позволяет усилить его адгезивные свойства, уплотняя образовавшийся тромб. Продолжается изучение эффективности разработанного способа гастродуоденального гемостаза.

Контроль надежности эндоскопического гемостаза осуществляется установлением в полость желудка разработанного зонда-дренажного устройства (патент на полезную модель РК №4937). Особенностью данного зонда является то, что он снабжен внутри спиралевидным металлическим каркасом для предотвращения перегибов и сдавления зонда извне.

Заключение. Таким образом, однократная эндоскопическая аргоноплазменная коагуляция язвенных гастродуоденальных кровотечениях Ib и IIa, IIb степени по классификации Forrest J. эффективна в 98,8% случаев. Рецидив кровотечения наблюдался в 1,2% случаев, потребовавший повторной аргоноплазменной коагуляции. Продолжается внедрение и поиск новых способов эндоскопического гемостаза и его контроля при гастродуоденальных кровотечениях.

СВОДНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ КРОВОТЕЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

**Назирова Ф.Г., Бабаджанов А.Х., Омонов О.А.,
Байбеков Р.Р., Маткаримов Ш.У.**

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

Цель исследования – путем сравнительного анализа оценить эффективность хирургического лечения кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка при циррозе печени.

Материал и методы. В исследование включены 710 пациентов с геморрагическими осложнениями цирроза печени (ЦП). Портосистемное шунтирование (ПСШ) выполнено 367, пациентам, тотальное разобщение гастро-эзофагеального коллектора (ТРГЭК) – 62, эндоскопические вмешательства (ЭВ) – 281.

Результаты. Общая частота кровотечений в отдаленный период после ПСШ составила 15,5% (57 из 367 пациентов, после ТРГЭК – 27,4% (17 из 62 больных) и после ЭВ – 40,9% (115 из 281 пациента). Тенденция с большим риском геморрагического синдрома при ЭВ прослеживается во все временные периоды наблюдения. Так, в сроки до 6 месяцев частота кровотечения составила 10,3% (29), при этом в группе больных с ПСШ только 5,7% (21), а после ТРГЭК – 9,7% (6). В дальнейшем эти показатели в группе ЭВ существенно увеличиваются, что определяет этот вариант профилактики кровотечений как метод с наиболее низким клиническим эффектом. В сравнительном аспекте между группами с ПСШ и ТРГЭК ($\chi^2=5,251$; $df=1$; $p=0,022$), ТРГЭК с ЭВ ($\chi^2=3,914$; $df=1$; $p=0,048$) и ПСШ с ЭВ ($\chi^2=52,635$; $df=1$; $p<0,001$) были получены достоверные отличия по частоте кровотечений портального генеза.

Анализ свободы от осложнений после различных вмешательств, основанный на применении методики Каплана-Мейера, показал, что в сроки к одному году наблюдения кровотечения отсутствовали у 90% пациентов после ПСШ, 84% больных после ТРГЭК и 70% после ЭВ. В дальнейшем отмечено прогрессивное снижение этого показателя в группе после ЭВ и к пяти годам кровотечение отсутствовало только 37,5% пациентов, в то время как после ТРГЭК у 50% и после ПСШ у 78%.

Частота кровотечения на фоне тромбоза анастомоза составила 9,3% (34 случая). Кровотечения на фоне портальной гастропатии у больных ЦП после ПСШ отмечены в 6,3% (23 пациента) случаев. Доля эрозивных кровотечений составила 17,7%. Наиболее высокую частоту рецидива истинного кровотечения из ВРВПЖ дает изолированное выполнение ЭВ. В наших наблюдениях этот показатель достиг 29,5% (у 83 из 281 пациента), тогда как эрозивные кровотечения составили 6,3% (32). Частота портальной гастропатии была выше чем при ПСШ. По распределению частоты кровотечений между группами исследования получена высокая достоверная разница (между ПСШ и ТРГЭК - $\chi^2=9,728$; $df=2$; $p=0,008$; между ТРГЭК и ЭВ - $\chi^2=10,863$; $df=2$; $p=0,005$; между ПСШ и ЭВ - $\chi^2=55,114$; $df=2$; $p<0,001$).

Группы с ПСШ и ТРГЭК обеспечили фактически равноценную эффективность до 40 месяцев наблюдения (86-88%), в дальнейшем в сроки более 5 лет отмечено снижение свободы от кровотечений до 76% в группе после ТРГЭК и 85% после ПСШ. После ЭВ в сроки до года наблюдения кровотечений не отмечено у 80% пациентов, к трем годам у 54% и к пяти годам только у 44%.

Таким образом, в отдаленные сроки наблюдения независимо от вида вмешательства по профилактике кровотечений из ВРВПЖ, для всех больных ЦП характерны рецидивы геморрагического синдрома портального генеза, при этом наименьшая частота данного осложнения получена в группе ПСШ – 15,5%, в структуре которой 9,3% приходится на истинные рецидивы на фоне тромбоза шунта, а 6,3% – на эрозивно-язвенный процесс на фоне портальной гастропатии, в свою очередь после ТРГЭК кровотечение отмечено в 27,4% случаев (кровотечение из ВРВПЖ – 9,7%, портальная гастропатия – 17,7%; $\chi^2=9,728$; $df=2$; $p=0,008$ по отношению к ПСШ), тогда как после ЭВ отмечена самая высокая частота – 40,9% (кровотечение из ВРВПЖ – 29,5%, портальная гастропатия – 11,4%; $\chi^2=55,114$; $df=2$; $p<0,001$ по отношению к ПСШ и $\chi^2=10,863$; $df=2$; $p=0,005$ по отношению к ТРГЭК). Актуарная кривая свободы от кровотечений портального генеза у больных ЦП после различных вмешательств к пяти годам наблюдения характеризуется наиболее низким значением в группе больных после ЭВ – 37,5% ($p<0,05$ по отношению к ПСШ и ТРГЭК), после ТРГЭК – 50% и после ПСШ – 78%, при этом доля свободы от истинных рецидивов из ВРВПЖ составила – 44%, 76% и 85% соответственно ($p<0,05$).

В группе ПСШ компенсированное течение выявлено у 119 больных, а MELD 12 и более баллов был определен у 248 пациентов (максимально в этой группе показатель был 16 баллов). В группе ТРГЭК больные распределились по 31 человеку (максимальный показатель – 17). ЭВ были выполнены 117 больным с MELD до 12 баллов и 164 пациентам с уровнем более 12 баллов.

Без кровотечений при MELD до 12 баллов после ПСШ было 107 (89,9%) больных, после ТРГЭК – 24 (77,4%) и только 74 (63,2%) после ЭВ. Кровотечение из ВРВПЖ отмечено у 10 (8,4%) после ПСШ, 12,9% (4) после ТРГЭК и 29,1% (34) после ЭВ. Геморрагический синдром на фоне портальной гастропатии развился у 1,7% (2), 9,7% (3) и 7,7% (9) соответственно. При MELD более 12 баллов без кровотечений после ПСШ было 203 (81,9%) больных, после ТРГЭК – 21 (67,7%) и 92 (56,1%) после ЭВ. Кровотечение из ВРВПЖ отмечено у 24 (9,7%) после ПСШ, 6,5% (2) после ТРГЭК и 29,9% (49) после ЭВ. Геморрагический синдром на фоне портальной гастропатии развился у 8,5% (21), 25,8% (8) и 14,0% (23) соответственно.

Заключение. Независимо от вида вмешательства для всех больных циррозом печени в отдаленный период характерны рецидивы геморрагического синдрома портального генеза, при этом наименьшая частота отмечается после портосистемного шунтирования. Актуарная кривая свободы от кровотечений портального генеза у больных ЦП после различных вмешательств к пяти годам наблюдения характеризуется наиболее низким значением в группе больных после ЭВ.

РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ЭМБОЛИЗАЦИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВА КРОВОТЕЧЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Рамазанов М.Е.^{1,2}, Анартаев С.М.^{1,2},
Мауленов Н.Б.¹, Беркинбай А.Б.²

¹Городская клиническая больница №7, отделение
интервенционной хирургии и аритмологии,
г. Алматы, Республика Казахстан,

²НАО «Казахский Национальный медицинский университет
имени С.Д. Асфендиярова»,
г. Алматы, Республика Казахстан

Актуальность. Острое желудочно-кишечное кровотечение (ЖКК) может привести к значительной заболеваемости и смертности без соответствующего лечения. Интервенционная радиология очень важна для пациентов с желудочно-кишечными кровотечениями, которые устойчивы к медикаментозному и эндоскопическому лечению. Этот обзорный тезис дает представление о важной роли интервенционной радиологии в лечении острых желудочно-кишечных кровотечений.

Цель работы – роль рентгенохирургических методов при острых желудочно-кишечных кровотечениях и улучшение результатов лечения рентгеноэндовазкулярической эмболизацией.

Клинический случай. 08.06.22 г. в приемное отделение клинической больницы №7 г. Алматы поступил больной 30-и лет (история болезни №730). Клинический диагноз: «Тотальный эрозивно-геморрагический гастрит, осложненный кровотечением тяжелой степени. Анастомозит двенадцатиперстной кишки (состояние после пилоропластики по Гейнеке-Микуличу). Анемия смешанного генеза (постгеморрагическая+ренальная), тяжелой степени. ТХПН в исходе гломерулярной болезни. ХБП V ст.». На основании проведенного консилиума пациенту было принято решение провести транскатетерную артериальную эмболизацию, в результате катетер Merit Medical IMPRESS 5F установлен на левой желудочной артерии. Выполнена ангиография вышеуказанной артерии, выявлено наличие зон экстравазации. Выполнена эмболизация дистальных ветвей левой желудочной артерии эмболами «EmboGold MICROSPHERS» 500-700 μM (1фл). Контрольная ангиография выявляет полное прекращение контрастирования левой желудочной артерии в проксимальной трети, проходимость магистральных артерий не нарушена. Через 5 дней пациент был выписан домой с улучшением состояния, направлен под наблюдение врачей-амбулаторных нефрологов, хирургов.

Транскатетерная артериальная эмболизация (ТАЭ) эффективна для контроля острого желудочно-кишечного кровотечения. Некоторые исследования показали, что ТАЭ безопаснее хирургического вмешательства в популяции пациентов с высоким риском и имеет более низкий 30-дневный уровень смертности. ТАЭ является жизнеспособным вариантом и временной мерой в обстоятельствах, когда эндоскопический и/или хирургический подход не идеален. Целью ТАЭ является суперселективная эмболизация кровоточащих сосудов для снижения артериального перфузионного давления при сохранении адекватного коллатер-

рального кровотока для минимизации риска инфаркта кишечника. 5-дюймовый ангиографический катетер используется для доступа к чревной, верхней брыжеечной или нижней брыжеечной артериям в зависимости от предполагаемой локализации кровотечения и его кровоснабжающей сосудистой сети. При кровотечении из верхних отделов желудочно-кишечного тракта кровотечение, визуализируемое на дне желудка, лечат эмболизацией левой желудочной артерии, а кровотечение в антральном отделе желудка/проксимальном отделе двенадцатиперстной кишки – гастродуоденальной эмболизацией.

Заключение. Хотя во многих случаях острое ЖКК проходит спонтанно или поддается медикаментозному и эндоскопическому лечению, пациенты с желудочно-кишечными кровотечениями, невосприимчивые к такому лечению, подвергаются более высокому риску неблагоприятного исхода. Пациентам с острой желудочно-кишечными кровотечениями следует рассмотреть возможность проведения оперативных рентгенологических исследований и эндоваскулярных вмешательств для предотвращения заболеваемости и смертности. Быстрая стабилизация ЖКК может быть достигнута с помощью эндоваскулярной ангиографии и транскатетерной эмболизации. Это безопасная и эффективная альтернатива хирургическому вмешательству.

ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ РИСКИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

**Рысмаханов М.С.¹, Курманбай Г.М.², Элмырзаұлы Ж.²,
Айтжанов А.Ж.², Колганат М.К.¹,
Оразалин Б.Ж.¹, Койшыбаев А.С.¹**

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

²Актюбинский медицинский центр,
г. Актобе, Республика Казахстан

Гастродуоденальные кровотечения (ГДК) – самая распространенная причина проведения эндоскопических исследований.

Цель исследования – изучение демографических критериев у пациентов с ГДК язвенного генеза и их рецидивов при проведении эндоскопической диагностики в условиях одного центра.

Материал и методы. Проанализированы результаты диагностической эзофагогастродуоденоскопии (ЭФГДС) 231 пациента, поступившие с клиникой ГДК язвенной этиологии с января 2020 г. по декабрь 2021 г. Пациенты после первичной ЭФГДС подвергались эндоскопическому гемостазу согласно выявленной стадии кровотечения по Forrest. В исследовании сравнивались активность язвенных кровотечений и их рецидивы в зависимости от пола и возрастных групп. Статистическая обработка: Z-score (для двух популяций).

Результаты. Большинство пациентов с язвенными ГДК составили женщины – 57,7%. В обеих группах преобладающей причиной ГДК была язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, 61,5% – у женщин, 54,2% – у мужчин. Активное кровотечение по Forrest-I было у 8 (3,4%) пациентов. Кровотечение по Forrest-II обнаружено у 93,4% (n=126) женщин и у 89,6% (n=86) мужчин. Активность кровотечения по Forrest не зависела от пола (p>0,05).

И у женщин, и у мужчин ГДК больше всего встречалось в возрасте старше 50 лет: 83,7% и 59,3% соответственно. У мужчин ГДК чаще встречаются в возрасте 41-50 лет, а у женщин – в возрасте 51-60 лет (p<0,05).

Из всех 231 первичных ЭФГДС в 118 случаях (51,1%) проведена эндоскопическая остановка кровотечений: аргонно-плазменная коагуляция – 92, инфильтрационная остановка – 23, смешанная – 3. Рецидивы кровотечений возникли у 15 (6,5%) пациентов – у 12 мужчин и у 3 женщин, при этом частота рецидивов выше среди мужской популяции (p<0,05). Статистически достоверных различий в частоте рецидивов ГДК в зависимости от возраста не выявлено (p>0,05). В 12 случаях удалось добиться остановки кровотечения повторным эндоскопическим вмешательством. У 3 мужчин в связи с профузным кровотечением проведена лапаротомия, ушивание кровоточащей язвы желудка.

Заключение. Риск первичного ГДК язвенной этиологии как среди женщин, так и среди мужчин выше в возрасте старше 50 лет. В тоже время активность ГДК не зависела от пола и возраста пациента. Рецидивы ГДК чаще наблюдались у мужчин, но не зависели от возраста.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ БИОПОЛИМЕРОВ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА

**Хаджибаев Ф.А., Ешмуратов А.Б., Мирзакулов А.Г.,
Хашимов М.А.**

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

Актуальность. Ежегодный прогрессивный рост случаев кровотечений при гастродуоденальной патологии, а также не имеющие существенной тенденции к снижению показатели летальности подчёркивают актуальность данной проблемы в ургентной хирургии. Несмотря на совершенствование различных методов эндоскопического гемостаза, к сожалению, нередко приходится прибегать к хирургическим вмешательствам с целью окончательной остановки кровотечения. В литературе последних лет всё чаще приводятся данные об эффективности использования аппликационных методов эндоскопического гемостаза. Биоразлагаемые порошковые полимеры отечественного производства обладают эффективными гемостатическими свойствами.

Цель работы – изучить эффективность использования биополимера с наночастицами серебра отечественного производства для остановки кровотечения и предупреждения рецидива кровотечения из экспериментальных язв желудка у собак.

Материал и методы. Исследования были выполнены на базе экспериментальной лаборатории Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. Объектом исследования явились собаки, со средней массой 13,2±1,9 кг. Язвы желудка моделировались по методу Чередникова Е.Ф. путем инъекции 96% этилового спирта в подслизистый слой стенки желудка. Фиброгастроскопия выполнялась аппаратом GIF-E3 фирмы Olympus с адаптированной видеосистемой. В

исследовании применяли биоразлагаемый биополимер с наночастицами серебра отечественного производства. Биопсию из экспериментальной язвы производили во время каждого сеанса эндоскопии. Материалом для морфологического исследования служили биоптаты слизистой оболочки из краёв и дна язвы желудка.

Результаты. При моделировании в эксперименте на 4 сутки воспроизведена типичная язва желудка: при визуальном осмотре по передней и задней стенкам антрального отдела желудка сформированы язвенные дефекты диаметром 12-15 мм с умеренно выраженным перифокальным валом и относительно глубоким дном. Края язвы гладкие, ровные, границы четкие. Дно язвенных дефектов покрыто налетом фибрина. Травмирование слизистой оболочки краёв и дна язвы биопсийными щипцами способствовало развитию из язвы умеренного кровотечения с подтеканием крови. Взята биопсия из краёв и дна язвы желудка для морфологического исследования, при гистологическом исследовании выявлена ткань слизистой оболочки желудка с атрофией желез, желудочные ямки укороченные, отмечается отек слизистой и обширные очаги некроза острой язвы с полиморфноклеточным воспалительным инфильтратом. После развития кровотечения выполнено распыление биополимерного порошка на область язвы по задней стенке желудка с помощью пневмо-инсуффлятора, соединенного со специальным двух портным катетером, который введен через инструментальный канал эндоскопа. При этом на контрольную язву (по передней стенке) распыления биополимера не проводилось. При наблюдении в динамике животное активное, принимает пищу. При акте дефекации стул окрашен, признаков продолжающегося кровотечения не выявлено. Динамическая гастроскопия выполнена на 7 сутки от начала эксперимента: язвенный дефект по задней стенке антрального отдела желудка размерами 6-8мм в диаметре с конвергенцией складок вокруг. Дно язвы чистое и покрыто налетом фибрина, тромбов не отмечается. Периульцерозная зона без наличия гиперемии и инфильтрации. На 7 сутки от начала эксперимента взята биопсия из краёв язвы желудка для морфологического исследования, на которой ткань желудка – с десквамацией и деструкцией покровного эпителия с очагами изъязвления, в слизистой лимфоцитарная инфильтрация с репаративный фиброзом, что характерно для хронического воспаления; слизистая оболочка желудка с увеличенными, хорошо выраженными поверхностными складками и железами, признаками реактивного характера гиперплазией, строма с отеком и лимфоцитарной инфильтрацией, местами грануляционной реакцией. На 7 сутки повторно распыление биополимера. На 14 сутки выполнена контрольная гастроскопия, на которой язвенный дефект по задней стенке отсутствует с образованием маловыраженного белесоватого тяжистого разрастания соединительной ткани по типу стадии «красного рубца», вокруг которой отмечается конвергенция складок без наличия визуальной картины воспаления слизистой. При этом на передней стенке антрального отдела язвенный дефект сохраняется.

Выводы. Биополимер с наночастицами серебра является эффективным и перспективным препаратом с хорошим гемостатическим эффектом, который способствует раннему заживлению экспериментальной язвы. Порошкообразный биополимер с наночастицами серебра после завершения докли-

нических испытаний может найти широкое применение в качестве эффективного метода аппликационного эндоскопического гемостаза.

ЯЗВЕННЫЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ. СТРАТЕГИЯ ПРИ ВЫСОКОМ РИСКЕ РЕЦИДИВА

Шабунин А.В.^{1,2}, Бедин В.В.^{1,2}, Бочарников Д.С.¹,
Коржева И.Ю.^{1,2}, Араблинский А.В.^{1,2}, Цуркан В.А.¹,
Соколов К.А.¹

¹ГБУЗ «Городская клиническая больница имени С.П. Боткина»,
г. Москва, Российская Федерация,

²ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия
непрерывного профессионального образования» МЗ РФ,
г. Москва, Российская Федерация

Актуальность. Язвенная болезнь по-прежнему является основной причиной кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного и продолжает составлять значительную долю от общего числа больных с экстренной хирургической патологией. Частота встречаемости язвенных кровотечений (ЯК) остается на стабильно высоком уровне, составляя 90-160 случаев на 100 тыс населения в год. А геморрагический шок или его последствия являются основной причиной смертности. Показатели летальности достигают 23%, возрастая при рецидиве кровотечения (РК) до 40%. Что указывает на необходимость улучшения методов лечения данной группы пациентов.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения пациентов с ЯК в период с 2019 по 2020 гг. В исследование включены 43 пациента, разделенные на 2 группы. В обе группы вошли пациенты с ЯК и высоким анестезиологическим риском (AP) (AP оценивался по шкале ASA – выше 3 баллов), у которых после эндоскопического гемостаза (ЭГ) сохранялся высокий риск рецидива. Критериями высокого риска РК была оценка по шкале Forrest I – IIb (при этом риск у пациентов с Forrest IIa расценивались как более высокий, чем Forrest IIb), оценка по шкале Rockall более 5 баллов, а также оценка сопутствующих заболеваний, которые могут усугублять течение основного заболевания.

I группа проспективная (пациенты в период с января по июнь 2020 г.) (n=12), где использовалась превентивная рентгенэндоваскулярная эмболизация (РЭ) после успешного ЭГ у пациентов с высоким риском повторного кровотечения; II – ретроспективная (период с июля по декабрь 2019 г.) (n=31), в которой РЭ использовалась только после РК и дважды неэффективного ЭГ. Проводилась сравнительная оценка двух групп по следующим показателям: частота рецидива, необходимость проведения лапаротомии, срок пребывания в стационаре, общая и послеоперационная летальность (ОЛ и ПЛ)

Всем пациентам на первом этапе проводилась экстренная гастродуоденоскопия, в условиях операционной или в условиях шок-палаты реанимационного отделения, с ЭГ и последующей оценкой через 4-6 часов. РЭ проводилась по стандартной методике. В 6 случаях выполнена эмболизация левой желудочной артерии (33,3%), в 12 случаях гастродуоденальной артерии (66,7%).

Полученные данные анализировались программным обеспечением Statistica, группы сравнивались тестом Kruskal-Wallis.

Результаты. В группе I эмболизация выполнена у 12 (100%) пациентов. РК отмечен в 1 случае (8,2%) после РЭ. У пациента с тяжелым неврологическим статусом на фоне ишемического инсульта, которому была показана массивная антикоагулянтная терапия. Ни одному пациенту не потребовалась лапаротомия. Средний койко-день составил 4,6. ОЛ – 1 (8,2%) Пациент с инсультом, где причиной смерти были тяжелые осложнения основного заболевания. ПЛ – 0%.

В группе II рецидив кровотечения после успешного первичного ЭГ наблюдался у 11 (35,4%) человек. РЭ выполнена у 6 (19,4%) пациентов с рецидивом кровотечения. Лапаротомия потребовалась 2 (6,5%) пациентам. Средний койко-день составил 6,3. ОЛ – 3 (9,6%). ПЛ – 1 (12,5%).

В обеих группах отмечены следующие осложнения: постэмболизационный синдром – 2 (11%), ишемия слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки – 1 (5,4%). РЭ оказалась неэффективна в 1 случае (5,4%).

Заключение. Статистически значимым оказалось преимущество I группы по показателям РК (8,2% против 35,4% ($p=0,034$)), снижение койко-дня (койко день 4,6 против 6,3 ($p=0,02$)). Статистически значимого преимущества по другим показателям на момент проведения исследования выявлено не было.

На основании полученных данных можно сделать выводы, что применение превентивной РЭ при язвенных кровотечениях у пациентов с высоким риском РК и тяжелым коморбидным фоном позволяет уменьшить частоту рецидивов ЯК, что как следствие приводит к ранней выписке пациента и снижает уровень летальности.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ГАСТРОЭЗОФАГАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Шакеев К.Т.¹, Мусаев А.Э.², Дериглазова П.М.²,
Калтаев Г.Ш.²

¹Медицинский университет Караганды,

²Многопрофильная больница №1 г. Караганда, г. Караганда,
Республика Казахстан

Цель работы – определить эффективность эндоскопического гемостаза при гастроэзофагеальных кровотечениях.

Материал и методы. В клинике хирургических болезней НАО «Медицинский университет Караганды» на базе многопрофильной больницы №1 города Караганды за 2019-2021 годы пролечено 134 больных с гастроэзофагеальными кровотечениями. С язвенной этиологией было 89 пациентов (66,4%), синдром Маллори-Вейсса – 24 (17,9%), кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка у 21 (15,6%), с опухолями желудка 9 больных (6,7%). Использовались следующие методы эндоскопического гемостаза: инъекционный, гемостаз диатермокоагуляцией, аргонно-плазменной коагуляцией, механический (клипирование). В тяжелом состоянии поступило 76 больных (56,7%).

Результаты. Эндоскопический гемостаз выполнен 84 больным (62,6%), консервативно пролечено 35 (26,1%), оперативное вмешательство выполнено 15 пациентам (11,2%) первично и у 3 при рецидивах кровотечения после эндоскопического гемостаза.

Эндоскопический гемостаз проводился у пациентов с синдромом Маллори-Вейсса (при продолжающемся кровотечении), при гастродуоденальных язвенных кровотечениях, при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода, дна и тела желудка. В случаях кровотечений при синдроме Маллори-Вейсса использовались инъекционный у 3 пациентов (3,6%) и механический гемостаз (клипирование) 9 пациентов (10,7%).

При кровотечениях из язв, ангиоэктазий желудка применялся механический гемостаз (клипирование) у 42 пациентов (50%), электрокоагуляция и аргонноплазменная коагуляция у 11 пациентов (13,1%), при этом механический гемостаз в большинстве случаев при острых язвах желудка позволял выполнить истинное ушивание дефекта слизистой.

При язвенных кровотечениях из двенадцатиперстной кишки выполнялся механический гемостаз с учетом анатомических особенностей доступа к язве (передняя стенка ДПК, вертикальная ветвь ДПК) у 8 пациентов (9,5%), задняя стенка – диатермокоагуляцией у 6 пациентов (7,1%).

У 3 пациентов на высоте кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода выполнено лигирование (3,6%). У 2 пациентов при кровотечении из варикозно расширенных вен дна и тела желудка на высоте кровотечения применялась склеротерапия этоксисклеролом (2,4%).

Лапаротомия, гастротомия, прошивание дефектов выполнялись в случае трех повторных рецидивов кровотечений, когда первичный эндоскопический гемостаз оказывался неэффективным из-за анатомических особенностей (подвижности стенки желудка, двенадцатиперстной кишки).

Заключение. Отмечается высокая эффективность первичного эндоскопического гемостаза – в 96,5% случаев был достигнут стойкий гемостаз. Наиболее предпочтителен метод клипирования, сопоставим по результатам с окончательной остановкой кровотечения в ране. После гемостаза диатермокоагуляцией при динамическом осмотре сроки рубцевания язвы увеличивались более чем в 1,5 раза.

Малоинвазивные методы остановки кровотечений имеют значительное преимущество в сравнении с открытыми вмешательствами: малотравматичны, возможно выполнение под седацией или под местной анестезией, что позволяет применять их у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией, положительные результаты позволяют уменьшить сроки нахождения пациентов в стационаре.

III. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ПАНКРЕОНЕРОЗА ПО ДАННЫМ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЙ ВОСТОЧНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Башабаев М.Т.

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

Острый панкреатит (ОП) – одно из наиболее распространенных заболеваний органов брюшной полости с высоким уровнем летальности, которая в отдельных случаях достигает до 80%.

Цель исследования – улучшение результатов диагностики и лечения пациентов с тяжелыми формами ОП.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе хирургических отделений Восточно-Казахстанской области. В 2020 году проанализировано 2116 случаев, в 2021 г. – 2057 случаев. Возраст пациентов от 26 до 93 лет. Деструктивные формы ОП (панкреонекроз) диагностированы в 232 случаев в 2020 г., что составляет 11% и 13,0% (241) случаев в 2021 г.

Результаты. Мы наблюдаем увеличение доли деструктивных форм ОП в структуре общей заболеваемости ОП. Тем не менее, отмечается снижение показателя общей летальности с 1,47% в 2020 г. до 0,5% в 2021 г. Наблюдается увеличение количества операций с 83 в 2020 г. до 97 в 2021 г. В период с 2020 по 2021 г. Незначительно увеличилась послеоперационная летальность – с 21,69% до 22,68%. При этом отмечается снижение процента послеоперационных осложнений с 6,1% в 2020 г. до 5,2% в 2021 г.

В практической работе мы используем 2 классификации: международная классификация «Атланта», 1992 г. и классификация Савельева В.С., 1983 г.

В процессе лечения ОП мы применяем стандартную базисную терапию. В нашем отделении с 2014 года дополнительно с базисной терапией у 24 пациентов проводили антимедиаторную терапию ксефокамом по схеме: 32 мг, 32 мг, 24 мг, 16 мг, 16 мг в течение 5 суток. В этой группе пациентов обязательно увеличивали дозировки Н2-блокаторов и блокаторов протонной помпы до 80 мг в сутки. В результате чего у нас отмечено уменьшение количества пациентов, оперированных по поводу панкреонекроза, снижено количество осложнений и летальности за 2021 год о чем мы говорили выше.

По поводу ОП прооперировано 83 человека в 2020 г. и 97 в 2021 г. Анализ результатов ранних оперативных вмешательств показал следующее: ранние операции (всего 11 случаев в 2020 г. и 6 в 2021 г.) привели к усилению эндотоксикоза, ухудшению состояния и увеличению смертности; в 12 случаях в 2020 г. и в 6 случаях в 2021 г. произошло инфицирование поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки. Основные причины летальных исходов при тяжелых осложненных ОП: панкреатогенный шок – 5 случаев, сепсис – 4 случая, СПОН – 4 случая.

Заключение. Тактика лечения пациентов с ОП должна быть направлена на устранение патогенетических основ патологического процесса. Ранние операции приводят к усилению эндотоксикоза и инфицированию поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки. Необходимо внедрение в практику лечения ОП, в т.ч. его деструктивных форм, современных принципов в комплексе с антимедиаторной терапией.

В заключении необходимо подчеркнуть, что составляющие успеха ведения пациентов с острым панкреатитом и, особенно, стерильным и инфицированным панкреонекрозом, должны включать современные представления о неразрывной патогенетической сущности этих состояний. Существует обоснованное мнение, что концентрация пациентов с панкреонекрозом в хирургических центрах, имеющих определенный опыт, квалифицированных специалистов и соответствующее оснащение, позволит кардинально улучшить результаты лечения острого панкреатита.

Необходимым условием осуществления вышеуказанных принципов лечения ОП является изменение психологии врача для приобретения навыков малоинвазивных хирургических вмешательств на поджелудочной железе и забрюшинной клетчатке при панкреонекрозе под комбинированным интраскопическим контролем.

СВЯЗЬ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ АЛЬФА, ИНТЕРЛЕЙКИНА-1, ИНТЕРЛЕЙКИНА-6 И ИНТЕРЛЕЙКИНА-10 С РИСКОМ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА В КАЗАХСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Джаркенов Т.А., Жумабаев М.Н., Заирова С.Т., Акатаев Н.А., Мукушев М.М., Нурманов К.Ж., Балшамбаев М.Е.

НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет имени М. Оспанова», г. Актобе, Республика Казахстан, Военный институт сил воздушной обороны имени дважды Героя Советского Союза Т.Я. Бегельдинова, г. Актобе, Республика Казахстан

Цель работы – изучить корреляцию полиморфизмов генов фактора некроза опухоли альфа (TNF- α), интерлейкина-1 (IL-1), интерлейкина-6 (IL-6) и интерлейкина-10 (IL-10) с риском развития острого панкреатита (ОП) в казахской популяции.

Материал и методы. Материалом для исследования послужили образцы ДНК, выделенные из периферической крови 86 неродственных больных ОП (39 мужчины и 47 женщины) казахской национальности, находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении больницы скорой медицинской помощи г. Актобе. Диагноз ОП был верифицирован с учётом классификации Атланта–92 и её последующего пересмотра.

Оценка тяжести заболевания строилась на анализе клинико-лабораторных критериев. 13 (15,1%) пациентов имели тяжелый ОП. В контрольную группу вошли 98 (59 мужчины и 39 женщины) неродственных добровольца казахской национальности. Критерии исключения были следующими: генетические отношения с другими субъектами настоящего исследования, возраст моложе 18 лет и беременность. Средний возраст больных составил $49,69 \pm 13,94$ лет, здоровых лиц – $40,85 \pm 11,99$ лет. Использовались общеклинические, лабораторные и визуализирующие (ультразвуковые исследования, магнитно-резонансная томография поджелудочной железы, эзофагогастродуоденоскопия, лапароскопия) методы исследований. Клинические данные включали также индекс массы тела, потребление алкоголя, курение табака. У обследуемых проводился забор венозной крови для проведения молекулярно-генетического анализа. Генотипирование полиморфизмов (rs1800629) гена TNF- α –308 G / A, (rs16944) гена IL-1 β –511 C/T, (rs1800795) гена IL-6 –174 G/C, (rs1800896) гена IL-10 –1082 A/G) проводилось методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени. Частоты аллелей и генотипов рассчитывали прямым подсчетом. Наблюдаемые и ожидаемые частоты сравнивались с использованием критерия хи-квадрат (χ^2) для проверки равновесия Харди-Вайнберга. Для оценки ассоциаций аллелей и генотипов с риском развития и течения ОП использовали критерий χ^2 и отношение шансов (OR) с 95%-ми доверительными интервалами (CI). Уровень статистической значимости принимали при $p < 0,05$.

Результаты. Среди пациентов с ОП было достоверно больше лиц старше 60 лет ($p=0,002$) и употребляющих алкоголь ($p < 0,001$). Генотипы исследуемых полиморфизмов в контрольной группе находились в соответствии с распределением Харди–Вайнберга ($p > 0,05$). По критерию χ^2 распределение гомозиготного генотипа A/A TNF- α –308 значительно различалось между пациентами с ОП и контрольными субъектами ($\chi^2=4,659$). Анализ ассоциации исследуемых генотипов с риском развития заболевания установил, что гомозиготный генотип A/A TNF- α –308 был связан с повышенным риском развития ОП (OR=10,746; 95% CI 0,570-202,529; $p=0,031$). Существенных отличий в распределении генотипов IL-1, IL-6, IL-10 между больными ОП и контрольными субъектами не выявлено ($p > 0,05$).

Заключение. Гомозиготный генотип A/A TNF- α –308 может быть связан с увеличением риска развития острого панкреатита в казахской этнической группе. Однако к результатам следует относиться с осторожностью, поскольку исследование имеет ограничения из-за небольшой выборки. Необходимы дальнейшие исследования для подтверждения взаимосвязи между полиморфизмом гена TNF- α –308 и риском развития ОП.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПАНКРЕАТИТА

Ибадильдин А.С., Кравцов В.И., Ибадильдина С.А.,
Ашимова Н.А.

Казахский Национальный медицинский университет имени
С.Д. Асфендиярова, кафедра «хирургические болезни»,
г. Алматы, Республика Казахстан

Актуальность. Послеоперационный панкреатит развивается в первые 3-4 дня после операции. Частота этого ослож-

нения составляет, по данным многих авторов, 0,7-25,6%, а при операциях на поджелудочной железе возрастает до 32,7-50%.

Летальность при послеоперационном панкреатите остается высокой – 24,5 %, а при деструктивных формах достигает 50-60% и не имеет тенденции к снижению. Клиника послеоперационного панкреатита чрезвычайно вариабельна, каких-либо патогномичных симптомов не имеет. Этим объясняется постоянный поиск новых, информативных методов распознавания его.

Цель работы – определить значимость неинвазивных и малоинвазивных методов диагностики послеоперационного панкреатита, разработать способ санации брюшной полости при послеоперационном панкреатите, определить оптимальные сроки релапаротомии.

Материал и методы. В клинике с послеоперационным панкреатитом лечился 71 больной. Мужчин – 59, женщин – 12, в возрасте от 25 до 74 лет. Послеоперационный панкреатит наблюдался после операций на поджелудочной железе в 10 случаях (4%), после вмешательств на желудке и 12 перстной кишке, у 24 пациентов (1,9%), на билиарном «дереве» у 28 больных (0,9%). Картина его характеризовалась скудностью и непостоянством симптоматики.

Наиболее часто встречались следующие проявления: болевой синдром в животе, тахикардия, выраженный парез кишечника, гипертермия, рвота, мышечный дефанс в эпигастрии, иктеричность кожи, коллапс, положительный симптом Щеткина-Блюмберга, икота, психоз. В крови лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, токсическая зернистость лейкоцитов. Диастазурия достигла значительных цифр, порядка 70%, имелось повышение показателей билирубина преимущественно за счет прямой фракции, повышение уровня трансаминаз крови, увеличение содержания сахара, амилазурия. Следует выделить 4 наиболее часто встречающихся признака: боль в верхних отделах живота, выраженный парез кишечника, тахикардию, гипертермию. При наличии их даже при нормальном уровне диастазы следует подумать прежде всего о послеоперационном панкреатите.

Из специальных методов исследования доступным является рентгенологический, УЗИ железы, позволяет выявить увеличение ее размеров, размытость контуров, наличие выпота в сальниковой сумке.

Результаты. Консервативная терапия дала эффект у 49 (69%) больных из 71. У 22 (31%) лечение было безуспешным, выполнена релапаротомия. 12-ти больным после релапаротомии проводилась программированная видеолапароскопическая санация брюшной полости по авторской методике с использованием специального лапаропорта (патент на изобретение РК №19772 от 28.05.2008 г.).

Умерли 6 больных, что составило 8,4% от всех осложнившихся послеоперационным панкреатитом больных и 27,2% от повторно оперированных больных.

Заключение. Таким образом, из 71 больного с послеоперационным панкреатитом последний купирован консервативными средствами у 49 (69%) больных, оперировано 22 (31%) больных.

При наличии болевого синдрома, выраженного пареза кишечника, тахикардии, гипертермии следует ставить диагноз послеоперационного панкреатита и мониторировать УЗИ, КТ,

клинико-лабораторные данные для коррекции лечения. Безуспешность консервативного лечения в течении суток диктует необходимость релапаротомии. Операцией выбора является абдоминализация поджелудочной железы с дренированием. При дренировании сальниковой сумки и парапанкреатической области следует использовать внебрюшинный доступ.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА СПОСОБЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА ПРИ СОЧЕТАННОМ ХОЛЕЦИСТОХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ

Корольков А.Ю., Никитина Т.О., Попов Д.Н.,
Танцев А.О.

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова», Научно-исследовательский институт хирургии и неотложной медицины, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

Введение. Острый билиарный панкреатит (ОБП) – заболевание с непредсказуемым характером течения летальность от которого составляет 15-30%. В 75% случаев этиологической причиной развития ОБП, является желчнокаменная болезнь (ЖКБ). В основе лечения данной патологии лежит создание благоприятных условий оттока панкреатического сока и предотвращение прогрессирования воспалительных изменений паренхимы поджелудочной железы. Одним из эффективных методов решения данных проблем, является выполнение эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ). Однако, при этом у пациентов с сочетанным холецистохоледохолитиазом, даже после выполнения ЭПСТ, не устраняется этиологическая причина ОБП – ЖКБ. Поэтому, после купирования первого приступа в 25-61% случаев возникает рецидив ОБП, а также различные осложнения ЖКБ такие как: острый калькулезный холецистит, холедохолитиаз, механическая желтуха и холангит, следовательно, окончательным методом лечения является выполнение ЛХЭ, которая предотвращает развитие вышеописанных осложнений.

Материал и методы. В период с 2017 по 2022 г. были пролечены 133 пациента с ОБП при сочетанном холецистохоледохолитиазе. Пациентам с легкой и средней степенью тяжести ОБП выполняли одноэтапные хирургические вмешательства – ЛХЭ и ЭПСТ и двухэтапные – ЭПСТ с отсроченной ЛХЭ. При тяжелом ОБП выполняли ЭПСТ со стентированием общего желчного и главного панкреатического протоков и без стентирования. Для оценки эффективности различных хирургических вмешательств был произведен сравнительный анализ в группах.

Результаты. В I группу включены 103 пациента с ОБП легкой и средней степени тяжести ОБП. В Ia подгруппу – 54 (52,4 %) пациентов, которым выполняли одноэтапные хирургические вмешательства – ЛХЭ+ЭПСТ, в Ib подгруппу включены 49 (47,6%) пациентов, которым выполняли двухэтапные оперативные вмешательства – ЭПСТ и отсроченная ЛХЭ. Большинство случаев ОБП протекало в легкой степени – 61 (59,2%) пациент, со средней степенью тяжести было 42 (40,8%) пациента. Среди пациентов Ia подгруппы 35 (64,8 %) пациентов с легкой

степенью тяжести ОБП и 19 (35,2%) пациентов – со средней. Среди Ib подгруппы 26 (53,1%) пациентов – с легкой степенью тяжести ОБП и со средней – 23 (46,9%) пациента. Во II-ю группу включено 30 пациентов с тяжелым ОБП, из них в IIa - 17 (56,7%) – те, кому выполнялась ЭПСТ, в IIб - 13 (43,3%) – ЭПСТ + стентирование ОЖП и ГПП. По результатам лечения пациентов I группы: в подгруппе Ia определялись меньший койко-день (6,4±2,8 против 15,2±3,3) и экономические затраты на лечение (89548,2±9225,4 против 156121,3±9987,6) p<0,05. При этом у 19 (38,7%) пациентов подгруппы Ib возникли осложнения, связанные с ЖКБ, в период ожидания ЛХЭ, так у 5 (26,3%) – рецидив ОБП, у 10 (52,6%) – острый калькулезный холецистит, и у 4 (21,1%) холедохолитиаз и холангит. По результатам лечения пациентов II группы: в подгруппе IIб определялись меньший койко-день (75,5±10,4 против 45,2±9,1) и экономические затраты на лечение (1 875 895,2±336 145,5 против 935 810,1±235 168,7) p<0,05. У 9 (52,9%) пациентов подгруппы IIa возникли осложнения, связанные с ЖКБ, из них у 5 (55,6%) – острый калькулезный холецистит, у 4 (44,4%) – холедохолитиаз, холангит.

Заключение. Выполнение одноэтапных хирургических вмешательств, таких как ЛХЭ и ЭПСТ, показано при ОБП легкой и средней степени тяжести, поскольку данная тактика предотвращает развитие осложнений, характерных для двухэтапного лечения. При выполнении одноэтапных вмешательств достоверно сокращаются сроки пребывания пациентов в стационаре, снижаются экономические затраты на лечение. Двухэтапный подход оправдывает себя при ОБП тяжелой степени, однако, чтобы уменьшить число осложнений, связанных с ожиданием выполнения холецистэктомии, ЭПСТ с литоэкстракцией необходимо дополнять стентированием ОЖП и ГПП.

PATHOGENETIC FEATURES OF EXCESSIVE BACTERIAL GROWTH IN THE SMALL INTESTINE IN ACUTE BILIARY PANCREATITIS

Mammadov A.A., Jafarli R.E., Malikova S.A.

Scientific Center of Surgery named after Academician
M.A. Topchubashov, Azerbaijan Medical University,
Baku, Azerbaijan

Diagnosis and treatment of acute biliary pancreatitis remains an urgent and unresolved problem in modern medicine to date. An analysis of the literature showed that insufficient attention has been paid to the impact of appropriate corrective measures on treatment outcomes in the investigation of changes in small bowel bacterial overgrowth syndrome after surgical treatment of CBD. Based on the results of pathophysiological studies, there are 2 main types of AIDS in the small intestine. The authors associated type I small intestine contamination with gram-positive bacteria passing through the upper respiratory tract and esophagus, due to the reduction in gastric acidity as well as bactericidal activity of bile and pancreas. AIDS type II in the small intestine is characterized by the proliferation of gram-negative bacteria in the large intestine, impaired intestinal cleansing or pathological connections between the small and large intestines. AIDS is a condition characterized by an increase in the number and quality of small intestinal bacteria. Insufficient attention was paid to the study and correction of changes in the small intestine associated with AIDS after surgical

treatment of PD against the background of biliary tract disease. Although the “gold standard” for diagnosing AIDS is the culture of small intestine aspirate, its clinical implementation is difficult for methodological reasons, so the use of the H2 breath test in the clinic for diagnosing bacterial overgrowth is considered more effective and affordable.

Therefore, little attention has been paid to investigating and correcting AIDS-related changes in the small intestine after surgical treatment of BP associated with biliary tract disease. The development of pathogenic microflora in the intestine after cholecystectomy due to bile acid deficiency leads to changes in pain, diarrhea, malabsorption syndrome, as well as exacerbation of BP, which leads to poor quality of life and treatment outcomes in patients.

All of the above are important in evaluating and correcting the status of AIDS in the small intestine during CKD treatment to improve treatment outcomes.

ПАНКРЕОНЕКРОЗДЫ ЕМДЕУДЕ ЭФФЕРЕНТТІ ТЕРАПИЯНЫ ҚОЛДАНУ

Султаналиев Т.А., Джумабеков А.Т., Жарменов С.М.,
Калиева С.С., Артыкбаев А.Ж.

«Қазақстандық Қоғамдық денсаулық сақтау мектебі»

Қазақстандық медицина университеті, хирургиялық аурулар
кафедрасы, Алматы қ., Қазақстан Республикасы

Зерттеудің мақсаты – панкреонекрозды кешенді емдеудегі эфферентті терапия әдістерінің тиімділігін зерттеу.

Материалдары мен әдістері. Панкреонекрозы бар 21 пациентке (19 (91,3%) ер адам және 2 (8,7%) әйелге) зерттеу жүргізілді, 18-ден 62 жасқа дейін. Некротикалық зақымдану сипаты бойынша: геморрагиялық панкреонекрозбен 8 науқас (34,7%), майлы – 1 (4,3%) және аралас – 12 (61%) жағдайда болған. Себеп факторлары: алиментарлық – 47,8%, алкогольді асыра пайдалану – 34,8%, белгіленбеген – 17,4%. Аурудың ұзақтығы бойынша – науқастардың 80,1% аурудың басталуынан 12-24 сағаттан кейін түскен. Пациенттердің жағдайының ауырлығы АРАСНЕ-II шкаласы бойынша бағаланды. SOFA шкаласы бойынша көп ағзалы дисфункцияның айқындылық дәрежесі. Барлық науқастарға дәстүрлі кешенді клиникалық-зертханалық және аспаптық тексеру жүргізілді.

Науқастар 2 топқа бөлінді: негізгі (1 топ) – 11 пациент (барлық ерлер, әйелдер жоқ), эфферентті терапия әдістерімен толықтырылған стандартты қарқынды терапия алды (гемодиализация және плазмаферез); бақылау (2 топ) – стандартты терапия және дәстүрлі мөжбүрлі диурез алған 10 адам (8 еркек және 2 әйел).

АРАСНЕ II шкаласы бойынша ауырлық 1 топта $23,2 \pm 1,2$ балл, 2 топта $23,4 \pm 2,3$ балл болды. SOFA шкаласы бойынша ауырлық 1-топта $12,3 \pm 0,1$ балл, 2-топта $12,1 \pm 0,1$ балл болды. Стационарға түскен кезде жағдайдың ауырлығы бойынша топтар арасында айырмашылықтар болған жоқ.

Нәтижелері. 1-топтағы науқастарда гемодиализацияның 3 сағатына қарай ЖБЖ 16,5%-ға, ЖЖЖ сиретілуі аясында 12%-ға ұлғайғаны байқалды. Шамалы жоғарылаған ОЭД 3 күннің басында қалыпқа келді. Гемоконцентрация және гиповолемия есебінен “қызыл қан” көрсеткіштері бойынша қабылдау

сәтінде екі топта да гемоглобин мен эритроциттер деңгейінің жоғарылауы байқалды. Бірақ гемодиализация және интоксикация есебінен эфферентті терапия көрсеткіштері сенімді түрде төмендеді. Лейкоцитоздың қалыпты санға дейін төмендеуі (орташа мәні $9,53 \pm 1,71$) 1-топта 7 күнге белгіленген. 2-топта лейкоциттердің саны артты. ЛИИ 3 тәулікке 1 топта 2 топпен салыстырғанда 40,8%-ға кему байқалды. Қанның биохимиялық анализінде 1 топтағы науқастардағы ақуыз мөлшері 2 топпен салыстырғанда 3-5 тәулікке 10,3%-ға артты. 1 – топтағы мочевина мен креатининнің қалыпты сандарға дейін төмендеуі (мочевина үшін орташа $8,9 \pm 4,15$ және креатинин үшін $99,47 \pm 70,61$) 3 күнге белгіленді, 2-топта-көрсеткіштер жоғарылаған. 1 топтағы жалпы билирубиннің қалыпты сандарға дейін төмендеуі (орташа мәні $21,20 \pm 17,49$) 2 топпен салыстырғанда 3 күнге байқалды. Статистикалық тұрғыдан 2 топпен салыстырғанда АЛТ ($39,88 \pm 26,23$), АСТ ($27,21 \pm 8,23$), амилазаның ($154,01 \pm 100,35$) 3 тәулікке төмендеуі байқалды, кейіннен 7 тәулікке қалыпқа келтірілді. 3-5 күнде екі топта да фибриноген деңгейінің қалыпты мәндерге дейін төмендеуі байқалды. ПТИ көрсеткіштері бастапқыда екі топта да төмендеді, бірақ 1 топтағы 3 күнге қарай көрсеткіштер 2 топпен салыстырғанда тұрақтанды ($75,82 \pm 5,34$). 1 топтағы лактат деңгейі нормаға 7 тәулікке (орташа мәні $1,8 \pm 0,5$ ммоль/л), 2 топта – 15 тәулікке (орташа мәні $1,7 \pm 0,2$ ммоль/л) келді. 1 топтағы науқастарда АРАСНЕ II шкаласы бойынша орташа баллдың екі есе төмендеуі және операциядан кейінгі кезеңнің 2-3 күнінде эндотоксикоз ауырлығының төмендеуі байқалды, 2 топта - тек 15 күнде. SOFA шкаласы бойынша 2 топтағы науқастар ұзақ уақыт бойы ауыр күйде болды, бұл өлімге әсер етті (50%), ал 1 топта өлім 9% болды.

Қорытынды. Панкреонекроз кезінде эфферентті терапия әдістерін емдеу кешеніне ерте енгізу қабыну медиаторлары мен цитокиндердің элиминациясына ықпал етеді, гемодинамиканың, клиникалық және зертханалық көрсеткіштердің ерте тұрақтануын қамтамасыз етеді, мультиағзалық дисфункция синдромының дамуына кедергі келтіреді және өлім-жітімнің төмендеуіне әкеледі. Эфферентті терапияны панкреонекроздың қарқынды терапиясына қосу керек.

ҚАЛАЛЫҚ АУРУХАНА ДЕНГЕЙІНДЕ ЖЕДЕЛ ПАНКРЕАТИТТІ ЖӘНЕ ПАНКРЕОНЕКРОЗДЫ ЕМДЕУДІҢ ЖАҢА ӘДІСІ

Түймебаев А.А., Сайдуллаев Д.Б.

Түркістан қалалық орталық ауруханасы,
Түркістан қ., Қазақстан Республикасы

Зерттеудің мақсаты – соңғы 3 жыл ішінде хирургия бөлімінде жедел панкреатит және панкреонекрозбен ауырған науқастарды оксикам тобының дәрілерін қолдана отырып емделген науқастар мен оксикам тобының дәрілерін қолданбай емделген науқастарды салыстырмалы талдау жасау.

Материалдары мен әдістері. Жедел панкреатит және панкреонекрозбен емделген науқастардың арасында оксикам тобының дәрілерін қабылдаған науқастармен, стандартты ем қабылдаған науқастар арасында, ультрадыбысты зерттеу қорытындысын, компьютерлік томография қорытындысын, ла-

бораторлы анализдер қорытындысын салыстырмалы таудау жасау, ретроспективті анализ жасау.

Нәтижелері. Жедел панкреатит және панкреонекрозға шалдыққан науқастарға оксикам тобының дәрілерін қолдана отырып емдеген кезде-ауру сезімі, диспепсиялық симптомдар 2-3 ші тәулікте азайды, лабораториялық корсеткіштер тезрек томендеді, отаға көрсеткіштер мүлдем болған жоқ және де ауруханда жату тәулігі азайды. Ал стандартты консервативті, протеаз ингибиторларын (сандостатин) қолдана отырып, ем алған науқастарда: ұзақ уақыт ауру сезімі сақталды, диспепсиялық симптомдар ұзақ уақыт сақталды, лабораторлы көрсеткіштер төмендеуі бәсеңдеді, жиі ұйқы безінің деструкциялық бұсылыстарына, перитониттің дамуына алып келді.

Қорытынды. Жедел панкреатит және панкреонекрозды емдеу үшін-оксикам тобының стероидты емес қабынуға қарсы дәрілерін қолдана отырып антимиediatorлы терапия жасауды ұсынамын. Панкреонекрозбен ауыратын науқастарды емдеу тактикасы патологиялық процестің патогенетикалық негіздерін жоюға бағытталуы керек. Ұйқы безінің некрозын емдеудегі антимиediatorлық терапия патогенетикалық негізделген және жүйелі асқынулардың даму жиілігі мен өлім-жітімнің бірнеше есе төмендеуіне әкеледі. Өлім-жітім деңгейін төмендетуде түбегейлі бетбұрыс -аурудың дамуының жасушаішілік механизмдерін және патогенетикалық процесті тоқтататын агенттердің бөлшектерін немесе синтезін зерттеуде болуы мүмкін.

ВЫБОР ЛЕЧЕБНОЙ СТРАТЕГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФАЗЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Шабунин А.В.^{1,2}, Бедин В.В.^{1,2}, Коржева И.Ю.^{1,3}, Шиков Д.В.², Колотильщиков А.А.², Бочарников Д.С.², Калашникова Е.А.²

¹Кафедра хирургии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» МЗ РФ, г. Москва, Российская Федерация,

²ГБУЗ «Городская клиническая больница имени С.П. Боткина», г. Москва, Российская Федерация,

³Кафедра эндоскопии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» МЗ РФ, г. Москва, Российская Федерация

Актуальность. Острый панкреатит – одна из наиболее частых экстренных хирургических патологий. В структуре экстренных хирургической заболеваний за 2021 год острый панкреатит занимает 2 место, уступая лишь острому аппендициту. В последние годы отмечен рост числа пациентов с панкреонекрозом. Основная доля – лица трудоспособного возраста. Высокими остаются показатели летальности и послеоперационных осложнений. Все это обуславливает медицинскую, социальную и экономическую значимость проблемы.

Цель работы – улучшить результаты лечения больных панкреонекрозом.

Материал и методы. Проведён анализ результатов лечения 296 пациентов с панкреонекрозом, находившихся в хирур-

гической клинике Боткинской больницы с 2018 по 2021 годы. Определение лечебной стратегии осуществлялось на основании разработанного в клинике принципа «диагностического моделирования панкреонекроза», применяемого в раннюю фазу заболевания и подразделения гнойно-деструктивных осложнений панкреонекроза на «Типы» в позднюю фазу.

Консервативная терапия без последующего оперативного лечения применена у 132 (44,6%) пациентов. Количество летальных исходов среди данных пациентов – 14 (10,6%).

В зависимости от клинко-инструментальной картины и определенной «Модели» панкреонекроза, в раннюю фазу по строгим показаниям применялись малотравматичные способы. Так стентирование главного панкреатического протока выполнено у 25 (8,4%) пациентов. Показание к проведению: диагностированные патологические изменения, локализованные в проксимальных отделах поджелудочной железы, с признаками разобщения панкреатической протоковой системы («Модель III»). Положительный результат (установка стента) наблюдался у 18 (72%) пациентов, у 7 (28%) пациентов не удалось провести эндоскопическое стентирование главного панкреатического протока. Отмечено развитие 4 (16%) осложнений и 2 (8%) летальных исходов.

Чрескожное дренирование под УЗ-наведением как самостоятельный метод использован у 27 (9,1%) больных. Показанием к применению – наличие острых жидкостных коллекторов, доступных дренированию. Количество осложнений – 3 (11,1%), количество летальных исходов среди данных пациентов – 3 (11,1%).

В позднюю фазу заболевания проводилось подразделение на «Типы» панкреонекроза, в зависимости от чего определялся оптимальный способ секвестрэктомии. У 34 (11,5%) пациентов применена эндоскопическая транслюминальная секвестрэктомия. Показанием к использованию послужил диагностированный «Тип I» панкреонекроза. Отмечено 3 (8,8%) осложнения и 1 (2,9%) летальный исход. Видеоассистированная ретроперитонеоскопическая секвестрэктомия применена у 14 (4,7%) пациентов (из них «Тип IIa» диагностирован у 10 пациентов, «Тип IIIa» у 4 пациентов). Количество послеоперационных осложнений – 2 (14,3%), летальность отмечена в 1 (7,1%) случае. Комбинация чрескожного дренирования, видеоассистированной ретроперитонеоскопической секвестрэктомии и открытого способом выполнена у 25 (8,4%) пациентов. «Тип IIb» отмечен у 16 пациентов, «Тип IIIb» у 9 пациентов. Среди данных больных послеоперационные осложнения наблюдались в 3 (12%) случаях, летальность в 4 (16%) случаях. Открытый способ секвестрэктомии использован в лечении 64 (21,7%) пациентов с диагностированным «Типом IV» панкреонекроза. Среди данных пациентов количество осложнений составило 7 (10,9%), летальность – 10 (15,6%).

Результаты. Общая летальность составила 35 (11,8%). Послеоперационная – 21 (12,8%). Количество послеоперационных осложнений – 22 (13,4%).

Закключение. Клинко-диагностическое моделирование в раннюю и «типирование» в позднюю фазу заболевания позволяют осуществить выбор оптимальной лечебной тактики и служат причиной улучшения результатов лечения больных панкреонекрозом.

IV. ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ

TREATMENT OF ACUTE CHOLECYSTITIS IN ELDERLY PATIENTS

Agayev R.M., Jafarli R.E.

*Scientific Center of Surgery named after Academician
M.A. Topchubashov, Azerbaijan Medical University,
Baku, Azerbaijan*

Relevance. Despite recent advances in modern medicine, improving the outcome of treatment of acute cholecystitis in the elderly patients has not lost its relevance. While the overall mortality from acute cholecystitis is 2-10%, this figure can reach 15-26% in elderly and senile patients. It is known that laparoscopic surgery is currently recognized as the «gold standard» in the treatment of many diseases, including calculous cholecystitis. However, despite the well-known advantages of laparoscopic cholecystectomy (LC) (less trauma, faster rehabilitation, higher quality of life for patients), its use in elderly and elderly patients is sometimes considered a contraindication.

Purpose: to improve long-term results by re-analysis of contraindications, indications and techniques used during laparoscopic cholecystectomy in the treatment of acute cholecystitis in elderly patients.

Material and methods. The study is based on the treatment results of 37 elderly patients with acute cholecystitis between 2015-2022. The patients were 26 women and 11 men. It was determined that the history of gallstone disease was between 1 and 15 years. For a comparative analysis of treatment outcomes, patients were divided into 2 groups: 18 patients were included in Group I and conventional guidelines were followed during their treatment. 4 patients were considered laparoscopic, 14 patients were considered LC contraindications (acute inflammatory process, cardiovascular failure), open cholecystectomy was performed; 19 patients were included in the second group. Surgical treatments were performed laparoscopically. It should be noted that we take special precautions to prevent complications in group II patients. First of all, we did not increase the volume of the injected gas above 6-8 mmHg. while providing pneumoperitoneum during surgery in patients with heart failure. To ensure comfort in the operating room, we passed the gallbladder through the skin to fix it on the anterior abdominal wall and ensured the patient's maximum vertical position. When the gallbladder is destroyed, or when it is difficult to activate the elements of the gallbladder during surgery (infiltration or exposure), the gallbladder is completely opened by the physical field, draining first, then the artery is identified and mobilized. We performed intraoperative cholangiography in 6 patients due to large and dense common bile duct.

Results and conclusion. The long-term results were evaluated according to the analysis of the postoperative period from 6 months to 2 years. Comparative results showed that LC was better in patients who had undergone surgery. This was mainly noted by patients who experienced less trauma, fewer pain syndromes in the postoperative period and a more comfortable rehabilitation period. 33,3% of patients in group I and 57,9% of patients in the main group achieved excellent long-term results. Good results were found in 55,6% and 31,6% of patients in groups I and II, and satisfactory results in 11,1% and 10,5%, respectively. They help reduce contraindications to LC and improve the quality of life of patients, expanding the scope of specific preventive and curative measures in the treatment of acute cholecystitis in elderly patients.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА

Аймагамбетов М.Ж., Әуенов М.Ә., Абдрахманов С.Т.,
Омаров Н.Б., Булегенов Т.А., Масалов А.Е., Мұқаш Е.Ә.
*НАО «Медицинский университет Семей»,
кафедра госпитальной и детской хирургии,
г. Семей, Республика Казахстан*

Цель исследования – анализ результатов совершенствования оперативного лечения больных с синдромом механической желтухи доброкачественного генеза.

Материал и методы. В основу исследования положен опыт работы взрослого хирургического отделения университетского госпиталя НАО «Медицинский университет Семей» (НАО «МУС»), на клинических базах кафедры госпитальной и детской хирургии. Проанализированы результаты хирургического лечения 163 больных желчнокаменной болезнью (ЖКБ), осложнённой механической желтухой доброкачественного генеза (МЖДГ), находящихся на лечении в период с 2017 по 2022 г. Соотношение мужчин было 65 (39,9%), женщин – 98 (60,1%). Средний возраст составил 67,6±1,3 лет. Все пациенты в зависимости от применяемого метода лечения были разделены на две группы (основную и группу сравнения).

В основную группу вошли 79 (48,5%) пациентов, в возрасте от 19 до 88 лет (67,5±1,3), которым была выполнена холецистэктомия (ХЭ) с интраоперационной холангиографией (патент РК №90500) и фиброхоледохоскопией с использованием разработанного проводника (патент РК №4460). Из них, у 52 (65,8%) пациентов был применен способ реконструкции в виде холедоходуоденоанастомоза по методике клиники (патент РК №108142); у 9 (11,4%) – способ гепатикохоледохоеюностомии при синдроме Мирizzi III-IV типа (патент РК №107273); у 11

(13,9%) – способ холецистогепатикохоледохопластики при холецистогепатикохоледохоальных свищах III-IV типа (патент РК №107801); у 7 (8,9%) – способ разобщения холецистодуоденального свища при синдроме Мириizzi Va типа, по классификации Csendens–Beltran 2008 г. (патент на изобретение РФ №2019107425).

В группу сравнения вошли 84 (51,5%) пациента, в возрасте от 27 до 84 лет ($67,8 \pm 1,4$), которым была выполнена ХЭ с ИОХГ и ФХС в традиционном варианте. Из них, у 54 (64,3%) пациентов был сформирован ХДА по Юрашу-Виноградову; у 8 (9,5%) – выполнена холедохолитотомия с дренированием холедоха по Керу; у 13 (15,5%) – гепатикоюностомия на отключенной петле по Ру; у 9 (10,7%) – гепатикоюностомия с межкишечным анастомозом по Брауну и заглушкой по Шалимову. Пациенты с МЖДГ были госпитализированы в стационар как в экстренном, так и в плановом порядке. В большинстве случаев – 89% больных госпитализировались по экстренным показаниям. Распределение данного показателя по выделенным группам не имело различий ($\chi^2=0,016$, $p>0,1$). В нашем исследовании мы установили, что наиболее часто при синдроме МЖДГ отмечается болевой синдром у 143 (87,7%) пациентов, внешние проявления желтухи – у 139 (85,3%). Признаки холангита были выявлены у 48 (29,4%) пациентов.

В основной группе выполнялись четыре вида реконструктивных оперативных вмешательств, разработанные в клинике госпитальной и детской хирургии НАО «МУС», в большинстве наблюдений операция была проведена в соответствии с первым способом (холедоходуоденоанастомоз по методике клиники) – 65,8%.

В группе сравнения также выполнялись четыре вида традиционных оперативных вмешательств, и в большинстве из них был применен холедоходуоденоанастомоз по Юрашу-Виноградову – 64,3%.

Оценка связи качественных признаков по величине инерции и оценка значимости этой связи по критерию χ^2 Пирсона, при ограничении численности рассматриваемых категорий $n<10$ использовали двусторонний точный критерий Фишера. В качестве граничного показателя статистической значимости принимали $p<0,05$.

Результаты. Для оценки тяжести послеоперационных осложнений использовалась шкала Clavien-Dindo. В послеоперационном периоде наблюдались следующие осложнения: в общей сложности наблюдалось 6 (7,5%) осложнений в основной группе у 4 пациентов, причем только в 1 случае было определено осложнение II степени по шкале Clavien-Dindo.

В группе сравнения имели место 17 (20,2%) различных осложнений, включенных в классификацию по шкале Clavien-Dindo, у 13 пациентов. Различия между сравниваемыми группами имели статистическую значимость ($\chi^2=7,922$, $p=0,005$). В основной группе летальных исходов не было. В группе сравнения летальность составила 4,8%, причинами которых явились: в 2 случаях печеночно-почечная недостаточность на фоне тяжелой интоксикации, в 1 случае массивная тромбоземболия легочной артерии, в 1 – синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания, которые развились на 2-3-е сутки после операции.

Заключение. Применение разработанных хирургических инструментов и способов хирургического лечения механиче-

ской желтухи доброкачественного генеза позволяют улучшить результаты хирургического лечения. Снижает частоту осложнений 2,69 раза ($p=0,015$); снижает уровень болевого синдрома, позволяет восстановить отток желчи, исключить использования каркасного дренажа и предупредить развитие стриктуры, что улучшает отдаленные результаты лечения больных с механической желтухой доброкачественного генеза, а также уменьшить продолжительность госпитализации.

ПРИМЕНЕНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО АЛГОРИТМА В ТАКТИКЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Аймагамбетов М.Ж., Омаров Н.Б., Абдрахманов С.Т., Әуенов М.Ә., Булегенов Т.А., Масалимов Е.О., Масалов А.Е., Мұқаш Е.Ә., Аужанов Д.Б.

НАО «Медицинский университет Семей»,
кафедра госпитальной и детской хирургии,
г. Семей, Республика Казахстан

Цель исследования – изучить результаты применения алгоритма диагностики и тактики хирургического лечения острого обтурационного калькулезного холецистита у больных с избыточной массой тела.

Материал и методы. Нами разработан и использован алгоритм диагностики и тактики хирургического лечения больных острым калькулезным холециститом (ОКХ) с избыточной массой тела. Больные разделены на 2 группы: контрольная группа согласно действующему протоколу $n=80$, 21 мужчин и 59 женщин в возрасте от 22 до 73 лет (средний возраст $58,7 \pm 4,5$ года). И $n=71$ основная группа с применением разработанного алгоритма, 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%. Произведен сравнительный анализ результатов лечения в двух группах. Алгоритм разработан на основании УЗИ данных у прооперированных пациентов в хирургическом отделении УГ НАО «МУС» за 2019 год по поводу ОКХ. Всем больным до операции проводилось УЗИ брюшной полости. В ходе исследования, разработали алгоритм диагностики, позволивший определить тактику хирургического лечения у больных с ОКХ с избыточной массой тела.

В основу был взят разработанный ранее нами «Способ ультразвуковой диагностики острого обтурационного калькулезного холецистита», на который получен патент на изобретение РК №32469 от 03.05.2016 г., заключающийся в том, что при УЗИ у больных наряду со стандартными замерами желчного пузыря дополнительно производятся замеры диаметра O_1 и O_2 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 больной страдает ожирением, то проводим стандартное ультразвуковое исследование брюшной полости и УЗИ желчного пузыря с измерением двух диаметров D_1 и D_2 в максимальном поперечном сечении, но после проведения местной инфильтрационной анестезией 50-100 мл 0,5%

раствора новокаина области проекции ЖП с целью создания акустического окна для лучшей проводимости ультразвука при УЗИ диагностике. При одинаковом диаметре $D1=D2$, и форма поперечного сечения желчного пузыря 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.

Соответственно в таких случаях при отсутствии признаков инфильтрата, ЖП с четкими контурами, при нормальном холедохе нужно проводить лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ). В случае, когда ЖП с признаками инфильтрата, имеет вид сморщенного ЖП с не четкими контурами или с расширением холедоха, нужно произвести малоинвазивную холецистэктомию минидоступом, в частности с применением универсального ранорасширителя с набором инструментов для больных с избыточной массой тела и ожирением. 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 малоинвазивную холецистэктомию минидоступом, в частности с применением универсального ранорасширителя с набором инструментов для больных с избыточной массой тела и ожирением или ранорасширителями типа «Лига-7», «San» или произвести ЛХЭ.

У больных с острым обтурационным калькулезным холецистом показано радикальное оперативное лечение – холецистэктомия в срочном порядке. Общие противопоказания к эндовидеохирургической операции являются, показанием холецистэктомии из минидоступа. Выполняя лапароскопическую холецистэктомию, при возникновении трудности во время операции, можно произвести конверсию на минидоступ или на традиционную холецистэктомию. Если выполняя холецистэктомию из минидоступа сталкиваемся с затруднениями, то производим конверсию на традиционную холецистэктомию. И как правило, если в течении 30 мин нет прогресса во время операции или возникло интраоперационное осложнение, надо переходить на традиционную холецистэктомию.

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.

Результаты. Все пациенты были оперированы. 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 усовершенствованного метода УЗИ желчного пузыря позволило значительно снизить продолжительность

периода диагностики (в 2,7 раза, $p<0,001$). Соответственно, снизилась продолжительность предоперационного пребывания пациентов в стационаре (в 3,2 раза, $p<0,001$).

Средняя продолжительность оперативного вмешательства в основной группе была незначимо ниже, чем в группе сравнения.

Частота интраоперационных осложнений была незначительной в обеих группах и не имела существенных различий. При применении алгоритма удалось существенно сократить продолжительность пребывания пациентов в стационаре (на 3,8 койко-дня, 35,2%, $p=0,022$). В целом практически все значимые клинические параметры стационарного лечения при использовании разработанного алгоритма и комплекса подходов в диагностике и лечении удалось улучшить.

Заключение. Разработанный алгоритм диагностики и тактика хирургического лечения острого калькулезного холецистита у больных с избыточной массой тела позволяет существенно сократить продолжительность пребывания пациентов в стационаре (на 3,8 койко-дня, 35,2%, $p=0,022$) и соответственно, снизить продолжительность предоперационного пребывания пациентов в стационаре (в 3,2 раза, $p<0,001$).

РЕЗУЛЬТАТЫ ГАСТРОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ И ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

**Айтбаев Ч.А., Жексембаев А.А., Спатаев Ж.С.,
Мукажанов А.К., Дигай А.К., Шарменов А.А.**
*ТОО «Национальный научный онкологический центр»,
Центр гепатопанкреатобилиарной хирургии,
онкогепатологии и трансплантации органов,
г. Нур-Султан, Республика Казахстан*

Актуальность. В 2020 году в Казахстане заболели раком поджелудочной железы (РПЖ) и большого дуоденального сосочка 1143 человека, из них 810 умерли. В структуре смертности Казахстана составляет 4,3%. Результаты лечения РПЖ и анализ клинко-эпидемиологических данных важны для улучшения отдаленных результатов лечения пациентов с РПЖ.

Цель исследования – оценить результаты проведенных гастропанкреатодуоденальных резекций в ТОО «Национальный научный онкологический центр».

Материал и методы. В данное исследование включены пациенты с раком поджелудочной железы, проходившие лечение в ТОО «Национальный научный онкологический центр» за период 2019-2021 гг. Всего было проведено 64 гастропанкреатодуоденальной резекции (ГПДР). Клинико-демографические данные пациентов были собраны из историй болезни и ретроспективно проанализированы. Средний возраст составил 58 лет (min – 40 лет, max – 76 лет), ЕГОС 0-26 (40,9%), I – 29 (45%), II – 6 (9%), III – 2 (3%), IV – 0 (0%). ИМТ средний – 25 кг/м², min – 16 кг/м², max – 39 кг/м².

Результаты. Желтуха 45 (70%), ЧХХС – 22 (48,8%), билиарный стент – 10 (22%). Средняя продолжительность операции – 351 мин, min – 200 мин, max – 540 мин. Послеоперационный койко-день – 15±4 сут. Объем интраоперационной кровопотери – средний 379 мл, min – 50 мл, max – 200 мл.

Среди пациентов, перенесших ГПДР, встречались такие послеоперационные осложнения по классификации (ISGPF от 2016 г): гастростаз у 5 (7,8%) пациентов, панкреатический свищ у 5 (7,8%), кровотечение у 5 (7,8%), желчетечение у 2 (3,1%), релапаротомия у 3 (4,6%), без осложнений у 47 (73%) пациентов.

По данным патолого-гистологического исследования, пациенты с I стадией – 9 (15,7%) человек, II стадией – 32 (56%), III стадией – 13 (22,8%) и IV стадией – 3 (5,2%)

Заключение. ГПДР – сложная, высокотехнологичная операция, которая имеет серьезные риски. Однако данная эта операция преимущественный вариант лечения больных с раком периапулярной зоны. Наш относительно небольшой опыт показывает тенденцию сближению к мировым статическим данным. В наших планах продолжить работу по улучшению и развитию тактики ведения больных касаемых операции Whipple.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ПРОТОКА ПРИ ПАНКРЕАТО-ПЛЕВРАЛЬНОМ СВИЩЕ

Акбаров М.М., Джуманиязов Ж.А., Сайдазимов Е.М., Миролимов М.М., Раззоков Н.Р.

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

Введение. По данным литературы за последние годы число больных с повреждениями поджелудочной железы значительно возрастает и довольно часто осложняется наружным или внутренним панкреатическим свищом. В большей степени это связано с улучшением и развитием новых методов диагностики свищей поджелудочной железы. Несмотря на явный прогресс в вопросе хирургической панкреатологии, до настоящего времени нет единого мнения относительно радикального лечения посттравматических внутренних свищей поджелудочной железы. Для ликвидации панкреатического свища в арсенале хирургов имеются только оперативные вмешательства: резекция поджелудочной железы (ПЖ) и внутреннее дренирование протоковой системы ПЖ с формированием фистулодигестивных анастомозов. Сегодня все больше внимания уделяется миниинвазивным методам лечения той или иной патологии, в отдельных случаях достигая статуса «золотого стандарта». Единичные сообщения встречаются в литературе при свищах. По данным некоторых авторов у 37% случаях эндоскопическое стентирование является как окончательным методом лечения.

В основу работы было показано наблюдение успешного лечения посттравматического внутреннего панкреатического свища (вирсунго-плевральный), осложненным пневмонией, где был использован миниинвазивный метод ликвидации свища.

Клинический случай. Больная Г., 56-и лет поступила 02.04.2021 г. в экстренном порядке в приемное отделение ГУ «РСНПМЦХ имени академика В. Вахидова». Жалобы при поступлении на приступообразные боли в эпигастральной области и левой половине живота, на постоянный кашель с выделением слизистой мокроты, выраженную одышку при незначительной физической нагрузке, общую слабость, быструю утомляемость.

Болеет с марта 2016 г., когда попала в ДТП, получила тупую травму живота. По поводу чего больная была оперирована по месту жительства (Хорезмская область), выполнено ушивание разрыва печени. В раннем послеоперационном периоде была выполнена пункция плевральной полости слева, эвакуирована около 150 мл жидкости соломенного цвета. Выписана на амбулаторное наблюдение в удовлетворительном состоянии, однако через месяц больную стали беспокоить приступообразные боли в эпигастральной области, опоясывающего характера. Приступы стали ежедневными, частично купировались самостоятельным приемом спазмолитиков. В начале ноября 2016 г. присоединилась одышка при незначительной физической нагрузке и приступообразная кашель с выделением слизистой мокроты. Обследования: общий анализ крови: гемоглобин – 101 г/л, эритроциты – 3,1 млн., лейкоциты – 7,6 тыс., п/я – 15%, с/я – 50%. Общий анализ мочи без изменений. Биохимический анализ крови: диастаза – 440 Ед/л, общий билирубин – 20 ммоль/л, прямая фракция – 0 ммоль/л, белок – 60 г/л, К – 4,4 ммоль/л, натрий – 126 ммоль/л, АсАТ – 77 ммоль/л. Рентгеноскопия грудной клетки: очаговая пневмония слева. Гидроторакс слева. На МСКТ органов грудной клетки (01.04.2021 г.): признаки обширного участка инфильтрации и деструкции нижней доли левого легкого, связанного через дефект диафрагмы с забрюшинным пространством слева (вирсунгоплевральный свищ?). Множественные очаги и участки инфильтрации легочной ткани обеих легких. На МРТ органов брюшной полости (02.04.2021 г.): признаки наличия дефекта тела поджелудочной железы, с образованием вирсунго-плеврального свища слева.

Больной в отделение проводилась противопанкреатическая, антибактериальная, инфузионная и общеукрепляющая терапия, также проводилась респираторная терапия, включая небулайзерную терапию с беродуалом, дыхательная гимнастика. Несмотря на проведенную консервативную терапию, положительной динамики не отмечалось, сохранялись боли в эпигастральной области, уровень диастазы в крови поднялся до 600 Е/л.

10.04.2021 г. больному выполнена эндоскопическая ретроградная вирсунгография, для исследования использовано контрастное вещество тразограф 76%. Свищ имеет вертикальное положение на протяжении 6-7 см рядом с тенью позвонка справа. В дистальный отдел вирсунгового протока установлен панкреатико-дуоденальный «потерянный» дренаж длиной 5 см с расположением дистальной части 1,5 см дренажа в просвете двенадцатиперстной кишки. По дренажу в просвет кишки активно выделяется прозрачный секрет поджелудочной железы. Зона впадения свища перекрывается дренажом. Контраст из вирсунгового протока быстро эвакуируется в просвет кишки. В свищевом ходе отмечается контраст при контроле через 17 минут.

После манипуляции отмечается положительная динамика, боли купировались, нормализовался сон, отмечается резкое уменьшения приступов кашля. Через 2-е суток после ЭРПГ и проведения вышеуказанной комплексной консервативной терапии больной выполнена рентгеноскопия грудной клетки, на котором разрешение признаков пневмонии. В анализах отмечается значительное снижение уровня диастазы в крови до 200 Ед/л.

Заключение. Таким образом, операции направленные на устранение панкреатикоплевральных свищей относятся к наиболее сложным в абдоминальной хирургии и сопровождаются значительным количеством осложнений. На сегодняшний день,

развитие эндоскопических технологий, позволило прийти к альтернативным способам решения проблемы внутренних панкреатических свищей. Миниинвазивность технологий в сочетании с радикальностью позволяет значительно улучшить результаты лечения больных с подобной патологией.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА МИРИЗЗИ

Акбаров М.М., Нишанов М.Ш., Миролимов М.М., Усмонов А.А., Примов З.М., Гайбуллаев Т.З.

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

Цель исследования – улучшение результатов лечения больных с синдромом Мириizzi путем создания научно-обоснованной системы диагностики и выбора оптимальной хирургической тактики.

Материал и методы. В ГУ «РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова» за последние 28 лет наблюдались 127 больных с синдромом Мириizzi, что среди 13 885 пациентов желчно-каменной болезнью составляет 0,91 % или 1,04% от всех 12 128 больных, которым произведена холецистэктомия. Возраст больных колебался от 30 до 78 лет (в среднем 55,5±7,86 лет), женщин – 92, мужчин 35 (соотношение 3,1:1). Больные распределены согласно классификации Csendes: I тип синдрома выявлен у 42 больных; II тип – у 38 больных; III тип – у 34 больных и IV тип синдрома диагностирован у 13 больных.

Результаты. Тактика хирургического лечения больных с синдромом Мириizzi строилась в зависимости от типа синдрома. Как и многие авторы, мы одобряем открытые методы хирургической коррекции синдрома Мириizzi, которые включают в себя частичную (субтотальную) холецистэктомию с наложением швов на свищевое отверстие и дренированием холедоха T-образной трубкой, пластику желчного протока оставшейся частью желчного пузыря, гепатикоюностомию по Roux. При этом холецистэктомия выполнена у 21 больных с I типом синдрома; холецистэктомия с дренированием холедоха по Керу выполнена у 37 больных преимущественно со II типом синдрома; холецистэктомия с пластикой и дренированием гепатикохоледоха по Керу – у 31 больных преимущественно с III и IV типами синдрома; холецистэктомия с дренированием холедоха по Холстеду-Пиковскому – у 9 больных с I типом синдрома и у 6 больных с IV типом наложена гепатикоюностомия в виду полного разрушения стенки гепатикохоледоха. Лапароскопическая холецистэктомия произведена у 18 больных с I типом синдрома Мириizzi и у 2 больных со II типом лапароскопическая холецистэктомия дополнена дренированием холедоха по Керу. В ближайшем послеоперационном периоде встречались следующие осложнения: недостаточность швов различной степени выраженности у 6 (4,7%) больных; прогрессирование печеночной недостаточности у 4 (3,14%) больных и другие осложнения у 9 (7,0%) больных. В послеоперационном периоде от прогрессирования печеночно-почечной недостаточности умерли 4 (3,14%) больных. Отдаленные результаты изучены у 48 больных, из них у 4 больных возникли стриктуры гепатикохоледоха, что привело к повторным реконструктивным вмешательствам.

Заключение. Дальнейшая разработка алгоритмов диагностических и лечебных мероприятий при выявлении синдрома Мириizzi позволит избежать большого числа травм желчных путей и других жизненно важных анатомических структур, уменьшить частоту перехода на лапаротомию при осложненных формах холецистита и исключить осложнения, связанные с нарушениями желчеоттока. Оптимизация дооперационного обследования, разработка хирургической тактики и новых методов оперативных вмешательств позволяют в перспективе значительно улучшить результаты хирургического лечения у данной категории больных.

ПОВРЕЖДЕНИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТOKОВ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Акбаров М.М., Нишанов М.Ш., Туракулов У.Н., Йигиталиев С.Х., Миролимов М.М., Примов З.М.

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

Актуальность. За последние 2 десятилетия как и во многих странах мира, так и в Узбекистане отмечается увеличение числа больных с заболеваниями желчевыводящих путей. Увеличилось и число операций, проводимых на желчном пузыре и протоках печени. Вместе с тем наблюдается увеличение частоты повреждений желчных протоков в 2-4 раза, составляя от 0,22 до 1,86%. Внедрение лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) повлекло за собой заметное увеличение частоты и тяжести повреждений желчных протоков. При травме желчных протоков её лечение представляет исключительную сложность, требующую длительного лечения, дорогостоящих лечебно-диагностических манипуляций, приводящие к серьезной инвалидизации больных. Летальность составляет 8-17%, осложнения при операциях возникают до 47%, развитие посттравматических стриктур желчных протоков до 30-55%.

Цель исследования – улучшение результатов хирургического лечения больных с повреждениями и рубцовыми стриктурами желчных протоков после ЛХЭ.

Материал и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения 48 больных с повреждениями и рубцовыми стриктурами магистральных желчных протоков (МЖП) после ЛХЭ за период с 2000 по 2016 гг. Среди пролеченных больных мужчин было 12 (25%), женщин – 36 (75%). Возраст пациентов составил от 19 до 80 лет. По нашим данным повреждения МЖП отмечены у 17 (0,26%) больных на 6521 холецистэктомий. 31 пациент обратились из других стационаров. У 12 (25%) больных повреждения МЖП выявлены интраоперационно, у 36 (75%) больных повреждения МЖП выявлены интраоперационно, у 36 (75%) больных повреждения МЖП выявлены интраоперационно, у 36 (75%) больных повреждения МЖП выявлены интраоперационно, у 36 (75%) больных повреждения МЖП выявлены интраоперационно. Всем больным проведено комплексное обследование, включая РПХГ, ЧХС и МРТ-холангиографию.

Результаты. При интраоперационном повреждении желчных протоков (n=12) у 7 больных имелось полное пересечение протока, у 5 краевое повреждение. У 14 больных операции направленные на восстановление анатомии желчных протоков были выполнены сразу, 3 выполнены в 2 этапа. При выявлении повреждений желчных протоков в послеоперационном периоде (n=36) выполняли одно- или двухэтапные операции в зависи-

мости от наличия инфильтративно-воспалительных изменений подпеченочной области. Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде наблюдали у 10 (20,8%) больных, из них у 2 (4,1%) с летальным исходом. В отдаленном периоде неудовлетворительные результаты наблюдали у 15 (31,2%) больных, причем стеноз ГепЕА у 5 (33,3%) больных, стеноз билио-билиарного анастомоза у 10 (66,6%). Повторные оперативные вмешательства потребовались 11 (22,9%) больным. Лучшие результаты получены в группе больных, где операции выполнялись при интраоперационном обнаружении травм МЖП. Из 12 больных этой группы хорошие ближайшие и отдаленные результаты получены у 84,3% больных. Основной операцией при полном пересечении и рубцовой стриктуре МЖП является ГепЕА на выключенной петле тонкой кишки по Ру с применением прецизионной техники, что выполнено у 29 больных с хорошим отдаленным результатом в 95,3% случаях. ГепЕА без каркасного дренирования значительно сокращает сроки лечения больных, однако эту методику удалось выполнить только у 11 больных этой группы.

Заключение. Причиной неудач в лечении повреждений и рубцовых стриктур после ЛХЭ являются несвоевременность диагностики и выполнение неадекватных по объему операций, которые могут привести к ухудшению качества жизни и инвалидизации больных, а также к летальным исходам.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ СО «СВЕЖИМИ» ПОВРЕЖДЕНИЯМИ МАГИСТРАЛЬНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Акбаров М.М., Туракулов У.Н., Нишанов М.Ш.,
Миролимов М.М., Усмонов А.А., Раззаков Н.Р.

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

Актуальность. За последние 2 десятилетия, как и во многих странах мира, так и в Узбекистане отмечается увеличение числа больных с заболеваниями желчевыводящих путей. Увеличилось и число операций, проводимых на желчном пузыре и протоках. Вместе с тем наблюдается увеличение частоты повреждений желчных протоков в 2-4 раза, составляя от 0,22 до 1,86%. Внедрение лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) повлекло за собой заметное увеличение частоты и тяжести повреждений желчных протоков. При травме желчных протоков её лечение представляет исключительную сложность, требующую длительного лечения, дорогостоящих лечебно-диагностических манипуляций, приводящие к серьезной инвалидизации больных. Осложнения при операциях возникают до 47%, развитие посттравматических стриктур желчных протоков до 30-55%.

Цель исследования – улучшение результатов хирургического лечения больных со «свежими» повреждениями магистральных желчных протоков.

Материал и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения 145 больных со «свежими» повреждениями магистральных желчных протоков (МЖП) за период с 2010 по 2021 г. Среди пролеченных больных мужчин было 43 (29,65%), женщин – 102 (70,35%). Возраст пациентов составил от 22 до 80 лет. По нашим данным повреждения МЖП отмечены у 145 (1,80%) больных на 8023 холецистэктомий (ХЭ), из них

у 36 после ЛХЭ, у 12 после минилапаротомной ХЭ, у 10 после традиционной ХЭ. 87 пациентов поступили из других стационаров. Из них 16 после ЛХЭ, 66 после традиционной ХЭ и 2 больной после минилапаротомной холецистэктомии. У 34 (23,44%) больных повреждения МЖП выявлены интраоперационно, у 111 (76,56%) больных повреждения были выявлены в раннем послеоперационном периоде.

Результаты. При интраоперационном повреждении желчных протоков (n=34) у 20 больных имелось полное пересечение протока, у 14 краевое повреждение. У 29 больных операции направленные на восстановление анатомии желчных протоков были выполнены сразу, 5 выполнены в 2 этапа. При выявлении повреждений желчных протоков в раннем послеоперационном периоде (n=111) выполняли одно- или двухэтапные операции в зависимости от наличия инфильтративно-воспалительных изменений подпеченочной области. Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде наблюдали у 20 (13,79%) больных, из них у 4 (2,7%) с летальным исходом. В отдаленном периоде неудовлетворительные результаты наблюдали у 47 (42,34%) больных, причем стеноз ГепЕА у 5 (4,50%) больных, стеноз ГепДА у 12 (10,81%), стеноз билио-билиарного анастомоза у 17 (15,31%). Повторные оперативные вмешательства потребовались 30 (27,02%) больным. Лучшие результаты получены в группе больных, где операции выполнялись при интраоперационном обнаружении травм МЖП. Из 30 больных этой группы хорошие ближайшие и отдаленные результаты получены у 27,02% больных. Основной операцией при полном пересечении МЖП является ГепЕА на выключенной петле тонкой кишки по Ру, что выполнено у 70 больных с хорошим отдаленным результатом в 63,06% случаях. ГепЕА без каркасного дренирования значительно сокращает сроки лечения больных, однако эту методику удалось выполнить только у 11 больных этой группы.

Заключение. Причиной неудачной в лечении «свежих» повреждений МЖП являются несвоевременность диагностики и выполнение неадекватных по объему операций, направленных на восстановление желчеоттока путем создания билиобилиарных и билиодуоденальных анастомозов.

ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ СТРИКТУР ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ БИЛИАРНЫХ ПРОТОКОВ

Акбаров М.М., Туракулов У.Н.,
Джуманиязов Дж.А., Миролимов М.М.

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

ТМА, Центр развития профессиональной квалификации
медицинских работников,
г. Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность. Проблема диагностики и лечения рубцовых стриктур внепеченочных желчных протоков (РСВЖП) и наружных желчных свищей (НЖС) остается одной из сложных задач хирургической гепатологии.

В обширной литературе явно прослеживается существенная разноречивость подходов к различным операциям при данной патологии, их результаты далеки от удовлетворительных.

Сохраняются много открытых вопросов в таком направлении хирургической гепатологии, как эндоскопическое билиостентирование.

Цель работы – улучшение результатов хирургического лечения РСВЖП и НЖС с использованием эндоскопических технологий.

Материал и методы. Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРПХГ) занимает ведущие позиции в диагностике и миниинвазивном лечении РСВЖП и НЖС, как и полипозиционная фистулография при распознавании характера патологии и выбора тактики её ликвидации.

За последние 10 лет выполнено 649 ЭРПХГ. Из этого числа ретроградных исследований последующую эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ) выполнили 256 пациентам. При наличии РСВЖП предпринималось бужирование стенотического сегмента, после этого выполнялось стентирование участка сужения. Использовались как стандартные нитиноловые саморасправляющиеся стенты, так и пластиковые стенты, сконструированные в нашем учреждении.

Результаты. Нами выполнено 38 эндоскопических стентирований при РСВЖП и НЖС. В 8 случаях стриктура располагалась в зоне конfluence и носила критический характер, заключающийся в прогрессировании механической желтухи. В 21 случае патология располагалась в зоне слияния желчного протока с пузырным протоком. В 9 случаях препятствие оттоку желчи располагалось в дистальной части холедоха. В результате проведенного эндоскопического лечения после первичного курса восстановление желчеоттока достигнуто у 34 (89,4%) пациентов, в 4 (10,6%) случаях в течение 6-8 месяцев отмечены рецидивы стенозов. По причине рецидива 2 пациентам выполнены реконструктивные хирургические вмешательства, 2 других пациентов пожилого возраста, неоднократно оперированные на желчных путях проходили повторные курсы эндоскопического лечения. В разные сроки (от 6 до 10 месяцев) стенты были извлечены при дуоденоскопии.

Заключение. Метод эндоскопического стентирования билиарных протоков представляется прогрессивным и удобным, при котором пациент не подвергается риску общего наркоза и связанных с ним дальнейших специфических осложнений, нет необходимости лапаротомии. Эффективность миниинвазивных эндоскопических вмешательств при лечении НЖС, развившихся на фоне рубцовых стриктур ВПЖП, наиболее высока при дистальном расположении патологии. По нашим данным, при проксимальном расположении НЖС эндоскопическое вмешательство было неэффективным в 24,2%, тогда как при дистальном лишь в 3,5%.

ПОСТМАНИПУЛЯЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИИ

**Алтыев Б.К., Хашимов М.А., Ешмуратов А.Б.,
Мирзакулов А.Г.**

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

Актуальность. Двухэтапная тактика лечения является современным и достаточно эффективным пособием для лечения

больных с механической желтухой доброкачественного генеза. Ежегодный прирост числа больных с указанной патологией способствует пропорциональному увеличению числа эндоскопических исследований, направленных на первом этапе на декомпрессию билиарной системы. В последующем после стабилизации состояния больного и разрешения картины механической желтухи принимается решение о выполнении того или иного рода окончательного хирургического лечения. Увеличение эндоскопических транспапиллярных вмешательств также способствует росту числа различного рода осложнений.

Материал и методы. С 2015 по 2021 г. в отделении эндоскопии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи выполнено 6402 ретроградных вмешательств, из которых в 13 (0,2%) случаях манипуляции выполнены у детей. Использован видеодуоденоскоп ERX-3500HD Fujifilm. При этом выполнено 4900 эндоскопических папиллосфинктеротомий (ЭПСТ). Мужчин было 1239 (25,3%), женщин – 3661 (74,7%). Возраст был от 10 до 98 лет. Причинами механической желтухи в 4126 (84,2%) случаях был холедохолитиаз, в 774 (15,8%) – стеноз большого дуоденального сосочка (БДС). Осложнения возникли у 101 (2,06%) больных. Умерло 2 (0,04%) пациента.

Результаты. Острый панкреатит (ОП) вследствие контрастирования Вирсунгова протока после ЭПСТ развился у 61 (1,24%) больных. Всем больным назначена консервативная терапия, которая выполнялась в условиях интенсивной палаты или реанимационном отделении. 10 больных с картиной панкреонекроза и перитонита оперировано с использованием лапароскопических технологий. Один больной с панкреонекрозом умер от прогрессирования забрюшинной флегмоны и полиорганной недостаточности.

Клинически значимое кровотечение из папиллотомной раны отмечалось у 39 (0,79%) пациентов. Проводилась консервативная терапия и методы эндоскопического гемостаза, которые были эффективны у 35 (0,71%) больных. 4 (0,08%) пациента оперированы, с последующим выздоровлением. В 1 (0,02%) случае отмечалась перфорация задней стенки двенадцатиперстной кишки. У больного развилась картина забрюшинной флегмоны и сепсиса с последующим летальным исходом.

Причинами ОП после ЭПСТ следует отметить повышение внутрипротокового давления на фоне избыточного введения контраста в Вирсунгов проток, а также травматизация протока при выполнении папиллотомии. Кровотечение при ЭПСТ отмечается относительно часто, которое, как правило, останавливается и протекает без клинической симптоматики. Клинически значимое кровотечение из папиллотомной раны развивалось при анатомических вариациях строения БДС, в том числе при наличии парафатеральных дифертикулов.

Перфорацию задней стенки двенадцатиперстной кишки мы наблюдали на начальных этапах внедрения в клинику методики ЭПСТ. По мере накопления опыта и анализа особенностей анатомического расположения поперечной складки удалось избежать развития этого осложнения в последующих исследованиях.

Выводы. Наиболее частыми осложнениями после ЭПСТ являются развитие ОП и кровотечений из папиллотомной раны. Активный интра- и послеоперационный мониторинг состояния больных после ЭПСТ способствует раннему выявлению и адекватному лечению осложнений.

Таким образом, по мере накопления опыта эндоскопистов, а также выполнение ЭПСТ с учетом анатомических особенностей поперечной складки с изолированной канюляцией билиарной системы позволит минимизировать число осложнений после ЭПСТ. Ранняя диагностика вероятных осложнений после ЭПСТ способствует своевременному использованию миниинвазивных технологий, что приведет к улучшению результатов лечения и уменьшению летальных исходов у больных с механической желтухой доброкачественного генеза.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРИ ОПУХОЛЯХ ПЕРИАМПУЛЯРНОЙ ЗОНЫ

Баймаханов Б.Б., Сейсембаев М.А., Чорманов А.Т., Ибекенов О.Т., Досханов М.О., Баймаханов Ж.Б., Тилеуов С.Т., Каниев Ш.А., Серікұлы Е., Скакбаев А.С., Мукажанов Д.Е.

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

Единственным радикальным методом лечения при раках периамппулярной зоны остается гастропанкреатодуоденальная резекция (ГПДР).

Цель исследования – проведение ретроспективного клинического анализа пациентов со злокачественным образованием периамппулярной зоны перенесших операцию ГПДР.

Материал и методы. В период с 2016 по 05.2022 год в ННЦХ имени А.Н. Сызганова находились 678 пациентов с диагнозом – опухоль периамппулярной зоны. 506 (74,7%) больных в связи с неоперабельностью получали только паллиативные вмешательства или симптоматическую терапию. 167 пациентам со злокачественным опухолем периамппулярной зоны было выполнено ГПДР и 5 пациентам было выполнено тотальная панкреатэктомия. Все пациенты были распределены по двум группам соответственно с локализацией рака, в первой группе с раком ГПЖ (n=98), во второй группе с раком БДС (n=74).

Средний возраст операбельных пациентов составил 57,3 (32-77) лет. В основном преобладали мужчины, в общем количестве на долю мужчин приходился 97 пациентов (56,4%), на долю женщин 75 пациентов (43,6%). Билиарная обструкция наблюдалась у 118 (68,7%) больных. Предоперационное дренирование желчных протоков было выполнено 106 (61,6%) больным. Большинство случаи инвазии рака в воротную вену встречалась у пациентов при опухолях головки поджелудочной железы – 23 (13,4%).

Результаты. Послеоперационные осложнения наблюдались у 107 (62,3%) пациентов: из них панкреатический свищ – 42 (24,5%), лимфорей – 11 (6,4%), эвентрация раны – 9 (5,2%), релапаротомия – 5 (2,8%), кровотечение – 7 (4,0%), перфорация желудка – 1 (0,92%), гастростаз – 7 (4,0%) и панкреатит культи – 21 (12,3%). Госпитальная летальность – 4 случаев (2,3%).

Общая 3-летняя выживаемость после ГПДР составила в пределах 47,2%, 1-летняя выживаемость 62,5%. Кроме того, была анализирована выживаемость пациентов, проходивших и не проходивших химиотерапию после перенесенной ГПДР.

Если 1-летняя выживаемость пациентов при первой группе

с химиотерапией составила 73,2%, то без химиотерапии 43,2%. 3-летняя выживаемость с химиотерапией составило 52,8%, без химиотерапии 37,3%. Во второй группе 1-летняя выживаемость с химиотерапией составило 72,4%, без химиотерапии 63,7%. 3-летняя выживаемость с химиотерапией составило 59,3%, без химиотерапии 47,7%.

Заключение. Таким образом, 3-х летняя выживаемость после панкреатодуоденальной резекции составила 47,2%, послеоперационная адьювантная химиотерапия увеличивает выживаемость на 15,5% при опухоли головки ПЖ и на 11,6% при опухоли БДС.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСТОЯНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И КАЛИБРА ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ПРОТОКА

Баймаханов Б.Б., Сейсембаев М.А., Чорманов А.Т., Ибекенов О.Т., Досханов М.О., Баймаханов Ж.Б., Тилеуов С.Т., Каниев Ш.А., Серікұлы Е., Скакбаев А.С., Мукажанов Д.Е.

АО «Национальный научный центр хирургии имени А.Н. Сызганова», отделение гепатопанкреатобилиарной хирургии и трансплантации печени, г. Алматы, Республика Казахстан

Актуальность. Риск развития панкреатических свищей зависит от консистенции остаточной поджелудочной железы (плотная, мягкая), от калибра главного панкреатического протока (расширен, не расширен), от сосудистой системы поджелудочной железы (сохранена, не сохранена), техники формирования панкреатического анастомоза (Sakorafas G.H., et al., 2009).

Цель исследования – проведение ретроспективного клинического анализа развития послеоперационных осложнений пациентов, перенесших операцию ГПДР в зависимости от консистенции и диаметра панкреатического протока поджелудочной железы.

Материал и методы. В период с 2016 по 05.2022 г. в ННЦХ имени А.Н. Сызганова 172 больным со злокачественным опухолем периамппулярной зоны было выполнена стандартная ГПДР. Из них 5 больным было выполнено тотальная панкреатэктомия.

Все пациенты были распределены по двум группам в зависимости от консистенции поджелудочной железы, в мягкой консистенции 93 (54,0%), в плотной консистенции 79 (46,0%). Также в зависимости от диаметра панкреатического протока пациенты были распределены на 3 группы: в первой группе до 3 мм – 96 (55,8%) больных, во второй группе от 3 до 5 мм – 46 (26,8%) больных, в третьей группе больше 5 мм – 30 (17,4%) больных.

Результаты. Послеоперационные осложнения: во всех случаях панкреатический свищ наблюдались у 42 (24,5%) пациентов. В зависимости от состояния поджелудочной железы панкреатический свищ наблюдалось при мягкой железе у 33 (35,4%) пациентов, при плотной железе у 9 (11,4%) пациентов.

Также, в зависимости от диаметра панкреатического про-

тока панкреатический свищ наблюдался в первой группе у 26 (15,2%) пациентов, во второй группе у 12 (6,9%) пациентов, в третьей группе у 4 (2,4%) пациентов.

Во всех случаях выполненных панкреатоюноанастомозов на каркасном дренаже панкреатический свищ наблюдался у 23 (13,4%) пациентов, без каркасного дренажа у 16 (9,3%) пациентов. Панкреатический свищ не наблюдалось после модифицированного панкреатоюноанастомоза по Блумгарту.

Заключение. Таким образом, панкреатический свищ после панкреатодуоденальной резекции больше наблюдалось при мягкой железе на 24,0% больше, чем при плотной железе, а также при диаметре панкреатического протока более 5,0 мм развился панкреатический свищ 2 раза меньше, чем при диаметре менее 5,0 мм.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Башабаев М.Т.

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

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.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе отделения проктологии, абдоминальной и торакальной хирургии КГП на ПХВ «Восточно-Казахстанская областная больница». В период с 1999 по 2021 г. выполнено 9627 операций по поводу калькулезного холецистита, из них лапароскопических холецистэктомий – 8064 (84,0%). Проанализированы результаты лечения 11 (1,0%) 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 клинко-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 4 пациентов (36,4%), выраженные спаечные и воспалительно-инфильтративные изменения гепатопанкреатодуоденальной зоны, стали причиной повреждений у 3 пациентов (27,2%), недостаточная квалификация хирурга повлияла на возникновение ятрогенных повреждений у 4 пациентов (36,4%).

В структуре повреждений травмы протоковой системы составили 45,4% (5 пациентов), повреждения сосудов – 18,2% (2 пациентов), повреждения окружающих органов – 18,2% (2 пациентов), двенадцатиперстная (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 3 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 1-й 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.

Заключение. 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.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ АППАРАТА «МИНИ-АССИСТЕНТ»

**Ботабаев С.И., Кудербаев М.Т.,
Алжикеева Г.М., Жумагалиев Н.У.**
*НАО «Медицинский университет Семей»,
кафедра хирургических дисциплин,
г. Семей, Республика Казахстан*

Актуальность. Желчнокаменная болезнь на современном уровне развития медицины представляет не только медицинскую, но и социальную проблему, что объясняется неуклонным ростом заболеваемости у людей трудоспособного возраста, а также лиц пожилого и старческого возраста, имеющие сопутствующие заболевания со стороны органов дыхания, сердечно-сосудистой и эндокринной системы.

В настоящее время острый холецистит занимает первое место в структуре заболеваний по экстренной абдоминальной хирургии, опережая даже острый аппендицит, особенно у лиц пожилого и старческих возрастов. Традиционная холецистэктомия до настоящего времени является общедоступным и общепризнанным оперативным вмешательством выдержавшая проверку временем и находит широкое применение в хирургической практике, особенно в условиях экстренной хирургии при остром холецистите и его осложнениях.

Конец XX века ознаменовался революционным переворотом в билиарной хирургии, в связи с широким внедрением в клиническую практику лапароскопической холецистэктомии, что позволило коренным образом пересмотреть отношение многих исследователей к проблеме хирургического лечения желчнокаменной болезни.

В последние годы наряду с лапароскопической холецистэктомией широкое клиническое применение находит минидоступная холецистэктомия с использованием набора инструментов «Мини-ассистент», что значительно расширило спектр оперативных вмешательств, проводимых не только на желчном пузыре при осложненных формах холелитиаза, но и внепеченочных желчных путях и большом дуоденальном соске, улучшая непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения больных при желчнокаменной болезни.

Материал и методы. Клиника хирургии НАО «Медицинский университет Семей» базируется в БСМП и оказывает неотложную хирургическую помощь населению города и пригородных сел. Ежегодно в клинике проводятся более 250 операций на желчном пузыре и желчевыводящих протоках.

Разработанная в клинике диагностическая тактика при холестазе механической природы основывалась, прежде всего, на концепции срочного устранения причины билиарной обструкции, что обуславливает в первую очередь выполнение рентгеноконтрастного исследования панкреатобилиарной зоны. Тяжесть состояния больных даже с длительным анамнезом желтухи и печеночно-почечной недостаточностью не является противопоказанием к исследованию, за исключением терминальной стадии заболевания, поскольку уточнение причины желтухи позволяет выбрать оптимальный вариант лечения.

Затягивание сроков обследования больных, несмотря на проводимую интенсивную консервативную терапию, неизбежно ведет к углублению функциональных и морфологических нарушений печени.

Всем больным с острым холециститом, поступившим в экстренном порядке в хирургическое отделение проводились идентичные лабораторные методы исследования: общий анализ крови и мочи, биохимические анализы (общий билирубин и его фракции, тимоловая и сулемовая пробы, АлАТ, АсАТ, общий белок, сахар крови, мочевины и креатинин, щелочная фосфатаза, амилаза), коагулограмма, проведение тестов на гепатит В, С и ВИЧ-инфекцию, реакцию Вассермана, определение группы крови и резус фактора, ПЦР на коронавирусную инфекцию.

В предоперационном периоде всем больным проводились тщательные клинические обследования, включая ультразвуковое исследование органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, малого таза, почек, рентгенографию грудной клетки, эзофагогастродуоденоскопия с осмотром большого дуоденального соска, а также колоноскопию по показаниям. Эндоскопическое исследование проводилось с помощью аппарата «Olympus». Для оценки состояния сердечно-сосудистой системы проводились ЭКГ и по показаниям ЭхоКГ.

Вышеперечисленное всестороннее и комплексное обследование проводили с целью выявления сопутствующих и конкурирующих заболеваний. Использование современных методов диагностики в круглосуточном режиме Больницы скорой медицинской помощи позволяет в подавляющем большинстве случаев правильно поставить диагноз. Первичная оценка тя-

жести состояния больных проводилась в условиях приемного отделения и основывалась на клинических проявлениях заболевания, первичных показателях лабораторных и инструментальных методах исследования. На данном этапе диагностики ставился предварительный диагноз, и определялись объем и длительность интенсивной предоперационной терапии в зависимости от тяжести общего состояния пациентов.

Адекватное обезболивание имеет очень важное значение в оперативном лечении желчнокаменной болезни. Всем больным традиционная холецистэктомия произведена под интубационным наркозом с миорелаксантами в условиях которого создается максимальная релаксация брюшной стенки, необходимое для выполнения оперативного приема.

Однако, следует отметить, что минимальная травматичность минидоступной холецистэктомии из-за ограниченного оперативного поля и отсутствия оперативных приемов вне этой зоны позволяют у многих пациентов пожилого и старческого возраста с наличием сопутствующих заболеваний со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы, т.е. высоким операционно-анестезиологическим риском провести эпидуральную анестезию.

Результаты. С 2012 года в неотложном порядке в клинику госпитализировано 211 больных с механической желтухой неопухолевого генеза. Среди поступивших больных мужчин было 26 %, женщин – 74%. Возраст больных колеблется от 18 до 88 лет. Значительную часть среди них составили люди пожилого и старческого возраста старше 65 лет было 61,3% больных.

Холецистэктомия по неотложным показаниям и вмешательствам на гепатикохоledoхе выполнены всем больным с механической желтухой. У 135 больных (63,9%) холедохолитотомия всегда завершали дренированием его по Вишневскому.

55 (26%) больным накладывали холедоходуоденоанастомоз. Показаниями к наложению анастомоза считаем наличие множество конкрементов в холедохе, резидуальный холедохолитиаз, тубулярный стеноз терминального отдела его, стенозирующий папиллит и хронический панкреатит.

21 (9,9%) больным холедохолитотомию завершали глухим швом его. Показаниями к наложению его считаем наличие одиночного конкремента и полной уверенности в проходимости холедоха и при минимально травматических манипуляциях на нем (например, после очень легкого удаления одиночного неволокоченного камня). Мы редко прибегаем к такой операции, так как считаем, что значительно безопаснее провести наружное дренирование холедоха, если проток вскрыт и произведена его инструментальная ревизия.

Показания к глухому шву общего желчного протока могут быть несколько расширены, если дренировать его по Холстеду-Пиковскому, так как такой дренаж снимает желчную гипертензию закономерно возникшую в первые дни после операции из-за спазма сфинктера Одди и отека БДС. Общая частота послеоперационных осложнений составила 6,6% (14 больных), послеоперационной летальности – 2,8 % (6 больных).

Заключение. Таким образом применение аппарата «Мини-Ассистент» позволяет осуществить оперативное пособие при осложненных формах острого холецистита включая механическую желтуху, что позволяет рекомендовать его для широкого применения в хирургической практике.

ДИАГНОСТИКА ПОСТРЕЗЕКЦИОННОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ОСНОВАНИИ СЕРОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ

Бычковский П.А., Щерба А.Е., Коротков С.В.,
Ефимов Д.Ю., Кирковский Л.В., Руммо О.О.

ГУ «Минский научно-практический центр хирургии,
трансплантологии и гематологии»,
г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Обширные анатомические резекции печени являются основным методом хирургического лечения больных со злокачественными опухолями, а также доброкачественными новообразованиями печени больших размеров. Проблемы профилактики и прогнозирования пострезекционной печеночной недостаточности также не утратили до настоящего времени своей остроты и актуальности. Частота осложнений после таких операций остается достаточно высокой и составляет 22-45%. Пострезекционная печеночная недостаточность (ПрПН) является наиболее тяжелым и грозным осложнением и остается основной причиной смертности в резекционной хирургии печени. Однако, в настоящее время невозможно с достаточной точностью спрогнозировать возникновение и развитие ПрПН ввиду отсутствия специфических маркеров (Am J Pathol. 2018;188(6):1316-1327; Am J Pathol 2015, 185:2342-2350).

Цель работы – оценить значение серологических маркеров регенерации печени в развитии пострезекционной печеночной недостаточности у пациентов, подвергшихся обширной резекции печени (4 и более сегментов) на базе ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии».

Материалы и методы. На базе ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии» проводится исследование, в которое на данном этапе включен 51 пациент, подвергшихся обширной резекции печени (4 и более сегментов) с ноября 2019 года по настоящее время. Характеристика пациентов, перенесших резекцию печени: медиана возраста – 46,24 года (от 2 лет 8 месяцев до 81 года); мужчин/женщин: 21/29, средняя длительность оперативного вмешательства – 248 минут (от 75 до 750 минут), объем кровопотери – 195 мл (50-1000 мл). ПрПН Grade C наблюдалась только в основной группе (после обширных резекций) – 15,7% (8 из 51). Пробы для серологического исследования отбирались в следующих контрольных точках: до операции; интраоперационно (из воротной и печеночной вены; в 1-е, 4-е, 7-е сутки после операции). Средние величины представлены как медиана с 25% и 75% квартилями.

Результаты. Определены серологические предикторы развития пострезекционной печеночной недостаточности: на этапе подготовки к оперативному вмешательству (при уровне М30 субъединицы цитокератина 18 выше 342 Ед/л ($p=0,013$) и уровне TNF α (фактор некроза опухоли α) ниже 10 пг/мл ($p=0,018$) возникает ПрПН); на 1 сутки после операции (при уровне общего билирубина выше 30 ммоль/л ($p=0,018$); уровне МНО выше 1,4 ($p=0,02$); уровне антитромбина-3 ниже 60% ($p=0,005$); уровне HGF (фактор роста гепатоцитов) выше 3000 пг/мл ($p=0,026$)); на 4 сутки после операции (при уровне общего билирубина выше 20 ммоль/л ($p=0,007$); при уровне МНО выше 1,23 ($p=0,03$); при уровне IL-6 (интерлейкин-6) выше 30 пг/мл ($p=0,03$)); на 7 сутки после операции (при уровне общего билирубина выше 20 ммоль/л ($p=0,0005$); при уровне IL-6

выше 30 пг/мл ($p=0,008$); при уровне EGF (эпителиальный фактор роста) ниже 40 пг/мл ($p=0,013$).

Заключение. Определение обозначенного выше комплекса серологических маркеров регенерации печени позволяет на ранних сроках после выполнения резекции печени установить диагноз «пострезекционная печеночная недостаточность», а также позволяет избежать развития ПрПН на этапе подготовки к оперативному вмешательству.

АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОЧАГОВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ

Галимов И.И., Нартайлаков М.А., Шакуров Д.Ф.

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный
медицинский университет» МЗ РФ,
г. Уфа, Российская Федерация

Актуальность. Несмотря на технологическое развитие в медицине, внедрение новых методов диагностики и лечения заболеваний печени, во многих странах остается актуальной проблема хирургической гепатологии. Скрининговые программы в онкологии печени ежегодно позволяют диагностировать болезни на ранних стадиях развития. Усовершенствование систем рентгенэндоваскулярных технологий позволяют расширить показания для радикального лечения и достичь хороших результатов, однако, одним из основных методов лечения очаговых заболеваний печени является открытое оперативное вмешательство.

Цель работы – оценить динамику и структуру заболеваний печени. Определить эффективность результатов резекции печени при очаговых заболеваниях, в том числе с использованием рентгенэндоваскулярных технологий.

Материал и методы. Нами проведен анализ лечения пациентов с очаговыми заболеваниями печени на базе РКБ имени Г.Г. Куватова г. Уфы в период 2011-2020 гг. В исследовании вошли 1031 пациент, из них 431 (42%) мужчин и 600 (58%) женщин с очаговыми заболеваниями печени. Преобладающим большинством составили паразитарные заболевания 410 (39,7%) случаев, метастатический рак печени 293 (28,4%) случая, гепатоцеллюлярный рак печени 188 (18,2%) случая. В 639 (62%) случаях оперативное лечение комбинировали с рентгенэндоваскулярными методами: 618 (60%) случая химиоэмболизация/эмболизация печеночной артерии, 21 (2%) случая эмболизация воротной вены. Для оценки тяжести развития гепатоцеллюлярной недостаточности нами оценивались лабораторные показатели, проводился анализ КТ-волюметрии в 3D реконструкции, УЗИ в режиме ЦДК.

Результаты и заключение. В настоящее время отмечается тенденция к увеличению больных с очаговыми заболеваниями печени, связанные как с ростом заболевания, так и с усовершенствованием диагностики. В группе с доброкачественными болезнями, львиную долю составляют паразитарные заболевания. Сохраняется высокая заболеваемость и диагностическая выявляемость первичных и метастатических раков печени. Использование комплексного подхода с определением функционального резерва печени в до- и послеоперационном периодах с 3D моделированием, использование методов рентгенэндоваскулярной хирургии не только как метод диагностики и лечения, но и как этап перед резекцией печени позволяет достоверно снизить частоту и тяжесть развивающейся после операции печеночной недостаточности.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ «СЛОЖНОГО» ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Гончаров А.Б., Коваленко Ю.А.,
Вишневский В.А., Чжао А.В.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр
хирургии имени А.В. Вишневского» МЗ РФ,
г. Москва, Российская Федерация

Актуальность. В настоящее время проблема хирургического лечения эхинококкоза печени связана с широким распространением заболевания, поздней диагностикой, отсутствием единого подхода к выбору варианта операции, наличием множественных билобарных форм поражения печени, высоким уровнем послеоперационных осложнений.

Цель исследования – изучить отдаленные результаты хирургического лечения у пациентов со «сложным» эхинококкозом печени.

Материал и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения 118 пациентов с эхинококкозом печени в НИИЦ хирургии имени А.В. Вишневского за период с 2015 по 2020 г. Изолированное поражение печени выявили у 74% пациентов, сочетанное поражение печень и легкие – у 20%, поражение других органов – у 6%. Согласно классификации ВОЗ (2003 г.): CL – 13%, CE 1 – 18%, CE 2 – 14%, CE 3 – 8%, CE 4 – 5%, CE 5 – 8% и сочетание нескольких типов кист – 28%. В большинстве случаев выполняли перицистэктомию – 82%, атипичную резекцию печени – в 8%, сегментарная резекция печени – в 4%, лапароскопическое вмешательство – в 3%, гемигепатэктомию – в 3%. У всех пациентов диагноз был подтвержден морфологически.

Результаты. Частота осложнений в послеоперационном периоде составила 18,6% (22 пациента). Согласно классификации осложнений Clavien-Dindo I степень – 7 пациентов, II – 4, IIIa – 11, IIIb, IV, V – 0. Из 18,6% осложнений: биломы и желчные свищи – 45%, пневмо/гидроторакс – 23%, нагноение послеоперационной раны – 18%, гематомы в зоне резекции печени – 14%. За время наблюдения не было зафиксировано ни одного рецидива заболевания. Из 118 пациентов у 44% был «сложный» эхинококкоз печени. Предложены критерии «сложного» эхинококкоза печени: множественное билобарное поражение печени, большие кисты центрального расположения (IV, II, I сегменты), близость к крупным трубчатым структурам печени, резидуальный эхинококкоз печени (после множественных повторных операций), множественный эхинококкоз органов брюшной полости, осложненный эхинококкоз печени (цистобилиарные и цистобронхиальные свищи, стриктуры желчных протоков, цирроз печени, рубцовая деформация передней брюшной).

Заключение. Хирургическое лечение эхинококкоза печени требует индивидуального подхода к выбору варианта операции. Предпочтение отдается паренхимосохраняющим радикальным операциям. При «сложном» эхинококкозе печени с тотальным замещением доли печени кистой и наличием цистобилиарных свищей следует выполнять гемигепатэктомию, при этом возможно оставление фиброзной капсулы на крупных трубчатых структурах.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОЙ ХОЛАНГИЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ КАРЦИНОМЕ

Гурмиков Б.Н., Степанова Ю.А.,
Вишневский В.А., Чжао А.В.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр
хирургии имени А.В. Вишневского» МЗ РФ,
г. Москва, Российская Федерация

Актуальность. Внутрипеченочная холангиоцеллюлярная карцинома (ВПХЦК) – вторая по частоте распространенности первичная злокачественная опухоль печени, исходящая из внутрипеченочных желчных протоков с плохим прогнозом. Особая актуальность этой проблемы связана с бессимптомным течением, что обуславливает позднее обращение пациентов, когда опухоль уже нерезектабельна, а также трудностями дифференциальной диагностики с другими очаговыми поражениями печени. Кроме того, результаты хирургического лечения остаются неудовлетворительными.

Цель исследования – анализ непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения внутрипеченочной холангиоцеллюлярной карциномы.

Материал и методы. В НИИЦ хирургии имени А.В. Вишневского в период с 2011 по 2020 г. прооперировано 79 пациентов с ВПХЦК. Из них в 67 (84,8%) пациентов подверглись хирургическому лечению, резекции печени различного объема. В 34,3% (23 пациента) случаев выполнена расширенная гемигепатэктомию, в 23 (34,3%) случаях – резекция двух и трех сегментов печени. У 21 (31,3%) пациента была произведена стандартная гемигепатэктомию. В 10 (15%) случаях резекцию печени сочетали с резекцией внепеченочных желчных протоков. Анализировались непосредственные и отдаленные (общая 1, 3 и 5-летняя выживаемость) результаты хирургического лечения. Кроме того, оценивалось влияние размера опухоли, степени дифференцировки, состояния края резекции, объема удаляемой паренхимы печени, наличия инвазии капсулы, сосудистой и перинеуральной инвазии, а также метастазов в регионарных лимфатических узлах на отдаленные результаты хирургического лечения. В отдаленные сроки наблюдали 94% оперированных больных, оценивали кумулятивную общую 1, 3 и 5-летнюю выживаемость пациентов.

Оставшимся 12 пациентам радикальное хирургическое вмешательство не удалось выполнить по разным причинам, и в отношении них, были применены различные (локарегионарные) опции лечения. Из них 2 (16,6%) пациентам выполнена трансартериальная химиоэмболизация (ТАХЭ), 2 (16,6%) – радиочастотная абляция (РЧА), 1 (8,3%) пациенту – ТАХЭ в сочетании с криодеструкцией опухоли, 1 (8,3%) пациенту РЧА в сочетании с криоабляцией, у 6 (50%) пациентов выполнена биопсия опухоли для верификации диагноза и последующей химиотерапии.

Результаты. Медиана общей выживаемости составила 38 месяцев. 1-летняя кумулятивная выживаемость составила 70,8%, 3-летняя – 49,5%, 5-летняя – 26,4%. При анализе влияния радикальности операции на отдаленные исходы средняя общая выживаемость пациентов из группы R1 составила 38 месяцев, из группы R2 – 14 месяцев, в группе R0 – 47. При этом различия в выживаемости в группах пациентов с R0, R1 и R2

были статистически достоверными (log-rank, $p < 0,05$). С другой стороны, при сравнении двух групп пациентов с R0 и R1 (без учета R2) достоверной разницы выживаемости выявлено не было. Также статистически значимые различия в отношении общей выживаемости были получены у пациентов с наличием или отсутствием метастазов в регионарных лимфатических узлах и перинеуральной инвазии. При оценке непосредственных результатов, наибольшее количество осложнений наблюдалось при резекции трех и более сегментов печени ($p < 0,05$), в то же время, на отдаленные результаты хирургического лечения объемом удаляемой паренхимы печени влияния не оказывал.

У всех пациентов, в отношении которых были применены локорегионарные методы воздействия в изолированном варианте через 3-6 месяцев были признаки прогрессирования опухоли, в связи с чем, они были переведены на системную химиотерапию, за исключением одного больного, которому выполнена РЧА. Выживаемость данного пациента составила 36 месяцев.

Заключение. Наличие резектабельной ВПХЦК не требует морфологической верификации в предоперационном периоде. Основной стратегией лечения должна быть агрессивная хирургическая тактика, направленная на достижение R0-резекции. С другой стороны, выполнение резекции печени R1 также достоверно увеличивает общую выживаемость. При этом, обязательным условием является выполнение лимфаденэктомии в объеме D2. Для таких факторов, как размер опухоли, наличие микрососудистой инвазии, степень дифференцировки опухоли, объем удаляемой паренхимы печени достоверных различий между группами в выживаемости выявлено не было. Объем удаляемой паренхимы печени определяется не размером опухоли, а ее локализацией. Выполнение адьювантной химиотерапии является обязательным условием независимо от степени радикальности операции. У соматически ослабленных пациентов при размере опухоли до 3 см в качестве альтернативной опции можно рассматривать РЧА.

ХИРУРГИЧЕСКИЙ ВЗГЛЯД НА АРТЕРИАЛЬНУЮ АНАТОМИЮ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Двухжилов М.В.¹, Пронин Н.А.², Кригер А.Г.¹

¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» МЗ РФ,

г. Москва, Российская Федерация,

²ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» МЗ РФ,

г. Рязань, Российская Федерация

Актуальность. Панкреатодуоденальная резекция является одним из сложных вмешательств в абдоминальной хирургии. Наиболее тяжелым осложнением по сей день является развитие послеоперационного панкреатита, на фоне которого развивается послеоперационный панкреатический свищ и другие специфические осложнения. На протяжении всего времени выполнения данной операции различными хирургами были предприняты попытки усовершенствовать оперативную технику. Были предложены разнообразные методики панкреатоэнтероанастомозов, оперативных доступов, способы мобилизации. Одним из предположений об изменении оперативной техники,

позволяющей снизить количество панкреатических свищей после панкреатодуоденальной резекции, является расширение уровня резекции поджелудочной железы.

Цель исследования – определение оптимального уровня резекции поджелудочной железы с учетом ее анатомического строения и артериальной ангиоархитектоники.

Материал и методы. Топографо-анатомические особенности артериального кровоснабжения поджелудочной железы были изучены на 42 органокомплексах людей, умерших от заболеваний, не связанных с поражением органов брюшной полости. Параллельно выполнено 48 панкреатодуоденальных резекций с учетом артериальной анатомии в период с июля 2020 г. по август 2021 г.

Результаты. При анатомическом исследовании дорсальная панкреатическая артерия в 76% наблюдений являлась ветвью селезеночной артерии, в остальных случаях дорсальная панкреатическая артерия отходила от верхней брыжеечной артерии. Количество панкреатических свищей после панкреатодуоденальной резекции в послеоперационном периоде составило – 7 (14,5%).

Различные анатомические исследования сосудистой анатомии поджелудочной железы разделяют последнюю на 2 сегмента: цефалоцервикальный и корпорокаудальный. Данные сегменты, как правило, соединены 1-2 относительно крупными артериями и по данным анатомов в области шейки поджелудочной железы кровотоки обеднены с образованием так называемого «кровенного водораздела». Наличие вышеописанного «кровенного водораздела» типичное пересечение поджелудочной железы на уровне воротной вены с большей долей вероятности провоцирует возникновение ишемии в зоне панкреатоэнтероанастомоза. Смещение уровня резекции влево на 10-15 мм от середины воротной вены позволяет избежать данного состояния и уменьшить количество несостоятельности панкреатоэнтероанастомоза.

Заключение. Выполнение панкреатодуоденальной резекции следует выполнять с учетом артериальной ангиоархитектоники поджелудочной железы с целью уменьшения послеоперационных осложнений.

СИМУЛЬТАННЫЙ ПОДХОД В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В СОЧЕТАНИИ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ГРЫЖЕЙ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

Жакиев Б.С.¹, Елемесов А.А.¹, Рысмаханов М.С.¹, Суюндыков Т.С.², Аубакиров Г.Б.²

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

²Актюбинский медицинский центр, г. Актобе, Республика Казахстан

Цель работы – широкое внедрение применения симультанных операций у больных желчнокаменной болезнью (ЖКБ), сочетающейся с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) и грыжей пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) в повседневную практику хирургов.

Материал и методы. Применение симультанного эндови-

деохирургического метода лечения при ЖКБ в сочетании с ГЭРБ и при ГПОД в нашей клинике было использовано у 146 пациентов поступавших за период 2015-2021 гг. Все больные с ЖКБ в предоперационном периоде были комплексно обследованы на предмет выявления сопутствующей патологии – фиброэзофагогастроскопия и рентгенологическое (полипозиционное) контрастное исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. Симультанные вмешательства при наличии ЖКБ проводились по следующим показаниям: умеренно выраженный эзофагит (1-2 степени) у пациентов с признаками механической недостаточности кардии и частыми эпизодами гастроэзофагеального рефлюкса, эзофагит 3-4 степени, рефрактерный к консервативному лечению, наличие ГПОД с ГЭРБ, сохраняющейся после неоднократных курсов медикаментозного лечения, осложненное течение ГЭРБ, включая образование язвы, стриктуры пищевода, при наличии эндоскопических и морфологических признаков пищевода Баретта.

Первым этапом производились устранение ГПОД и антирефлюксная операция, затем вторым этапом – холецистэктомия без установки дополнительных троакаров, т.е. оба этапа выполнимы из одних и тех же троакарных доступов.

Учитывая имеющиеся недостатки наиболее популярных антирефлюксных методов, с целью восстановления нормальной анатомической позиции кардиального жома и подавления патологического гастроэзофагеального рефлюкса нами применялась разработанная российскими специалистами модифицированная методика фундопликации (рационализаторское предложение №1397 от 16.09.02 г.), первым этапом восстанавливается нормальный размер пищеводного отверстия диафрагмы на калибровочном желудочном зонде 35Fr, путем выполнения только лишь задней крурорафии с формированием неполной задней фундопликационной манжетки на 270° от окружности пищевода, протяженность которой составляет около 3-х см. В ходе выполнения модифицированной методики отсутствует абсолютная необходимость фиксации фундопликационной манжетки к ножкам диафрагмы, что является профилактикой болевого синдрома в послеоперационном периоде.

Результаты. В послеоперационном периоде у всех оперированных по принятой методике пациентов отмечено полное исчезновение симптомов ГЭРБ и ГПОД по данным обследования и отсутствие побочных эффектов операции у 138 пациентов (94,5%). По данным рентгенологического исследования признаков грыжи пищеводного отверстия диафрагмы или недостаточности кардиального жома в отдаленном периоде не было отмечено. При фиброэзофагогастродуоденоскопии через 6 месяцев отмечен эзофагит легкой степени у 5 (3,4%). Им была назначена консервативная терапия ГЭРБ, на фоне которой жалобы уменьшились.

Заключение. У больных с ЖКБ при сочетании с ГЭРБ и ГПОД выполнение симульных операций является целесообразным, обоснованным короткими сроками пребывания в стационаре пациентов, купированием у них всех клинических проявлений заболевания, чем выполнению лапароскопической холецистэктомии с последующем пожизненным консервативным лечением ГЭРБ или вынужденной повторной операции по поводу своевременно не диагностированной ГПОД.

ПРОВЕДЕНИЕ ТРАНСАРТЕРИАЛЬНОЙ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИИ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ ЛЕКАРСТВЕННО НАСЫЩАЕМЫМИ МИКРОСФЕРАМИ ПРИ СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ

Звездкина Е.А.¹, Лебедев Д.П.², Кедрова А.Г.², Астахов Д.А.^{1,3}, Панченков Д.Н.^{1,3}, Степанова Ю.А.⁴, Иванов Ю.В.²

¹ФГБУ «Научно-практический центр лазерной медицины имени О.К. Скобелкина ФМБА РФ», г. Москва, Российская Федерация,

²ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий ФМБА РФ», г. Москва, Российская Федерация,

³ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» МЗ РФ, г. Москва, Российская Федерация,

⁴ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» МЗ РФ, г. Москва, Российская Федерация

Цель работы – выделить сосудистую патологию, являющуюся потенциальным препятствием для трансартериальной химиоэмболизации (ТАХЭ), и пути ее преодоления и оценить влияние ТАХЭ на сосудистую патологию.

Материал и методы. Представлен анализ 65 пациентов за 2013-2021 гг., которым выполнялась ТАХЭ лекарственно насыщаемыми микросферами HeraSphere с использованием микрокатетерной техники. Мы выделили группы в зависимости от сосудистой патологии: 1 группа (n=12) с признаками портальной гипертензии на фоне цирроза печени или токсического гепатита; 2 группа (n=3) с тромбозом портальной вены; 3 группа (n=5) с локальными артериовенозными шунтами в паренхиме печени вокруг опухоли; 4 группа (n=45) без клинически значимой сосудистой патологии на момент выполнения ТАХЭ. Типы поражения печени: 56 (86%) – билобарное множественное очаговое, 5 (8%) – единичный крупный очаг, 4 (6%) – опухоли с инфильтративным характером роста. Для предоперационного планирования и контроля терапии выполнялась компьютерная и магнитно-резонансная томография с контрастным усилением до ТАХЭ, через 8 нед, 16 нед, далее каждые 3 мес.

Результаты. В 1 группе у 8 (67%) пациентов отмечалась выраженная сеть коллатералей и нарушение архитектоники внутривенных артерий, что, однако, не явилось препятствием для выполнения ТАХЭ в полном объеме с применением микрокатетера. Нецелевой эмболизации в этой группе не отмечалось. У 2 пациентов наблюдались сегментарные тромбозы в отдельных участках печени, однако они развились через 2-4 мес. и не вызвали изменения в соматическом состоянии пациентов. Во 2 группе у всех пациентов имелись патологические венозные перетоки и артериовенозные шунты, что потребовало суперселективной катетеризации афферентов опухоли. Применение микрокатетерной техники позволило выполнить ТАХЭ в полном объеме и избежать нецелевой эмболизации. При динамическом наблюдении через 6-10 мес после ТАХЭ отмечалось прогрессирование тромбоза коллатеральных венозных сплете-

ний в рамках течения основного заболевания, при этом сама ТАХЭ не повлияла на динамику процесса. Схожие результаты мы получили в 3 группе пациентов, где для профилактики нецелевой эмболизации потребовалась суперселективная катетеризация афферентов опухоли. При этом микрокатетерная техника позволила пройти дистальнее зоны артериовенозных анастомозов и избежать нецелевой эмболизации. В 4 группе технические проблемы были связаны с выраженными изгибами чревного ствола и верхней брыжеечной артерии (7%), окклюзией устья чревного ствола (7%), экстравазальной компрессией чревного ствола (5%), наличием дополнительных и абберантных артерий (18%), что усложнило ход операции. Использование микрокатетерной техники позволило выполнить селективную и суперселективную эмболизацию сегментарных печеночных артерий и афферентов опухоли через физиологические коллатерали. Диссекции и окклюзии артерий, через которые выполнялась ТАХЭ, ни в одной группе не отмечалось.

Заключение. 1) Использование микрокатетерной техники при выполнении ТАХЭ позволяет преодолеть механическое сужение целевого артериального сосуда; 2) Наличие портальной гипертензии, тромбоза воротной вены не является противопоказанием к ТАХЭ; 3) Наличие патологических коллатералей, артериовенозных шунтов в паренхиме печени и за ее пределами не является противопоказанием для ТАХЭ с использованием микрокатетерной техники; 4) Микрокатетерная техника позволяет избежать нецелевой эмболизации, не провоцирует патологию сосудистой стенки; 5) ТАХЭ с применением микрокатетерной техники не усугубляет течение имеющейся сосудистой патологии.

ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ИЗМЕНЕНИЙ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ ПОСЛЕ ТРАНСАРТЕРИАЛЬНОЙ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИИ ЛЕКАРСТВЕННО НАСЫЩАЕМЫМИ МИКРОСФЕРАМИ

Звездкина Е.А.¹, Лебедев Д.П.², Кедрова А.Г.², Астахов Д.А.^{1,3}, Панченков Д.Н.^{1,3}, Степанова Ю.А.⁴, Иванов Ю.В.²

¹ФГБУ «Научно-практический центр лазерной медицины имени О.К. Скобелкина ФМБА РФ»,

г. Москва, Российская Федерация,

²ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий ФМБА РФ»,

г. Москва, Российская Федерация,

³ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» МЗ РФ, г. Москва, Российская Федерация,

⁴ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» МЗ РФ, г. Москва, Российская Федерация

Актуальность. Трансартериальная химиоэмболизация лекарственно насыщаемыми микросферами (ТАХЭ) применяется в лечении нерезектабельного первичного и метастатического поражения печени. При этом полученные результаты представляются обнадеживающими. Но влияние ТАХЭ на паренхиму печени и желчевыводящие пути, а также способы его

предотвращения до конца не изучены.

Цель работы – выделить типы, сроки возникновения реакций со стороны печени и желчевыводящих путей на ТАХЭ при нерезектабельных опухолях печени, пути их устранения.

Материал и методы. Представлены результаты лечения 65 пациентов за 2013-2021 гг., которым выполнялась ТАХЭ лекарственно насыщаемыми микросферами HераSphere с использованием микрокатетерной техники. 1 группа: ретроспективный анализ 10 пациентов с метастатическим поражением печени, которым выполнено 17 ТАХЭ через 20-36 мес. после выявления первичной опухоли для усиления схем лечения. Катамнез от 8 мес. до 3 лет. 2 группа: проспективный анализ 55 пациентов с первичным и метастатическим поражением печени, которым выполнено 70 ТАХЭ через 1-22 мес. после выявления первичной опухоли для усиления схем лечения. Катамнез от 5 мес. до 4 лет. Для предоперационного планирования и динамического наблюдения применялись магнитно-резонансная (МРТ) и компьютерная томография (КТ) с внутривенным контрастированием в контрольные сроки 8, 16, недель, далее каждые 3 мес. или по мере обращения пациентов.

Результаты. В 1 группе у 4 пациентов отмечалось транзиторное повышение интенсивности контрастирования паренхимы печени на КТ и МРТ вокруг очагов свыше 2 см, подвергающихся некротической трансформации. Это проявлялось на первом контроле, исчезало через 16 недель, не влияло на соматическое состояние пациента. Если признак стабильно сохранялся, то в дальнейшем мы видели прогрессирование опухолевого процесса. Точно такую же закономерность мы наблюдали во 2 группе, где изменение контрастирования печени вокруг крупных очагов встречалось в 22%. Со стороны желчевыводящего тракта в 1 группе встретились следующие изменения: холангит (n=5), биломы (n=2), холангиогенные абсцессы печени (n=2), воспаление стенок желчного пузыря (n=2). Эти процессы развились в течение 1,5-3 месяцев после ТАХЭ.

При этом биломы возникли на фоне холангита у пациентов с перидуктальным типом роста метастазов; абсцессы развились на фоне холангита у пациентов с реконструктивными вмешательствами на желчных протоках. Воспаление стенок желчного пузыря развилось как самостоятельный процесс. Биломы потребовали консервативной терапии, изменения желчного пузыря не отражалось на соматическом состоянии.

Проанализировав данные, мы исключили пациентов с перидуктальным типом роста опухолей из показаний к ТАХЭ. Билом во 2 группе не наблюдалось. Пациенты с реконструктивными вмешательствами на желчных протоках (n=11) получили пред- и послеоперационную гепатопротективную терапию, количество холангитов составило 3 случая. Абсцессов во 2 группе не было. Изменения стенок желчного пузыря наблюдались в 23%, проявились через 8-16 недель, не прогрессировали, хирургического лечения не потребовали. В 1 случае развился гангренозный холецистит на 3 сутки после ТАХЭ, было выполнено хирургическое лечение.

Заключение. 1) Мы не наблюдали прямого влияния ТАХЭ на паренхиму печени; 2) Выявляемые изменения паренхимы печени были реакцией на некротические изменения очагов или маркером прогрессирования опухоли; 3) Пациенты с

перидуктальным типом роста опухолей – в группе риска по развитию холангита и биллом; 4) Изменения желчного пузыря являются самостоятельной реакцией на ТАХЭ, в большинстве случаев не требуют хирургического лечения; 5) Пациенты с реконструктивными вмешательствами на желчных протоках входят в группу риска по развитию холангита и абсцесса после ТАХЭ, требуют соответствующей терапевтической коррекции.

ПРИМЕНЕНИЕ ЦИФРОВОЙ ЭНДОВИДЕОСИСТЕМЫ SPYGLASS ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Иванов Ю.В.^{1,2}, Панченков Д.Н.^{1,2}, Сазонов Д.В.¹,
Илюшников Е.О.^{1,2}

¹ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр
специализированных видов медицинской помощи и
медицинских технологий ФМБА РФ»,
г. Москва, Российская Федерация,

²ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-
стоматологический университет
имени А.И. Евдокимова» МЗ РФ,
г. Москва, Российская Федерация

Актуальность. В настоящее время основными инструментальными методами диагностики различных новообразований желчных протоков являются: ультразвуковое исследование и компьютерная томография с контрастным усилением органов билиарной системы, магнитно-резонансная холангиопанкреатография (МРХПГ), эндоскопическое ультразвуковое исследование гепатопанкреатодуоденальной зоны, а также эндоскопическое ретроградная холангиопанкреатография. Основным недостатком перечисленных методик – невозможность непосредственной визуализации желчных протоков и протоков поджелудочной железы, прицельного взятия биоматериала для цитологического и гистологического исследования. В связи с этим, в ряде случаев, точная дооперационная верификация диагноза у пациентов с доброкачественными и злокачественными новообразованиями желчных протоков представляет большую сложность и не всегда возможна.

Материал и методы. Цифровая эндовидеосистема SpyGlass использована с целью дифференциальной диагностики первичного склерозирующего холангита, холангиокарциномы и рубцовых стриктур общего печеночного и желчного протоков. Исследование выполнено у 5 пациентов (3 мужчин, 2 женщины, средний возраст 62,8±6,7 лет) для исключения злокачественной внутрипросветной опухоли (холангиокарцинома), путем взятия биопсии под визуальным контролем. Системы SpyGlass имеет диаметр зонда 3,34 мм и диаметр рабочего канала 1,2 мм, что позволяет детально исследовать долевые, сегментарные желчные протоки и Вирсунгов проток, а наличие инструментального канала дает возможность выполнить прицельную биопсию и лечебные манипуляции.

Результаты. Во всех 5 наблюдениях методика SpyGlass позволила установить точный клинический диагноз, подтвержденный цитологическим и гистологическим исследованиями. В 2-х случаях были диагностированы рубцовые

стриктуры общего печеночного протока на фоне имевшейся желчнокаменной болезни (холецистэктомия в анамнезе), в 2-х – холангиокарциномы (оба пациента оперированы, диагноз подтвержден морфологически) и в 1-м – первичный склерозирующий холангит. Осложнений, связанных с выполнением данной методики не наблюдали. Общее время исследования составило 46,3±14,7 мин. и значимо не отличалось от такового при стандартной ЭРХПГ с брашбиопсией.

Холангиопанкреатоскопия с применением системы SpyGlass обеспечивает высокое разрешение визуализации желчных протоков и протоков поджелудочной железы, дает возможность выполнять исследование одним врачом-эндоскопистом, простая и быстрая настройка SpyGlass позволяет принять решение об использовании холангиоскопии в середине процедуры без задержки и дополнительной подготовки. Данная методика значительно увеличивает процент положительных морфологических результатов по сравнению с цитологией при брашбиопсии, выполняемой при ЭРХПГ. Диагностическая ценность метода цифровой эндовидеосистемы SpyGlass особенно показательна при доброкачественных стриктурах желчных протоков, первичном склерозирующем холангите, ранней диагностики холангиокарциномы. Внедрение данной методики в специализированных стационарах позволит значительно расширить диагностические и лечебные возможности врачей эндоскопистов в лечении заболеваний панкреатобилиарной системы.

Заключение. Применение цифровой эндовидеосистемы SpyGlass позволяет значительно расширить диагностические и лечебные возможности при выполнении ЭРХПГ. Данный метод может быть «золотым стандартом» в дифференциальной диагностике доброкачественных и злокачественных новообразований желчных протоков, особенно в тех случаях, когда традиционные инструментальные методы диагностики не позволяют уточнить клинический диагноз.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДСКОПИЧЕСКОЙ РЕТРОГРАДНОЙ ХОЛЕДОХОПАНКРЕАТОГРАФИИ И ЭНДСКОПИЧЕСКОЙ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИИ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

Имангазинов С.Б.¹, Жусупов К.К.², Каирханов Е.К.¹,
Маштаков Д.В.², Ардабаев Н.К.², Кайтаев А.Т.²,
Шамгунов М.О.², Жумабеков А.Н.²

¹Павлодарский филиал НАО «Медицинский университет
Семей», г. Павлодар, Республика Казахстан,

²КГП на ПХВ «Павлодарская городская больница №1»,
г. Павлодар, Республика Казахстан

Актуальность. Эндоскопическая ретроградная холедохопанкреатография (ЭРХПГ) обладает неоспоримым преимуществом перед другими методами диагностики механической желтухи. Это объясняется также тем фактором, что после завершения диагностического этапа она позволяет перейти к лечению, в том числе эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ). ЭРХПГ и ЭПСТ в основном проводятся в крупных

научных хирургических клиниках, тогда как в общехирургических стационарах прибегают редко из-за риска тяжелых осложнений во время проведения операции и после нее.

Цель исследования – оценка результатов эндоскопической ретроградной холедохопанкреатографии и эндоскопической папиллосфинктеротомии при механической желтухе в условиях общехирургического стационара.

Материал и методы. Для детального анализа были подвезены результаты ЭРХПГ у 40 больных в возрасте от 23 до 72 лет, пролеченных в 2020 году в хирургическом отделении городской больницы №1 г. Павлодара. Мужчин было 27, женщин – 13. ЭРХПГ проводилась под общим обезболиванием. Пациент располагается на операционном рентгенологическом столе на левом боку. В двенадцатиперстную кишку вводился эндоскоп с канюляцией большого дуоденального соска и через катетер вводился водорастворимое контрастное средство под контролем рентгеноскопии. При этом должен был заполнен как холедох, так и желчный пузырь, общий печеночный и внутрипеченочные протоки. Снимки выполняются не только в момент тугого заполнения, но и при опорожнении желчных путей.

Результаты. Основным показанием для проведения ЭРХПГ служила нарастающая механическая желтуха. При этом установлен холедохолитиаз у 35 (87,5%) больных. Причем изолированный холедохолитиаз диагностирован у 7 (20%) больных, у которых эндоскопическое вмешательство завершилось удалением камней при помощи петли Dormia. Пассаж желчи восстановлен с выздоровлением больных. В остальных случаях принимались следующие хирургические приемы. Сочетание холедохолитиаза со стриктурой дистального отдела холедоха имело место в 28 случаях, в том числе у 4 пациентов были найдены камни в вирсунговом протоке поджелудочной железы с развитием клиники острого панкреатита. Дистальный тотальный стеноз холедоха обнаружен у 2 больных, субтотальный у – 18 и парциальный у – 8. При парциальном стенозе производилась эндоскопическая папиллосфинктеротомия с длиной рассечения папиллы до 0,5 см, при субтотальном стенозе предпринималась субтотальная эндоскопическая папиллосфинктеротомия с длиной рассечения до 1 см, а при тотальном стенозе – более 1 см с удалением камней холедоха. Для предупреждения повреждения вирсунгов-протока разрез электрокоагулятором проводился строго на 11 часах по циферблату. Летальный исход был в одном случае (0,6%) при перфорации ретродуоденального отдела холедоха с развитием забрюшинной флегмоны.

Из 40 больных, включенных в детальное исследование у 5 (12,5%) больных по результатам ЭРХПГ были обнаружены опухоли поджелудочной железы с развитием клиники механической желтухи, которым были в последующем проведены по показаниям билиодигестивные дренирующие операции (2 пациента) или были направлены в онкологический диспансер для проведения панкреатодуоденальной резекции.

Заключение. Таким образом, ЭРХПГ является информативным методом диагностики при механической желтухе. В 87,5% случаях причиной механической желтухи являются камни холедоха, причем, 80% случаев холедохолитиаз сочетается со стенозом дистального его отдела, панкреатолитиазом и клиникой острого панкреатита.

ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КРИОДЕСТРУКЦИИ ПРИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ионкин Д.А., Чжао А.В., Степанова Ю.А., Карельская Н.А.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» МЗ РФ, г. Москва, Российская Федерация

Цель исследования – улучшение результатов комбинированного лечения больных местнораспространенным раком поджелудочной железы (ПЖ).

Материал и методы. В НИИЦ хирургии имени А.В. Вишневского с января 2012 г. по настоящее время криодеструкция рака ПЖ была произведена 69 пациентам при местнораспространенном раке ПЖ (мужчин – 35 (50,7%), женщин – 34 (49,3%). Средний возраст составил 54±7,2 года. Размер образований в ПЖ варьировал в пределах от 2,5 до 7 см. У 12 пациентов применяли одновременное криовоздействие на опухоль поджелудочной железы и метастазы печени. Локальная деструкция была дополнена формированием обходных анастомозов в 14 наблюдениях (20,3%), стентирование желчных протоков было применено в 18 (26,1%).

Использовались российские приборы «КРИО-МТ» и «КРИО-01», а также пористо-губчатые аппликаторы из никелида титана. Применялись криоаппликаторы диаметром от 2 до 5 см. Целевая температура составляла – 186 °С. Время экспозиции – от 3 до 5 минут. Число сеансов зависело от размера опухоли и варьировало в пределах от 1 до 5 (в среднем – 2,4).

Всем больным в последующем была проведена адьювантная химиотерапия, в 16 случаях, дополненная региональной химиоэмболизацией.

Результаты. Летальных исходов в ходе вмешательства и в ближайшем послеоперационном периоде отмечено не было. Внутрибрюшное кровотечение было отмечено у 2 (2,9%) больных (из-за трещин, появившихся на границе ткани поджелудочной железы и “iceball” – 1; артерия была повреждена в процессе биопсии после криодеструкции – 1, кровотечение из сосуда бассейна верхней брыжеечной артерии (1) остановлено путем рентгеноэндоваскулярного вмешательства). Острый панкреатит был отмечен в 5 (7,2%) случаях; нагноение в зоне манипуляции – в 2 (2,9%), эвентрация – в 1 (1,5%). Асцит выявили у 10 (14,5%) больных (купировали в течение 5 – 8 дней консервативно).

Полное исчезновение болевого синдрома после криодеструкции было отмечено у 39,6%, значительное снижение его интенсивности – у 41,8%. Выживаемость по Каплан-Мейеру у больных раком поджелудочной железы: 6 мес. – 58%, 12 мес. – 32%, 24 мес. – 16%, 28 мес. – 4,6%.

Заключение. Криодеструкция при местнораспространенном раке поджелудочной железе у нерезектабельных больных является вмешательством, в значительной степени улучшающим качество жизни онкологических пациентов, в первую очередь, за счет снижения болевого синдрома. Близкое расположение магистральных сосудов не является противопоказанием к проведению криодеструкции злокачественных образований

поджелудочной железы. При применении современного химиотерапевтического лечения отмечается и увеличение показателей общей выживаемости. С учетом ближайших и отдаленных результатов криодеструкция может быть рекомендована к широкому использованию у больных местнораспространенным раком поджелудочной железы как составляющая комбинированного лечения.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИСТАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПРИ КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кабдекенова Ж., Мукажанов Д., Досханов М., Скакбаев А., Каниев Ш., Серикулы Е., Мусина А., Хаджиева А., Сейсембаев М., Чорманов А., Ибекенов О., Баймаханов Б.
АО «Национальный научный центр хирургии имени А.Н. Сызганова»,
г. Алматы, Республика Казахстан

Цель исследования – применение лапароскопических технологий в хирургическом лечении кистозных образований поджелудочной железы.

Материал и методы. В ННЦХ имени А.Н. Сызганова в период с 2017 по 2022 г. выполнено 28 лапароскопических резекций поджелудочной железы по поводу образований поджелудочной железы. Из 28 пациентов, мужчин – 9, женщин – 19. Средний возраст пациентов составил – 43,4 лет (14–67 лет). В анамнезе пациентов, признаков ранее перенесенного панкреатита не было. Размеры кисты варьировали от 2,5 см до 12 см (6,2 см среднее).

При дистальной резекции поджелудочной железы, спленэктомии выполнили в 13 случаях, в связи с прорастанием в сосудистые структуры селезенки, а в 15 случаях выполняли по технике сохранения селезенки (проводилась дистальная панкреатэктомия с перевязкой селезеночной артерии и вены: операция Kituga (в области ворот селезенки) – 6, операция Warshaw (в области перешейка поджелудочной железы) – 9), при этом селезенка питается через короткие желудочные вены.

По гистологическим данным, проведенным в послеоперационном периоде серозная цистаденома тела или хвоста поджелудочной железы наблюдалась в 18 (64,3%) случаях; внутрипротоковая папиллярно-слизистая опухоль поджелудочной железы с интраэпителиальной неоплазией легкой или умеренной степени наблюдалась в 2 (7,1%) случаях; псевдокиста хвоста поджелудочной железы, без эпителиальной выстилки в 2 (7,1%) случаях; слизистая кистозная опухоль low grade поджелудочной железы в 2 (7,1%) случаях; высокодифференцированная опухоль хвоста поджелудочной железы с преимущественно нейроэндокринной дифференцировкой в 1 (3,5%) случае; инфильтрирующая протоковая аденокарцинома хвоста поджелудочной железы с нейроэндокринным компонентом с инвазией в селезенку и сосуды ворот селезенки pT3 pNx pR0 G3 St IIA в 1 (3,5%) случае; ацинарная кистозная трансформация в 1 (3,5%) случае; нейроэндокринная опухоль pT3 pN0 R0 LV0 Pn0 G1 StII в 1 (3,5%) случае.

Результаты. Средняя продолжительность операции составила – 329,4 минут (80–530 минут). Интраоперационная кровопотеря составила – 88,25 мл (50–100 мл).

Из 28 проведенных лапароскопических дистальных резекций поджелудочной железы интраоперационных осложнений не было. У 10 (35,7%) пациентов были осложнения в раннем послеоперационном периоде – 2 (7,1%), внутрибрюшное кровотечение, для коррекции данного осложнения в одном случае была выполнена релапаротомия, в другом случае релапароскопия и остановка кровотечения. В 2 (7,1%) случаях отмечался острый панкреатит культы поджелудочной железы, для коррекции острого панкреатита и несостоятельности культы поджелудочной железы применяли мини инвазивные технологии, дренирование под УЗИ - наведением. В 8 (28,5%) случаях отмечается развитие панкреатического свища, которые в дальнейшем были корригированы консервативно. Среднее пребывание в стационаре после оперативного лечения составило 8,7 к/д (5–20 к/д). Летальных исходов в послеоперационном периоде не было.

Заключение. Лапароскопические операции являются методом выбора у пациентов с доброкачественными и в некоторых случаях со злокачественными новообразованиями поджелудочной железы. После лапароскопических дистальных резекций поджелудочной железы отмечается быстрое восстановление в послеоперационном периоде и хороший косметический эффект.

ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПЕРИЦИСТЭКТОМИИ ПРИ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТАХ ПЕЧЕНИ

Каниев Ш.А., Баймаханов Ж.Б., Мусина А.С., Баймаханов Б.Б., Сейсембаев М.А., Ибекенов О.Т., Досханов М.О., Скакбаев А.С., Серикулы Е.
АО «Национальный научный центр хирургии имени А.Н. Сызганова»,
г. Алматы, Республика Казахстан

Цель исследования – широкое применение лапароскопических технологий в лечении эхинококкоза печени и оценить результат лапароскопической перицистэктомии.

Материалы и методы. С января 2017 года по июнь 2022 года 310 пациентам были проведены различные хирургические вмешательства по поводу эхинококкоза печени. Ретроспективно пациенты были разделены на две группы в зависимости от хирургического метода: открытое хирургическое вмешательство (n=226) и лапароскопическая перицистэктомия (n=38). Метод лечения указан согласно стадии CE по классификации ВОЗ (2003 г.). Средний возраст всех пациентов составил 29,5 лет (17–65 лет). Из 310 оперированных пациентов, мужчин – 165, женщин – 145. По данным инструментальных исследований: CE1 – 128 пациентов, CE2 – 115 пациентов, CE3 – 67 пациентов. Клинические результаты были проанализированы в период наблюдения.

Результаты. По результатам исследования не выявлено значительных различий между двумя группами по возрасту, полу, сопутствующим заболеваниям, расположению кисты и количеству сегментов. Лапароскопическая эхинококкэктомия, по сравнению с открытым хирургическим лечением, показало более длительное время операции (ср. значение 228 min) по сравнению с открытыми операциями (ср. значение 118 min) (p < 0,0001), кровопотеря при лапароскопической перицистэкто-

мии меньше, чем при открытых операциях (ср значение 108 мл), в то время как, при открытых операциях среднее значение 150 мл ($p < 0,0001$). Среднее пребывание в больнице в группе лапароскопической перичистэктомии, значительно короче по сравнению с группой хирургического вмешательства (ср. значение 4 дней/9 дней) ($p < 0,0001$). В группе открытых операции наблюдалось 8 послеоперационных осложнений, в том числе 7 (5%) желчных свищей и 1 (0,7%) кровотечение. В то время как, осложнений и летальных исходов в раннем и позднем послеоперационном периоде у пациентов, перенесших лапароскопическую перичистэктомию не наблюдалось, это связано с подбором пациентов (краевое расположение кисты) и малое количество пациентов.

Вывод. Лапароскопическая перичистэктомия является радикальным методом при эхинококкозе печени в определенных случаях. Преимуществом лапароскопической перичистэктомии является короткое количество койко дней и хороший косметический эффект.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С СИМПТОМНЫМ ТЕЧЕНИЕМ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Китаева М.А., Корольков А.Ю., Попов Д.Н., Саадулаева М.М., Смирнов А.А.

*ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова»,
Научно-исследовательский институт хирургии
и неотложной медицины,
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация*

Введение. Согласно литературным данным, желчнокаменная болезнь (ЖКБ) по частоте встречаемости у беременных занимает лидирующее место. Наиболее встречающаяся форма ЖКБ у беременных это рецидивирующие печеночные колики на фоне хронического калькулезного холецистита. Однако данная патология может привести к развитию осложненных форм ЖКБ, таким как острый холецистит, билиарный панкреатит, холедохолитиаз с или без механической желтухой. Развитие данных заболеваний у беременных ведет к высокому риску патологии беременности вплоть до ее прерывания. Следовательно, меры направленные на лечение рецидивирующего течения хронического калькулезного холецистита у беременных имеет особую актуальность.

Цель работы – улучшить результаты лечения беременных женщин с симптомным течением хронического калькулезного холецистита

Материал и методы. На базе Первого медицинского университета имени академика И.П. Павлова, в структуре которого имеется НИИ хирургии и неотложной медицины, а также НИИ акушерства и гинекологии, оба оснащенные стационарным отделением скорой медицинской помощи, было проведено исследование, включающее 221 беременную. Ретроспективную группу составило 117 женщин, проспективную группу – 104.

Результаты. При анализе лечения беременных женщин с рецидивирующими печеночными коликами на фоне хронического калькулезного холецистита в ретроспективной группе, отмечена тенденция к лечению данной патологии консервативными методами. Это приводило не только к многократным госпитализациям,

но и к развитию осложненных форм ЖКБ в 35% случаев. Данные осложнения не всегда положительно отвечали на консервативные методы лечения, что вело к оперативным вмешательствам в экстренном порядке (18,8%), в 15,9% случаев сопроваждавшиеся экстренным родоразрешением.

Для выявления факторов влияющих на развитие осложненных форм ЖКБ был проведен корреляционный анализ, в ходе которого была установлена статистически достоверная связь развития осложнений ЖКБ у беременных с такими факторами как возраст; количество беременностей в анамнезе; срок гестации, на котором возникла первая печеночная колика; наличие ЖКБ в анамнезе до беременности; количество печеночных колик за время беременности. Каждому из факторов, влияющих на вероятность развития осложнений, присвоены балльные значения от 1 до 3, а для их ранжирования был проведен повторный статистический анализ. Согласно статистическим данным, частота встречаемости осложненных форм ЖКБ росла с увеличением возраста, количеством гестаций, у женщин с ранее известным симптомным течением ЖКБ, с возникшим дебютом печеночных колик в первом триместре беременности и перенесших более 3х печеночных колик. Выполнив ранжирование баллов к каждому из вышеуказанных составляющих параметров, было установлено, что при наличии у пациентки суммарно по всем пунктам: 5-7 баллов, имеется низкий риск развития осложнений ЖКБ; 8-10 баллов – средний риск; и 11-14 баллов – высокий. В зависимости от группы риска определялась дальнейшая тактика лечения беременных: для пациенток из группы с низким и средним риском допустимо использовать консервативные методы лечения (спазмолитическая терапия); для пациенток из группы высокого риска оптимально выполнение ЛХЭ на сроке гестации 14-32 недели. Для оценки эффективности использования балльно-оценочной шкалы а было проведено проспективное исследование. Оценивая данные ретро- и проспективного исследования, статистически достоверно отмечено, что результаты лечения в проспективной группе оказались лучше. Снизился суммарный койко-день.

Заключение. Отмечается достоверно меньшая частота возникновения осложненных форм ЖКБ в проспективной группе, что в свою очередь привело к снижению оперативных вмешательств в экстренном порядке по поводу осложнений ЖКБ, тем самым практически полностью нивелируя неблагоприятные исходы беременности такие как срочные и преждевременные роды в экстренном порядке.

РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ И МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ВЫСОКИХ РУБЦОВЫХ СТРИКТУРАХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Коваленко Ю.А., Трифонов С.А., Вишневский В.А., Чжао А.В.

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» МЗ РФ,
г. Москва, Российская Федерация*

Актуальность. Операции при стриктурах желчных протоков отличаются технической сложностью и неудовлетворительными результатами в 5-40% наблюдений. Основными вмешательствами на поврежденных желчных протоках являются открытые операции (в основном реконструкции созданных ранее гепатикоанастомозов (ГЕА) в сочетании или без резекции печени). В тоже время альтернативой реконструктивным ГЕА могут быть

малоинвазивные чрескожные антеградные вмешательства с баллонной дилатацией стриктур ГЕА.

Цель исследования – улучшение результатов хирургического лечения у больных после реконструктивных операций по поводу рубцовых стриктур желчных протоков.

Материал и методы. 99 больных высокими стриктурами желчных протоков проходили лечение в НМИЦ хирургии имени А.В. Вишневого с января 2012 года по декабрь 2020 год (из них женщин было 74 (74,7%), мужчин – 25 (25,3%). Средний возраст больных составил $52,9 \pm 12,2$ года. Наибольшее число стриктур – 85 (89%) – развились после повреждения желчных протоков во время холецистэктомии. Объем выполненного хирургического лечения: реконструктивные вмешательства – 74 пациентам, проведены чрескожные эндобилиарные вмешательства – 25. Продолжительность дренирования желчных протоков составило от 3 до 50 месяцев, в среднем 23 ± 11 мес. Число баллонных дилатаций от 1 до 12, в среднем – $5 \pm 2,5$. У 64 пациентов был сформирован ГЕА, из них 34 (53%) – выполнена реконструкция раннее сформированного ГЕА, у 7 пациентов выполнен ГЕА в сочетании с резекцией печени (4 ГГЭ, 3 бисегментэктомии 2, 3).

Результаты. Удалось оценить отдаленные результаты у 64 (64,6%) пациентов по шкале Terblanche J. Отличными и хорошими результатами считались при наличии не более 2-3 приступов острого холангита в год, отсутствие желтухи и инструментальных признаков. Наилучшие результаты лечения отмечены у больных со стриктурой тип «0» по Э.И. Гальперину (92% успешных исходов). При стриктурах тип «-1», «-2» и «-3» результаты были значительно хуже (48%, 47% и 60%, соответственно), и не имели статистически значимой разницы между собой. Полифакторный анализ риска развития рестриктуры выявил, что между типом стриктуры и характером предшествующей операции (наружное дренирование желчных протоков) существует статистически значимая связь. У больных после ЧЧХД число успешных вмешательств составило 78%. Резекционные вмешательства проведены при типе «-2» и «-3» с хорошими отдаленными результатами по Terblanche. Сравнительный анализ чрескожных и открытых вмешательств показал преимущество чрескожных над реконструктивными ($p=0,05$).

Заключение. В настоящее время малоинвазивные вмешательства являются эффективным и безопасным методом лечения больных высокими рубцовыми стриктурами желчных протоков. При полной потере непрерывности желчных протоков следует прибегать к реконструктивным вмешательствам. При невозможности сформировать адекватный желчеотток из пораженных сегментов печени в сочетании с атрофией и/или наличием множественных абсцессов пораженной доли печени необходимо проводить резекционные вмешательства.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ХОЛЕДОХОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

Койшибаев Т.С., Молданов Ж.Е., Куспаев Е.Н.,
Вервейн С.К., Токкулин Е.М.

ГКП на ПХВ «Многопрофильная городская больница №3»,
г. Нур-Султан, Республика Казахстан

Цель работы – улучшение качества диагностики и лечения пациентов с желчнокаменной болезнью (ЖКБ), осложненной

холедохолитиазом, с помощью минимально инвазивных методов.

Материал и методы. За период с 2020 по 2021 год госпитализировано 498 пациентов с ЖКБ. Из них 81,9% (408 пациентов) прооперированы, 18,1% (90 пациентов) отказались от оперативного лечения и/или имели абсолютные или относительные противопоказания к оперативному лечению. В 25,5% случаев (132 пациента) установлен диагноз холедохолитиаз. Из них 96,9% (128 пациентов) – прооперированы. Из них в 78% случаев (103 пациента) проведена эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ), в 22% (25 пациентов) – интраоперационная холангиография, холедохоскопия тем пациентам, у которых было не возможно произвести ЭРХПГ и/или ЭРХПГ было не эффективно. Интраоперационная холедохоскопия не проводилась как рутинный метод исследования.

Для проведения интраоперационной холедохоскопии в нашей клинике имеются четкие критерии такие как: не эффективность, противопоказания или отсутствие технической возможности для проведения ЭРХПГ.

Всего за два года было выполнено 25 интраоперационных холедохоскопий. Следует учесть, что интраоперационная холедохоскопия должна проводиться в купе с интраоперационной холангиографией для подтверждения успешности результатов лечения.

Для проведения интраоперационной холангиографии, холедохоскопии использовались: эндовидеохирургический комплекс с FullHD разрешением, рентгенхирургическая С-дуга, холедохоскоп диаметром 4 мм с рабочим каналом + эндовидеохирургический комплекс, катетер для холангиографии Ch6, рентгенконтрастное вещество Йопромид, корзинка Dormia многоразовая, холедохэкстрактор Ch6 или Ch8.

Результаты. Из 25 проведенных интраоперационных холедохоскопий выполнено лапароскопически 52% (13 пациентов), а «открыто» – 48% (12 пациентов). У 48% (12 пациентов), которым было проведена «открытая» интраоперационная холангиография, отмечались технические трудности, обусловленные вклиниванием камней в терминальном отделе общего желчного протока и невозможностью лапароскопической литоэкстракции, а так же выраженный спаечный процесс брюшной полости. Продолжительность операций в среднем составила 120 мин. В 12% случаев (3 пациента) было осложнение в виде не герметичности швов холедоха, которое потребовало повторного оперативного вмешательства. На 3-5 сутки отмечается нормализация уровня билирубина. В среднем все пациенты, которым проводилась холедохоскопия, выписаны на 7-10 суток после оперативного вмешательства.

Исходя из нашего опыта, считаем, что не рекомендуется проводить интраоперационную холедохоскопию через пузырный проток, так как в большинстве случаев просвет не проходим для холедохоскопа. Рекомендуется проводить ретроградную и антеградную холедохолитоэкстракцию через холедохотомное отверстие, размером не менее диаметра конкремента.

Заключение. Интраоперационная холедохоскопия по информативности, достоверности и лечебному эффекту сопоставима с ЭРХПГ, в тоже время не является рутинным методом диагностики и лечения холедохолитиаза, требует строгих показаний и должна соответствовать определенным критериям.

Интраоперационная холедохоскопия позволяет произвести не только литоэкстракцию, но и забор желчи для бактериологи-

ческого исследования, а так же выполнить визуальный осмотр и оценку стенок и слизистой желчевыводящих протоков, произвести ревизию внутрипеченочных протоков, в том числе долевых и сегментарных.

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СТРИКТУР БИЛИОДИГЕСТИВНЫХ АНАСТОМОЗОВ, ОСЛОЖНЕННЫХ ХОЛАНГИТОМ И БИЛИАРНЫМ СЕПСИСОМ

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

*ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова»,
Научно-исследовательский институт хирургии
и неотложной медицины,
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация*

Введение. Стриктуры билиодигестивных анастомозов возникают в 10–30% случаев после выполнения реконструктивных оперативных вмешательств на желчевыводящих путях. На фоне данной патологии частота развития механической желтухи, холангита и билиарного сепсиса составляет до 10%. Несмотря на пристальное внимание к проблеме воспалительной патологии желчевыводящих путей, летальность у данной категории пациентов остается на достаточно высоком уровне.

Цель работы – улучшить результаты лечения пациентов со стриктурами билиодигестивных анастомозов, осложненных острым холангитом и билиарным сепсисом.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 36 пациентов с рубцовыми стриктурами билиодигестивных анастомозов, осложненными развитием острого холангита и билиарного сепсиса, госпитализированных в клинику НИИ хирургии и неотложной медицины в период с 2015 по 2021 год. Всем пациентам выполнялись двухэтапные вмешательства. Все больные при поступлении были обследованы в условиях стационарного отделения скорой медицинской помощи, где проводился комплекс лабораторных и инструментальных исследований, предоперационная подготовка. Первым этапом с целью билиарной декомпрессии выполнялось чреспеченочное холангиодренирование, вторым этапом – один из вариантов реконструкции с транспеченочным каркасным дренированием. По результатам лечения были оценены следующие показатели: общее время операции, частота развития послеоперационных осложнений, летальность и длительность койко-дня.

Результаты. Диагноз острый холангит был установлен у 28 больных (77,8%), билиарный сепсис – у 8 (22,2%). Пациентам с холангитом билиарная декомпрессия выполнялась в течении 6 часов от момента поступления, больным с билиарным сепсисом не позднее чем через 2 часа. Всем пациентам на первом этапе было выполнено наружно-внутреннее холангиодренирование. По результатам нормализации лабораторных показателей и снижении уровня билирубина вторым этапом в плановом порядке выполнялась реконструкция билиодигестивного анастомоза с транспеченочным каркасным дренированием. У 3 пациентов (8,3%) по результатам предоперационного обследования выявлен надстриктурный холелитиаз, в связи с чем вторым этапом выполнено оперативное вмешательство в

объеме разобщения анастомоза, интраоперационной холангиоскопии с литоэкстракцией, реконструкцией анастомоза на сменных транспеченочных каркасных дренажах. У 10 больных (27,8%) после чрескожного дренирования, вторым этапом было произведено малоинвазивное вмешательство в виде минилапаротомии, энтеротомии, проведении сменного транспеченочного каркасного дренажа, используя в качестве проводника установленный на первом этапе чреспеченочный дренаж. Летальность в раннем послеоперационном периоде составила 11,1%. Осложнения после первого этапа лечения развились у 2 пациентов (5,5%): подтекание желчи и острый деструктивный панкреатит. Средняя длительность пребывания в стационаре с учетом выполнения двух этапов оперативного лечения составила 20,1±8,6 суток.

Заключение. Пациентам с острым холангитом и билиарным сепсисом, развившимся на фоне стриктуры билиодигестивного анастомоза, показано лечение в условиях многопрофильного стационара, включающего в себя стационарное отделение скорой медицинской помощи, отделение интервенционной хирургии, эндоскопическое и хирургическое отделения. Наилучшие результаты лечения у данной категории больных отмечаются при использовании двухэтапного подхода: первым этапом – выполнение билиарной декомпрессии, вторым этапом – транспеченочное каркасное дренирование, при этом при наличии надстриктурного холелитиаза показано выполнение разобщения анастомоза и его реконструкция.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВАСКУЛОБИЛИАРНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЕЧЕНИ

**Котенко О.Г., Минич А.А., Григорян М.С.,
Михайлюк О.С., Котенко И.О., Матвиенкив А.О.**

*Универсальная клиника «Обериг», отделение хирургии печени,
поджелудочной железы и трансплантации,
г. Киев, Украина*

Введение. Холецистэктомия является одной из наиболее распространенных операций, выполняемых в настоящее время, и, независимо от техники (лапароскопически или открыто) повреждение желчных протоков все еще имеет место. Частота повреждений желчевыводящих путей при открытой холецистэктомии – 0,2-0,3%. Частота повреждений желчевыводящих путей при лапароскопической холецистэктомии – 0,4-0,6%. Частота васкулобилиарных повреждений – 16,7-47,0%. Частота повреждений grade 3 (Strasbeg E4, E5) – 13,7%.

Цель работы – проанализировать опыт резекций печени при повреждениях желчных путей, изучить характер билиарных и васкулобилиарных повреждений, оценить риск и эффективность резекции печени при повреждениях желчных путей, определить показания к резекции печени при повреждениях желчных путей.

Материал и методы. Из 17 пациентов, пролеченных по поводу доброкачественных стриктур желчевыводящих путей, 15 (88,2%) подверглись резекции печени и 2 (11,8%) гепатикоэностомии; По шкале Страсберга: у 10 пациентов – Strasberg E4 (58,8%), у 5 пациентов – Strasberg E5 (29,4%), у 2 пациентов – Strasberg C (11,8%). Повреждение сосудов печени наблюдалось у 13 пациентов (76,5%), атрофия долей печени у 5 (29,4%).

Результаты. 10 пациентам была выполнена правосторонняя трисекциозэктомия, 2 – правосторонняя задняя, 2 – левосторонняя гепатэктомия, 1 – правосторонняя гепатэктомия. 2-м пациентам была выполнена гепатикоеюностомии без резекции печени. Средняя длительность операции – 427 мин, кровопотеря – 1000 мл. Структура послеоперационных осложнений по Dindo-Clavien: Grade IIIa – у 6-ти; Grade IIIb – у 4-х; Grade IVa – у 5-ти; Grade IVb – у 2-х; Grade V – у 4-х пациентов соответственно.

Выводы. Показанием к резекции печени при травме желчных протоков является изолированное повреждение протоков правой передней или задней секции или комбинированное васкулобилиарное повреждение – Grade III (E4-5 по Strasberg) сопровождающееся некрозом или гнойно-некротическими изменениями соответствующей части паренхимы печени. Целью резекции печени при васкулобилиарном повреждении является удаление патологически измененной паренхимы и выделение хорошо васкуляризованного сегмента желчного протока для формирования билиодигестивного анастомоза. При планировании объема резекции печени необходим индивидуальный подход в зависимости от характера повреждения билиарного дерева и сосудов гепатодуоденальной связки. Резекция печени должна выполняться до развития у пациента сепсиса с билобарными холангиогенными абсцессами печени или вторичного билиарного цирроза.

МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ХИРУРГИИ ОПУХОЛЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Марков П.В., Горин Д.С., Галкин Г.В., Арутюнов О.Р.
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский
центр хирургии имени А.В. Вишневского» МЗ РФ,
г. Москва, Российская Федерация

Актуальность. В настоящее время в хирургической панкреатологии все большее распространение получают минимально инвазивные методики оперативных вмешательств. Наибольшее распространение получили лапароскопические и робот-ассистированные дистальные резекции поджелудочной железы, энуклеации опухолей различного генеза и локализаций, панкреатодуоденальные резекции. Минимально инвазивные операции по сравнению с традиционным доступом характеризуются значительно более ранней активизацией пациента в послеоперационном периоде и более коротким периодом нахождения в стационаре. Однако количество осложнений при минимально инвазивных и традиционных вмешательствах сохраняется на сопоставимом уровне и отдаленные результаты вмешательств не имеют статистически значимых различий.

Цель исследования – проанализировать результаты минимально инвазивного хирургического лечения опухолей поджелудочной железы.

Материал и методы. В НИИЦ хирургии имени А.В. Вишневского в период с декабря 2016 г. по декабрь 2021 г. было выполнено 627 резекционных вмешательств на поджелудочной железе различного объема. Из них минимально инвазивных вмешательств было 91.

Результаты. Выполнено 52 дистальных резекций поджелудочной железы. Лапароскопических вмешательств было 17,

из них с сохранением селезенки – 15. Робот-ассистированных дистальных резекций ПЖ выполнено 35, из них с сохранением селезенки – 22. Мужчин было 7 (13,5%), женщин – 45 (86,5%). Средний возраст пациентов составил 46 лет. Средняя продолжительность операции составила 191 минуту.

По поводу протоковой аденокарциномы операции были выполнены в 3 (5,8%) случаях; IPMN-карциномы – в 2 (3,8%) случаях; нейроэндокринных опухолей – в 17 (32,7%) случаях; кистозных опухолей – 24 (46,2%) случаях; хронического панкреатита – в 3 (5,8%) случаях; псевдокисты – в 1 (1,9%) случае; в 2 (3,8%) случаях операции были выполнены по поводу подозрения на опухоль хвоста ПЖ, однако по данным гистологического исследования была получена ткань селезенки.

Специфические осложнения в послеоперационном периоде оценивали согласно рекомендациям Международной группы хирургов по изучению поджелудочной железы (ISGPS) и наблюдались у 21 (40%) пациента. Гастростаз наблюдали в 2 (3,8%) случаях; панкреатические свищи тип В возникли у 23 (44%) пациентов; в 1 случае (1,9%) послеоперационный период осложнился аррозийным кровотечением, в связи с чем была выполнена лапаротомия, остановка кровотечения со среза ПЖ прошиванием. Летальных исходов не было.

Выполнено 27 минимально инвазивных энуклеаций опухолей поджелудочной железы: лапароскопических – 8, робот-ассистированных – 19. Женщин было 22 (81,5%), мужчин – 5 (18,5%). Средний возраст пациентов составил 48 лет. Средняя продолжительность операции составила 120 мин. По поводу нейроэндокринных опухолей поджелудочной железы операции были выполнены в 22 (81,5%) случаях, по поводу кистозных опухолей – в 5 (18,5%) случаях.

Осложнения в послеоперационном периоде развились у 5 (18,5%) пациентов. Гастростаз – в 2 (7,4%) случаях, панкреатические свищи тип В возникли у 5 (18,5%) пациентов; аррозийными кровотечениями послеоперационный период осложнился в 2 (7,4%) случаях. В первом случае была выполнена ангиография, эмболизация ветви гастродуоденальной артерии, во втором – выполнена лапаротомия, остановка кровотечения прошиванием. Летальных исходов не было.

Заключение. Минимально инвазивные вмешательства на сегодняшний день занимают значительное место в хирургии очаговых образований поджелудочной железы, однако показания к ним имеют ряд ограничений и должны обсуждаться индивидуально для каждого пациента.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОГО АЛЬВЕОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Монахов А.Р., Зубенко С.И., Салимов В.Р.,
Хубезов Л.Д., Болдырев М.А., Готье С.В.
ФГБУ «Национальный медицинский
центр трансплантологии и искусственных органов
имени академика В.И. Шумакова» МЗ РФ,
г. Москва, Российская Федерация

Введение. Альвеолярный эхинококкоз (альвеококкоз) является широко распространенным очаговым зоонозом. Альвеококковое поражение печени является трудно диагностируемым на

ранних стадиях заболевания, лечение заболевания на поздних стадиях представляет собой сложную хирургическую задачу.

Цель исследования – провести ретроспективный анализ результатов хирургического лечения распространенного альвеококкоза печени.

Материал и методы. С февраля 2019 г. по июнь 2022 г. в НМИЦ ТИО прооперировано 10 пациентов с распространенным альвеококкозом печени. У 6 пациентов выполнена резекция печени: 4 – расширенная правосторонняя гемигепатэктомия с резекцией воротной вены; 2 – расширенная правосторонняя гемигепатэктомия с протезированием нижней полой вены (НПВ). В 4 случаях распространенного альвеококкоза с комбинированным вовлечением портальных структур, нижней полой вены, воротной вены выполнена трансплантация печени: 1 трансплантация правой доли от родственного донора; 2 трансплантации от посмертного донора; 1 трансплантация от посмертного донора комбинированная с панкреатодуоденальной резекцией при вовлечении стенки двенадцатиперстной кишки и головки поджелудочной железы.

Результаты. В группе пациентов с трансплантированной печенью не выявлено сосудистых/билиарных осложнений. В группе пациентов с резекцией печени без протезирования НПВ у 1 пациента развился неполный наружный желчный свищ, потребовавший фистулоюностомии через 3 месяца. В группе с протезированием НПВ у одного пациента развилась протезная инфекция в связи с клинически латентным желчеистечением, что привело к тромбозу протеза НПВ. В связи с вовлечением печеночной вены ремнанта в течение 3 месяцев у пациента развился синдром Бадда-Киари. Через 4 месяца после первичной операции была выполнена трансплантация печени от посмертного донора в связи с развитием острой печеночной недостаточности на фоне тромбоза воротной вены культи печени. Пациент погиб от инфекционных осложнений на 12-е сутки после операции.

Заключение. Хирургическое лечение распространенного альвеококкоза печени является технически сложным вмешательством, часто требующим комбинированной сосудистой реконструкции с применением холодовой перфузии печени. В наиболее тяжелых случаях с вовлечением печеночных вен, внутригрудного отдела НПВ, структур ворот печени трансплантация печени является наиболее обоснованным и безопасным методом лечения.

ПРИМЕНЕНИЕ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Муқанова У.², Алибеков Б.¹, Жамбаева Н.²

¹Городская клиническая больница №1,
г. Шымкент, Республика Казахстан,

²Международный Казахско-Турецкий
университет имени Х.А. Ясави,
г. Шымкент, Республика Казахстан

Цель работы – оценка эффективности применения миниинвазивных технологий в диагностике и лечении больных с механической желтухой различной этиологии по данным Шымкентской городской клинической больницы №1 (ГКБ №1).

Материал и методы. Длительная механическая желтуха

с застоем желчи и желчной гипертензией приводят к дистрофии гепатоцитов, их некробиозу и билиарному циррозу печени. Гибель внутриклеточных органелл вызывает нарушение детоксикационной и синтетической функций печени, что в конечном счете заканчивается печеночной недостаточностью, выполнение хирургического вмешательства на фоне печеночной недостаточности, отмечается высокий процент послеоперационной летальности, что диктует необходимость выполнять на первом этапе декомпрессию желчной гипертензии. После частичной или полной стабилизации показателей уровня билирубина сы-воротки крови следует выполнять оперативное вмешательство. Проанализированы результаты лечения 233 пациентов пролеченных в хирургических отделениях №1, №2, №3 ГКБ №1 г. Шымкента за период с 2010 г. по май 2022 г., с механической желтухой различной этиологии.

Результаты. Всем 233 больных проведено чрескожное чреспеченочное дренирование желчных протоков (ЧЧХС). Из 233 больных, 185 проведены ЧЧХС желчных протоков под контролем УЗИ, с улучшением оснащения больницы медицинским оборудованием ЧЧХС желчных протоков последние годы проводится с помощью ангиографа. Противопоказания к чрескожной декомпрессии желчных протоков, абсолютные: терминальное состояние больного, отсутствие безопасной траектории для проведения иглы и дренажа; относительные: нарушение свертывающей системы крови, напряженный асцит, отсутствие расширения желчных протоков. Уровень билирубина у больных варьировал от 250 ммоль/л и выше. В основном у данной категории больных механическая желтуха была обусловлена сдавлением холедоха при холедохолитиазе 122 (52,4%) больной, образование головки поджелудочной железы – 43 (18,5%), абсцессы и кисты печени – 11 (4,7%), гематома печени – 2 (0,8%), опухоль Клацкина – 38 (16,4%), образование и стриктура БДС – 8 (3,4%), рак желчного пузыря с прорастанием – 5 (2,2%), дренирование после трансплантации печени – 2 (0,8%), стеноз общего желчного протока – 2 (0,8%). 217 больным проведено наружное дренирование, 93,1%, 16 больным произведено наружно-внутреннее билио-дуоденальное дренирование желчных протоков, 6,9%. Технический успех достигнут у 232 из 233 больных (99,6%), осложнение после ЧЧХС у 1 больного (кровотечение из паренхимы печени без нарастания под УЗИ контролем, устранена на II этапе (операция) (0,4%). 1 больной проведена наружно-внутреннее дренирование с целью устранения стриктуры гепатикоюноанастомоза после трансплантации печени, проведенной 2017 году в Индии, больная неоднократно находилась на стационарном лечении по поводу холангита и механической желтухи. На КТ исследовании имелось незначительное расширение внутрипеченочных желчных протоков, решено произвести наружно-внутреннее дренирование, на длительный период времени, для устранения стриктуры анастомоза.

Заключение. ЧЧХС желчных протоков, является мало-травматичным высокоэффективным методом декомпрессии и санации желчного пузыря. Выполнение ЧЧХС расширяет возможности лечения больных с механической желтухой, создаёт благоприятные условия для выполнения радикальных, паллиативных оперативных вмешательств. Предпочтительным является выполнение наружно-внутреннее билио-дуоденальное дренирование желчных протоков или стентирование, улучшение качества жизни пациентов.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ДЕКОМПРЕССИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

Мукушев М.М., Акатаев Н.А., Жумабаев М.Н.,
Джаркенов Т.А., Абди Ж.О., Нурманов К.Ж.,
Балшамбаев М.Е.

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

Актуальность. В связи с ростом числа заболеваний, вызывающих желтуху, наличием сопутствующих заболеваний, своевременная диагностика и лечение больных механической желтухой до сих пор остается актуальной проблемой хирургических клиник. Кроме того, зачастую имеется различной степени выраженности острый холангит, который может привести к образованию холангиогенных абсцессов печени. Основными причинами желтухи являются: холедохолитиаз, рубцовые стриктуры холедоха, кисты холедоха (как врожденные, так и приобретенные), доброкачественные образования головки поджелудочной железы и большого дуоденального сосочка (БДС), и злокачественные процессы в головке поджелудочной железы и большого дуоденального сосочка, опухоли холедоха различного уровня. В настоящее время арсенал малоинвазивных желчеотводящих методов при механической желтухе достаточно велик и включает: эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХПГ) с эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ); чрескожную чреспеченочную холангиографию с чрескожной чреспеченочной холангиостомией; холецистостомию под контролем УЗИ, КТ. Следует отметить, что проведение ЭРХПГ позволяет не только контрастировать протоки, но и визуально оценить состояние БДС, а также периапулярной области.

Цель работы – определение эффективности эндоскопических чреспапиллярных методов в диагностике и лечении пациентов с механической желтухой.

Материал и методы. В настоящей работе проанализирован опыт диагностики и лечения 68 пациентов с механической желтухой, поступивших в ГКП БСМП г. Актобе с 2015 по 2021 г. Больные были в возрасте от 31 до 79 лет, из них – 28 женщин и 40 мужчин. Длительность механической желтухи, выявленной при визуальном осмотре, составляла от 5 до 12 суток. Уровень общего билирубина на момент госпитализации колебался от 68 до 397 ммоль/л, (в среднем $232,5 \pm 18,3$ ммоль/л).

Результаты. Причинами желтухи явились холедохолитиаз, стриктура терминального отдела холедоха, заболевания головки поджелудочной железы, аденома БДС. Среди всех пациентов в возрасте до 60 лет наиболее частой причиной механической желтухи являлся холедохолитиаз (58%), тогда как после 60 лет – злокачественные опухоли гепатопанкреатодуоденальной зоны (67%). У 35 (57,4%) больных при поступлении выявлены осложнения, сопутствующие механической желтухе. Гнойный холангит 10 (14,7%), холангиогенные абсцессы печени 2 (2,9%), печеночно-почечная недостаточность 11 (16,2%). Нами проанализированы исходы лечения больных с механической желтухой. Наиболее частыми осложнениями были РХПГ-индуцированный панкреатит 9 (13,2%) и кровотечение из папилломной раны 3 (4,4%). Также наблюдались ретродуоденальная перфорация 1 (1,5%), панкреонекроз 2 (2,9%). Летальных исходов не было. Основными причи-

нами неудачи эндоскопических методов явились интрадивертикулярное расположение БДС 4 (5,9%) и вклиненный конкремент и невозможность заведения корзинки Доромиа 6 (8,8%).

Заключение. ЭРХПГ с ЭПСТ остается основным методом эндоскопического лечения холедохолитиаза, при этом в 86% случаев возможна литоэкстракция и восстановление желчеоттока. Проведение ретроградного контрастирования при наличии крупных, фиксированных камней по ходу магистральных желчных протоков, выявляемые при УЗИ или МРТ исследованиях, ведет к ухудшению состояния больного в связи с увеличением гипертензии и затрудненной эвакуацией контрастного вещества и желчи. В такой ситуации показана чрескожная чреспеченочная декомпрессия желчных путей.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ОСЛОЖНЕННЫХ СДАВЛЕНИЕМ ОРГАНОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Назирова Ф.Г., Акбаров М.М.,
Нишанов М.Ш., Эгамов Б.Ю.

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

Актуальность. Частота кист и кистозных образований поджелудочной железы (ПЖ) с каждым годом неуклонно возрастает. Это обусловлено многими факторами: повышением заболеваемости острым панкреатитом, увеличением частоты травматических повреждений поджелудочной железы, увеличением заболеваемости деструктивным панкреатитом различной этиологии, а также высокой заболеваемостью описторхозом населения эндемичных регионов. Примерно у 25% больных хроническим панкреатитом встречается кистозное поражение поджелудочной железы. Одной из серьезных проблем гепатобилиарной хирургии является хирургическое лечение кистозных поражений поджелудочной железы. Данное заболевание характеризуется высоким процентом рецидивов после оперативных вмешательств. Кистозные поражения поджелудочной железы составляют 0,3% от всей абдоминальной хирургической патологии и относятся к аномалиям структуры. Жидкостное образование, находящееся в ткани самой железы или в парапанкреатической клетчатке – является кистой ПЖ (kistomata pancreatitis) подразумевается. Данная патология встречается как во взрослом возрасте, так и у детей.

Цель исследования – улучшить результаты лечения больных с кистами поджелудочной железы на основе совершенствования диагностики и выбора оптимальной хирургической тактики.

Материал и методы. За период с 2010 по 2015 г. в нашей клинике получали лечение 14 (13,3%) больных со сдавлением органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) кистой ПЖ. Сроки существования кисты составляли, в среднем 6 месяцев, имеет плотную соединительнотканную оболочку и были связаны с главным протоком железы. У 4 (28,6%) пациентов киста находилась в головке ПЖ, у 5 (35,7%) – в проекции тела, еще у 5 (35,7%) – в проекции хвоста ПЖ. Основными клиническими проявлениями кист у больных было нарушение проходимости выходного отдела желудка и двенадцатиперстной кишки. Больные жаловались на чувство быстрого насыщения, тяжесть в эпигастральной области

при приеме пищи и после, тошноту, рвоту, снижение аппетита и массы тела.

Основными методами диагностики в этой группе, кроме УЗИ, подтверждающего наличие кисты, были рентгенологические и эндоскопические. Контрастное рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) с применением бариевой взвеси выявлялось следующее: при кистах головки ПЖ обычно антральный отдел желудка оттесняется кверху с образованием вдавления по большой кривизне; дуга ДПК разворачивается и перемещается кпереди. Кисты тела ПЖ вызывают смещение или вдавление желудка, который перемещается влево и кпереди.

При фиброгастродуоденоскопии со стороны задней стенки желудка и в области луковицы ДПК имеет место сужение просвета кишки.

Всех больных данной группы оперировали в плановом порядке. В основном выполняли внутреннее дренирование, поскольку кисты старше полугодя представляли собой «зрелую» фиброзную капсулу. Во всех случаях кисты сообщались с ГПП, что подтверждено данными ЭРПХГ.

Для больных с кистами ПЖ сдавлением органов ЖКТ малоинвазивные методики дренирования и декомпрессии кисты мы считаем нецелесообразными. Во-первых, стенки кисты представляли собой плотную фиброзную оболочку, что обуславливало невозможность их спадания; во-вторых, при сообщении кист с ГПП, пункции и дренирование кист нежелательны, в связи с риском формирования стойкого наружного панкреатического свища.

Результаты. Характер оперативных вмешательств у этих больных у 2 больных с кистой в области головки ПЖ выполнили кистодуоденоанастомоз, возможный при тесном сращении стенок кисты с ДПК. 8 пациентам с кистой в головке, теле ПЖ наложили кистоеюноанастомоз на выключенной по Ру петле тонкой кишки. 1 больному с признаками внутрипанкреатической гипертензии выполнили дистальную резекцию ПЖ с наложением продольного панкреатоюноанастомоза. У 1 больного с одной кистой в области головки ПЖ после наложения кистоеюноанастомоза, возникла частичная несостоятельность швов анастомоза. Это привело к формированию левостороннего поддиафрагмального абсцесса, который дренировали под УЗ-контролем с последующими санациями полости абсцесса через установленные дренажи. Больной поправился.

Заключение. Результаты исследования показывают, что при кистах ПЖ, осложненных сдавлением желудка и ДПК, наиболее эффективны внутреннее дренирование, или резекционные операции. При выборе способа оперативного устранения патологического процесса необходимо учитывать период развития кисты, прочность ее стенки, и, главное, выраженность воспалительных изменений в зоне операции.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ АНАТОМИЧЕСКИХ РЕЗЕКЦИЯХ ПЕЧЕНИ

Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Нишанов М.Ш.,

Йигиталиев С.Х., Миролимов М.М.

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

Цель исследования – улучшение результатов обширных

анатомических резекций печени путем внедрения новых технологий.

Материал и методы. С 1997 по 2021 г. произведено 253 резекций печени по поводу заболеваний различного генеза. Возраст больных колебался от 23 до 68 лет. Следует отметить, среди них больные трудоспособного возраста (от 23 до 45 лет) составляли 71% (100 больных). По технике выполнения резекции все больные распределены на две группы. В первую группу включены 145 пациентов, 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 108 больных, которым резекционный этап проводился с традиционным гемостазом.

Результаты. Объем интраоперационной кровопотери в среднем в первой группе составил $202,8 \pm 12,2$ мл, тогда как во второй группе $580,1 \pm 76,2$ мл. В послеоперационном периоде отмечены следующие осложнения: внутрибрюшное кровотечение в первой группе в 1 (0,68%) случае, во второй – 6 (5,55%); поддиафрагмальный абсцесс, асцит, острое нарушение коронарного кровообращения и плевропневмония развились по одному (0,92%) случаю во второй группе; печеночная недостаточность по одному случаю в обеих группах. Общая частота осложнений в группах исследования составила 1,37% в первой группе и 7,4% во второй группе. Послеоперационная летальность в общей группе составила – 3,6%, в свою очередь в группе, где применены «бескровные» технологии отмечено снижение этого показателя в 3 раза, с 8,2% до 1,8%.

Заключение. Одним из перспективных направлений улучшения результатов обширных резекций печени 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.

РЕЗУЛЬТАТЫ

ПАНКРЕАТОГАСТРОАНАСТОМОЗА ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ С

ПЕРИАМПУЛЯРНЫМИ ОПУХОЛЯМИ

**Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Нишанов М.Ш.,
Миролимов М.М., Каменов А.А., Раззоков Н.Р.**

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

Основным методом лечения рака органов периапулярной зоны является радикальная операция. Только своевременно выполненная радикальное вмешательство может существенно продлить жизнь больного.

Цель работы – улучшить результаты лечения радикальных операций у больных с опухолями органов периапулярной зоны.

Материал и методы. В отделе хирургии печени, порталь-

ной гипертензии и панкреатодуоденальной зоны находились на лечении более 740 больных с периапулярными опухолями (ПО). Радикальные и условно-радикальные операции при периапулярных опухолях выполнены 91 больному. Из них стандартная панкреатодуоденальная резекция (ПДР) выполнена у 48 больных, расширенная ПДР – у 33, тотальная дуоденпанкреатэктомия – у 11, трансдуоденальная папиллэктомия – у 16.

Возраст больных колебался от 37 до 65 лет, средний возраст составил 51 год. Мужчин было 55, женщин – 43. Из 98 больных рак головки поджелудочной железы (ПЖЖ) диагностирован у 42 больного, рак БДС – у 50, рак ТОХ – у 6. У одного больного был малигнизированный полип околососочковой зоны ДПК, у другого – аденокарцинома желудка с прорастанием в головку ПЖЖ.

Результаты. Одним из самых грозных осложнений раннего послеоперационного периода после ПДР является несостоятельность панкреатодигестивного анастомоза. Поэтому существенное значение для улучшения непосредственных результатов радикальных операций имеет выбор метода обработки культи поджелудочной железы. Методы обработки культи ПЖЖ определяются состоянием паренхимы, толщиной стенки панкреатического протока и местными анатомическими условиями.

Применены следующие способы обработки культи поджелудочной железы: ушивание культи наглухо у 19 больных; панкреатозентероанастомоз у 18; панкреатикоэентероанастомоз у 26. После трансдуоденальной папиллэктомии (7) произведена реимплантация панкреатического протока в заднюю стенку двенадцатиперстной кишки. При ушивании культи наглухо у 9 больных применен метод Cole, у 6 – метод Уайпла и у 5- метод Кочиашвили.

Наиболее часто (у 26 больных) использован панкреатикоэентероанастомоз. В 8 случаях панкреатикоэентероанастомоз накладывали по методике, предложенной В.И. Кочиашвили. У 18 больных анастомоз сформировался по предложенной нами методике с обязательным назопанкреатическим каркасным дренированием панкреатического протока оставшейся культи поджелудочной железы.

В последнее время появились работы в пользу панкреатогастроанастомоза, как при пилоросохраняющей ПДР, так и при стандартных ее вариантах. Считается, что при этом виде анастомоза исключается кишечный фактор стимуляции секреции поджелудочной железы и при анастомозировании культи ПЖЖ с более васкуляризированной частью желудочно-кишечного тракта (желудком) меньше вероятности развития недостаточности.

Предложенный американским хирургом Jonathan Roads вариант панкреатогастроанастомоза использован у 11 больных после ПДР. В сравнительном аспекте формирование этого типа анастомоза позволило уменьшить частоту осложнений. Так, при других типах анастомозов аррозивное кровотечение отмечено в 22,3% случаев против 13,2% при панкреатогастроанастомозе, несостоятельность панкреатозентероанастомоза развилась в 16,1% против 10,1%, острый послеоперационный панкреатит с некрозом оставшейся культи ПЖЖ в 11,3% против 10,2%. Соответственно частота летальности в ближайший послеоперационный период была также ниже в группе больных с панкреатогастроанастомозом, составив 10,1% против 25,1%.

Заключение. Улучшение непосредственных результатов радикальных операций у больных периапулярными опухолями зависит не только от правильного отбора больного, технического выполнения вмешательства, а также от методов обработки культи поджелудочной железы. В настоящий период методом выбора является инвагинационный панкреатогастроанастомоз по методике предложенной Jonathan Roads, позволяющий снизить частоту несостоятельности и соответственно летальности в ближайший послеоперационный период.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Ордабеков С.О., Рыскулов Ж.О., Сейткасымов Е.К.

Жамбылская областная многопрофильная больница,
г.Тараз, Республика Казахстан

Введение. До настоящего времени вопрос о выборе оптимальной лечебной тактики при синдроме механической желтухи (СМЖ) окончательно не решен. Консервативные мероприятия, направленные на улучшение и восстановление функции печени, носят, как правило, вспомогательный характер. Решающим является оперативное вмешательство. Несмотря на достижения интенсивной терапии и хирургии желчных путей, при острых патологических состояниях билиопанкреатодуоденальной зон (БПДЗ) летальность достигает 12–20%, а при печеночной недостаточности – 50–70%. Выбор метода лечения важен для устранения проявлений СМЖ. Однако по этому вопросу отсутствует единое мнение. Так как основная задача – декомпрессия желчных путей, выбору способа отведения желчи не придается особого значения. Высокая послеоперационная летальность и частота осложнений не оправдывают подобного подхода.

Цель работы – оценить результаты хирургического лечения синдрома механической желтухи.

Материал и методы. В хирургических стационарах Жамбылской области ежегодно оперируются от 1,3 тыс. до 1,6 тыс. пациентов с патологией БПДЗ. Из них в хирургическом отделении областной многопрофильной больницы получает лечение 470-500 пациентов. Клинические исследования основаны на анализе результатов обследования и хирургического лечения 197 больных с патологией билиопанкреатобилиарной зоны, осложненной СМЖ. Из всех 197 больных с СМЖ в различные сроки после стационарного лечения были выписаны 189 больных с признаками клинического выздоровления (при доброкачественных заболеваниях БПДЗ) или улучшения (при злокачественных новообразованиях БПДЗ), а у 8 больных после хирургического лечения наступил летальный исход. У всех 189 больных с СМЖ, выписанных из стационара, были отмечены стабилизация общего состояния, исчезновение иктеричности склер и желтушности кожи, холемической интоксикации, нормализация уровня билирубина в сыворотке крови. Ближайшие результаты оперативного лечения больных с СМЖ при разной патологии БПДЗ оценивали разными критериями: послеоперационные осложнения (нагноение, гематома и серома области раны, кровотечение, желчеистечение, панкреатит) и послеоперационная летальность.

Результаты. Из всех 197 больных с СМЖ в различные сроки после стационарного лечения были выписаны 189 боль-

ных с признаками клинического выздоровления (при доброкачественных заболеваниях БПДЗ) или улучшения (при злокачественных новообразованиях БПДЗ), а у 8 больных после хирургического лечения наступил летальный исход.

Первый этап хирургического лечения – эндоскопическая папиллосфинктеротомия и эндопротезирование (ЭПСТ и ЭП) общего желчного протока – выполнен у 148 больных с разной патологией БПДЗ, осложненной СМЖ. Из них кровотечение после ЭПСТ возникло в 2 (0,6±0,4%) наблюдениях: у одной больной с опухолью головки поджелудочной железы, у которой с целью остановки кровотечения выполнены лапаротомия, гастродуоденотомия, прошивание кровоточащего сосуда в зоне БДС. У одной больной с желчнокаменной болезнью, холедохолитиазом кровотечение из области большого дуоденального сосочка остановлено с помощью эндоскопического гемостаза (инъекции раствора адреналина и орошения раствором ферракрила) с благоприятным исходом. Панкреатит после папиллотомии возник у 2 (0,6±0,4%) больных, у которых проведение консервативных мероприятий позволило купировать раннее послеоперационное осложнение. Следовательно, после первого этапа хирургической коррекции СМЖ специфические осложнения возникли у 4 (2,0±0,6%) из 197 больных.

Послеоперационные раневые осложнения выявлены у 8 (3,2±1,1%) из 197 больных с патологией БПДЗ, осложненной СМЖ. Гематомы были у 3 (1,2±0,7%) больных, серомы – у 3 (1,2±0,7%) и нагноение – у 2 (0,8±0,6%). Во всех наблюдениях после вскрытия гематом, сером и гнойных очагов раневые дефекты были ликвидированы путем вторичного заживления до момента выписки больных из стационара. Послеоперационное истечение желчи по дренажному каналу было выявлено у 11 (4,5±1,3%) из 197 больных. Послеоперационный панкреатит после второго этапа хирургического лечения возник у 4 (3,2±1,1%) из 197 больных, после проведения консервативных мероприятий проявления острого послеоперационного панкреатита были купированы. Следовательно, после второго этапа хирургической коррекции СМЖ разные послеоперационные осложнения, непосредственно связанные с характером выполненного хирургического вмешательства, возникли у 17 (10,9±2,0%) из 197 больных СМЖ.

Таким образом, после первого и второго этапов хирургического лечения СМЖ послеоперационные осложнения, непосредственно связанные с характером оперативного вмешательства, возникли у 11 (7,8±1,3%) из 197 больных.

Летальный исход после первого и второго этапов хирургического лечения, вследствие нарастания проявлений СМЖ, наступил у 8 (4,3±1,1%) из 197 больных с СМЖ. Суммарная частота раневых послеоперационных осложнений – 1,0–8,6% соответствующих случаев. Наиболее часто возникают нагноения, гематомы и серомы послеоперационных ран, несостоятельность швов билиодигестивных анастомозов (1,8–17,5%), послеоперационный перитонит (1,1–11,2%). Летальность в группе больных с доброкачественными заболеваниями билиопанкреатодуоденальной зоны, осложненными СМЖ, – 3–37%, а у больных со злокачественными заболеваниями БПДЗ – 5–63%.

Заключение. Двухэтапная тактика лечения синдрома механической желтухи снижает частоту послеоперационных осложнений.

МЕХАНИКАЛЫҚ САРҒАЮ КЕЗІНДЕГІ УЛЬТРАДЫБЫС ЖӘНЕ ИНТРАОПЕРАЦИОНДЫ ХОЛАНГИОГРАФИЯ БАҚЫЛАУЫМЕН ТЕРІ, БАУЫР АРҚЫЛЫ ХОЛАНГИОСТОМИЯ

Пазиров С.Б., Шуленбаев А.С., Амитов Н.Е.,

Қуанышбаев Б.М., Әбілпатта А.А.,

Жалмаганбетов А.А., Киребаев К.А.

Көп бейінді облыстық аурухана,

Қызылорда қ., Қазақстан Республикасы

Өзектілігі. Бауыр және өт жолдарының хирургиялық ауруларының ішінде механикалық сарғаю синдромымен түскен науқастарды ауыр категорияға жатқызуға болады. Себебі мұндай науқастарда полиорганды жетіспеушілікке алып келетін бауыр және бүйрек жетіспеушілігі, тромбо-геморрагиялық синдром және холемиялық қан кету, іріңді холангит және бауырдың холангиогенді абсцестері және тағы басқа асқынған сырқаттар болуы мүмкін.

Механикалық сарғаюмен сырқат адамдарды құрсақ қуысының жедел хирургиялық аурулары тобына жатқызу керек. Алайда, өт жолдарының бітелуі, холангит және бауыр жетіспеушілігі кезінде шұғыл радикальді ота жасау қауіпті, себебі көптеген асқынулар болуы мүмкін, ал өлім жітім 10–34,4% құрайды. Кейбір авторлардың айтуынша бұл көрсеткіш механикалық сарғаюды алдын ала жойған науқастармен салыстырғанда 4 есеге дейін жоғары.

Механикалық сарғаюдың себептерінің ішінде бірінші орын холелитиаз (35–40%), екінші-ұйқы безі басының ісігі (30–35%), үшінші-бауырдан тыс өт жолдарының ісіктері (10–12%), төртінші-он екі елі ішектің үлкен емізікшесінің ісігі (1–2%). Склероздаушы холангит, бауырдан тыс өт жолдарының қабынулық және жарақаттан кейінгі стриктуралары сирек кездесетін себептер болып табылады.

Қазіргі таңда механикалық сарғаюмен түскен науқастарды емдеуді екі этапты жүргізу ең қолайлы тәсіл екені анық. Бірінші этапта механикалық сарғаюды азайтатын, негізгі отаға дайындық ретінде–билиарлы декомпрессия. Екінші этап механикалық сарғаюды алып келген себепті жою. Екі этапты тәсілмен отадан кейінгі асқынулар мен өлім жітімді азайтуға қол жеткізуге болады.

Сонымен механикалық сарғаю кезіндегі хирургиялық емнің мақсаты–өт жолдарының декомпрессиясы, сарғаюды жою және бауыр жетіспеушілігін пайда болуының алдын алу.

Жұмыстың мақсаты – механикалық сарғаю синдромымен түскен науқастарда радикальді отаға дайындық ретіндегі ультрадыбыс және интраоперационды холангиография бақылауымен тері, бауыр арқылы холангиостомияны кеңінен қолдану.

Материалдары мен әдістері. 2017–2020 жылдар аралығында Қызылорда қаласының көп бейінді облыстық ауруханасының хирургия бөлімшесінде механикалық сарғаю синдромымен жатып, ем алған ультрадыбыс және интраоперационды холангиография бақылауымен тері, бауыр арқылы холангиостомия әдісі қолданылған 97 науқастың нәтижелері сарапталды. Оның ішінде ұйқы безі басының ісігі – 45 (46,5%), он екі елі ішектің үлкен емізікшесінің ісігі – 20 (20,5%), холедохолитиаз – 17 (17,8%), Клацкин ісігі – 15 (15%) құрайды. Науқастардың жасы 55 жастан 76 жасқа дейін болды.

Олардың 28 ер (38,3%), 45 әйел (61,6%) құрайды. Жалпы билирубин деңгейі $\geq 480,0$ ммоль/л. Механикалық сарғаю синдромымен түскен науқастар жалпы қарау, жалпы клиникалық анализдер, эндоскопиялық зерттеу тәсілі, құрсақ қуысының ультрадыбыстық зерттелуі, компьютерлік томографиясы және МРСР режиміндегі магнитті резонансты томографиясы зерттелулерінен өтті.

Нәтижелері. Науқастар толық тексеріп, превентивті антибиотикотерапия жасалғаннан кейін жеделдеу түрде эндовакулярлы ота бөлімшесінде Siemens Axiom Artis Zee ангиографында Biometrix фирмасының интрадюсер жиынтығы және гидрофильді Pigtail № 8 Fr дренаж жиынтығын пайдаланып оталар жасалды. Ота жергілікті жансыздандырумен немесе жалпы жансыздандырумен өтеді. Доплер режимінде бауырдың ультрадыбыстық зерттелуі жүргізіліп, өт жолдары пунктирленеді және іркілген өт аспирацияланады, өт жолдарына интраоперационды холангиография жасалып, кедергі деңгейі анықталады. Өт жолдарына 0,38" Guidewire өткізіліп, гидрофильді Pigtail № 8 Fr дренажы интраоперационды рентген бақылауымен орнатылады. Дренажды түтік теріге түйінді тігістермен бекітіледі. Отадан кейінгі кезеңде холангиостома жылы 5,0 мл 0,9% натрия хлорид ерітіндісімен тәулігіне бірнеше рет жуылады. Бөлімшеде анальгетик, спазмолитик, гепатопротекторлар, интенсивті инфузионды ем, көрсеткіштермен эритроцитарлық масса, жаңа мұздатылған плазма, фракционды плазморефрез жасалады.

Ультрадыбыс және интраоперационды холангиография бақылауымен тері, бауыр арқылы холангиостомия жиынтығын қолданып билиарлы декомпрессиядан кейін шамамен 15-25 тәуліктерде жалпы билирубин деңгейі 40,0-60,0 ммоль/л түседі. Сол уақытта радикальді ота жасалынады. Орташа төсек орын 11,5 болды. Өлім жітім 5 жағдайда болды, ол 5,1% құрады.

Қорытынды. Механикалық сарғаюмен түскен науқастарды емдеуде екі этапты тактиканы ұстанып, бірінші этапта ультрадыбыс және интраоперационды холангиография бақылауымен тері, бауыр арқылы холангиостомия орнату ұсынылатын әдіс болып саналады.

БАУЫР ЭХИНОКОККОЗЫНЫҢ ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМІ

Пазилов С.Б., Шуленбаев А.С., Амитов Н.Е.,
Мантаев Б.Т., Цой В.А., Қуанышбаев Б.М.,
Әбілпатта А.Ә. Жалмағанбетов А., Алтыбаев Е.С.,
Киребаев К.А., Аристанова А.Н., Жалимбетов Р.

Көп бейінді облыстық аурухана,
Қызылорда қ., Қазақстан Республикасы

Өзектілігі. Елімізде бауыр эхинококкозының хирургиялық емі қазіргі таңдағы өзекті мәселелердің бірі болып табылады, себебі Қазақстан басқа да Орталық Азия елдерімен қатар эндемиялық аймақта орналасқан. Бұл сырқатпен аурушандықтың өсуі эндемиялық аймақтарда халық санының артуы, халықтың миграциясының жоғарылауы, ағзаның иммундық жүйесінің төмен болуы және диагностиканың жақсаруымен байланысты. Сонымен қатар соңғы жылдары бауыр эхинококкозының асқынған түрлерінің артуы және рецидивті кисталардың көптеп кездесуі жасалынатын ота түріне көп көңіл аудартады.

Жұмыстың мақсаты – бауыр эхинококкозының

хирургиялық емінің нәтижелерін жақсарту.

Материалдары мен әдістері. 2013-2022 жылдар аралығында Қызылорда облыстық ауруханасының хирургия бөлімшесінде бауыр эхинококкозына байланысты 153 науқасқа түрлі оталар жасалды. Науқастардың 72 (47,7%) – әйел, 81 (52,2%) – ер. Науқастардың жасы 16-дан 62 жасқа дейін болды. Кисталардың орналасуы бауырдың оң бөлігінде – 94 (61,4%), сол бөлігінде – 44 (28,7%), билобарлы зақымдану – 15 (9,8%) болды. Бауырдың рецидивті эхинококкозы 12 (7,8%) жағдайда кездесті. Цистобилиарлы жыланкөздермен асқынған жағдай 26 (16,9%) науқаста кездесті. Науқастардың барлығы жоспарлы түрде жергілікті емхана жолдамасымен толық тексеріліп түсті. Кистаның топографиясын, көлемін және магистральді қан тамырларына қатынасын анықтау мақсатында барлық науқастар КТ тексеруден өткізілген.

Жасалынған оталар келесідей болды: лапароскопиялық эхинококэктомия – 22 (14,3%), бисегментэктомия – 1 (0,6%), перицистэктомия – 27 (17,6%), эхинококэктомия – 103 (67,3%) оның ішінде: кистаны марсупулизациялау – 3 (2,9%), оментопексия – 7 (6,7%), кистаның абдоминализациясы – 18 (17,4%), қалдық қуыстың капитанажы – 75 (72,8%). Ашық эхинококэктомия жасалған 125 науқаста хитинді қабықша алынған соң қалдық қуыс цистобилиарлы жыланкөздерге тексеріліп қуысқа 600 дейін жылытылған натрия хлорид 0,9% ерітіндісін және 1% повидон ерітіндісімен 5 минут экспозиция жасалады. Цистобилиарлы жыланкөздер анықталған жағдайларда соңғылар викрил 3/0 жібімен тігілді. Фиброзды капсула бауырдың сау тіндер шекарасында кесіліп, ары қарайғы тактика кистаның орналасуына, көлеміне байланысты таңдалды.

Нәтижелері. Отадан кейінгі кезеңде 22 (14,3%) науқаста асқыну орын алды. Олардың 13 (59%) экссудативті плеврит түрінде болып, плевральді қуыстың пункциясымен аяқталды. Қалдық қуыстың іріңдеуі 7 (31,8%) науқаста кездесіп, 2 (1,8%) науқасқа релапаротомия абсцессті дренаждау жасалды, 1 (0,9%) науқасқа лапароскопия, абсцессті дренаждау жасалды, 4 (3,7%) науқаста абсцессті қуысты УДЗ бақылауымен Pigtail катетірімен дренаждаумен аяқталды. Билиарлы асқынулар 7 (4,5%), биломаларға УДЗ бақылауымен Pigtail катетірлері орнатылды. Отадан кейінгі кеш кезеңде 8-16 аптада катетрлерден өт ағу тоқтап, соңғылар алынды. Отадан кейінгі гипертермия 28 (18,3%) науқаста кездесті, ол қосымша антибиотикотерапия және инфузионды терапия тағайындап, фракционды плазморефрез жүргізу арқылы басылды. Отадан кейінгі гипертермия оментопексия және кистаның абдоминализациясы жасалған науқастарда кездесті. Өлім жітім 1 (0,6%) болды. Ол науқас бауыр циррозы фондында бауырдың оң бөлігінің көлемді эхинококты кистасы, науқасқа кистаның абдоминализациясы жасалды. Отадан кейінгі 5 тәулікте удемелі бауыр жетіспеушілігінен қайтыс болды.

Қорытынды. Жасалынатын ота түрін таңдауда кистаның көлемі, орналасуы, түтікті түзілістерге қарым қатынасын анықтау негізге алынуы тиіс. Отадан кейінгі кезеңде қалдық қуыс абсцессі және гипертермия асқынуларын болдырмау мақсатында радикальді оталарды жасау тиімді болып табылады. Бауыр резекциясы және перицистэктомия отасын жасау мүмкіншілігі болмаған жағдайда қалдық қуыс капитанажын жасау және адекватты дренаждау отадан кейінгі асқынулардың пайыздық көрсеткішін азайтады.

ПРИЕМ ПРИНГЛА. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРИ ОБШИРНЫХ АНАТОМИЧЕСКИХ РЕЗЕКЦИЯХ ПЕЧЕНИ

Рамазанов М.Е., Сахипов М.М., Стамкулов Ф.Т., Таубалдиев А.Н., Абдраим И.Т., Байжигитов К.Ж., Мадьяров В.М.

Городская клиническая больница №7,
г. Алматы, Республика Казахстан,
Казахстанско-Российский медицинский университет,
г. Алматы, Республика Казахстан

Цель работы – оценка значимости применения приема Прингла в снижении интраоперационной кровопотери при обширных резекциях печени.

Материал и методы. Для сравнительной оценки интраоперационной кровопотери нами выделены 2 группы больных, оперированных с 2008 г. с выполненными анатомическими резекциями – с применением и без применения приема Прингла по 18 пациентов соответственно. Соотношение нозологических единиц и видов резекций в группах было равнозначным. В каждой группе ПГГЭ (правосторонняя гемигепатэктомия) произведена у 10 больных, ЛГГЭ (левосторонняя гемигепатэктомия) – у 6, РПГГЭ (расширенная правосторонняя гемигепатэктомия) – у 3 и РЛГГЭ (расширенная левосторонняя гемигепатэктомия) – у 1 пациента. Использование современного технического оснащения с эксплуатацией «аппаратов высокой энергии» (ультразвуковой-водоструйный скальпель, LigaSure, THUNDERBEAT (Olympus), аргонный коагулятор) и расходники изделий медицинского назначения (танталовые клипсы, тахокомб, серджиселл, атравматические монофиламентные нити) использовались без ограничений в обеих группах у всех 40 больных.

Результаты. У больных с анатомическими обширными резекциями в группе Прингл (+) общая интраоперационная кровопотеря составила в среднем $511 \pm 116,7$ мл, в группе больных Прингл (-) удалось достоверно снизить общую операционную кровопотерю до $275 \pm 67,7$ мл ($p < 0,01$). Однако, кровопотеря на этапе диссекции паренхимы относительно общей интраоперационной кровопотери среди больных с наложением приема Прингла в среднем составила 1/6 часть, а без приема Прингла – 1/3,5 части. После разжатия связки – в периоде реперфузии печени в группе Прингл (+) средняя кровопотеря на указанном этапе составила 126 мл, достоверно отличаясь от соответствующего показателя кровопотери в группе Прингл (-) – 52 мл ($p < 0,01$). Применение пережатия гепатодуоденальной связки позволило минимизировать кровопотерю в период рассечения паренхимы, однако далее, после отжата связки в процессе достижения окончательного гемостаза отмечалась дополнительная и, относительно немалая кровопотеря с резецированной поверхности печени.

Заключение. Этап рассечения паренхимы печени при анатомических обширных резекциях органа с прецизионным выделением элементов по линии диссекции без применения приема Прингла является тактикой выбора гепатобилиарных хирургов.

СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ РЕКОНСТРУКТИВНО- ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ

Рамазанов М.Е., Сахипов М.М., Мадьяров В.М., Байжигитов К.Ж., Стамкулов Ф.Т., Мауленов Н.Б., Таубалдиев А.Н., Абдраим И.Т.

Городская клиническая больница №7,
г. Алматы, Республика Казахстан,
Казахстанско-Российский медицинский университет,
г. Алматы, Республика Казахстан

Цель работы – отразить собственный опыт реконструктивных билиодигестивных анастомозов при «свежих» повреждениях внепеченочных протоков и рубцовых стриктурах желчного дерева.

Материал и методы. Проведен анализ собственного опыта операций у 39 (29 женщин, 10 мужчин) пациентов с реконструктивными объемами вмешательств на внепеченочных желчеотводящих путях (ВЖП) с 2008 по 2022 г. Клиника оснащена специфическим техническим оборудованием, современными расходными материалами, оптическими биноклями, LED-светодиодным освещением. Варианты анатомии желчных протоков в воротах печени учитывали по классификации Yoshida J. (1996). При выборе уровне и типов «свежих» повреждений придерживались классификации (Амстердам, 1996 г.) повреждений элементов желчного дерева. Типы рубцовых стриктур внутри- и внепеченочных желчных протоков распределены соответственно по классификации Bismuth (1982 г.).

Результаты. Изучены реконструкции при свежих травмах (9-23% пациентов) и при рубцовых стриктурах у 30 (77%) больных. По типам стриктуры и уровням пересечения были распределены следующим образом: I тип – 6, II-й тип – 21, IIIa тип – 5, IIIb тип – 4, IVтип – 3 пациентов. Свежие повреждения с типом B были у 5, с типом D – у 4 больных.

Из 39 больных с последствиями ятрогенного повреждения внепеченочных желчных протоков у 9 (23%) – свежие интраоперационные травмы и не нуждались в предварительной декомпрессии; 5 (13%) – выполнено первым этапом стентирование; 9 (23%) – чрескожно-чреспеченочная холлангиостомия с наружным желчеотведением; 8 (20,5%) – были госпитализированы с уже существующими наружными желчными свищами; 8 (20,5%) – не проводилось и не требовалось предварительное желчеотведение.

При операциях по поводу рубцовых стриктур и свежих травм желчных протоков желательное выполнение четырех важнейших правил: 1) Иссечь все рубцовые ткани и коагуляционный некроз протоковой ткани, т.к. в рубцово-измененных стенках протока происходят процессы созревания соединительной ткани, приводящие к дальнейшему увеличению рубца; 2) Хорошо адаптировать слизистые оболочки при наложении анастомоза, что препятствует контакту желчи с соединительнотканскими элементами стенки протока; 3) Наложить анастомоз без натяжения, т.к. оно, помимо нагрузки на швы, ухудша-

ет кровоснабжение и способствует развитию соединительной ткани и рубцеванию; 4) Выполнить широкое анастомозирование, поскольку любые соустья с желчными протоками резко суживаются в послеоперационном периоде.

Всем 39 пациентам наложены билиодигестивные анастомозы на изолированной Ру-петле: гепатикоюноанастомозы – 11 (28,2%) пациентам, бигепатикоюноанастомозы – 14 (35,9%), тригепатикоюноанастомозы – 8 (20,5%), тетрагепатикоюноанастомозы – 4 (10,3%), пентагепатикоюноанастомозы – 2 (5,1%) больных. Регепатикоюноанастомозы выполнены нами 19 (48,7%) пациентам.

При изучении и анализе непосредственных результатов реконструктивных вмешательств отмечено следующее: специфические осложнения – 6 (15,4%), неспецифические осложнения – 0. Из ряда специфических отмечено, что несостоятельность анастомоза (частичная) – у 3 (7,7%) больных, кровотечение – 1 (2,6%), билома, разрешившаяся дренированием под УЗИ-контролем – 1 (2,6%), асцит-перитонит с формирующимся абсцессом малого таза – 1 (2,6%). Релапаротомия (по поводу кровотечения и асцит-перитонита) – 2 (5,13%). Летальность (асцит-перитонит) – 1 (2,6%).

При оценке отдаленных результатов (от 3 мес до 10 лет) оценены состояния у 28 (71,8%) пациентов, 11 больных оказались недоступными для контроля. Хорошие результаты с отсутствием объективных жалоб, атак холангита, гипербилирубинемия достигнуты у 26 (93%) пациентов; удовлетворительные (развитие механической – ремиттирующей желтухи с атаками холангита и рестриктурой анастомозов (через 3 и 4 года соответственно) результаты – у 2 (7,15%) больных.

Заключение. Малоинвазивные дренирующие вмешательства являются операциями выбора на первом этапе подготовки пациентов к реконструктивным операциям. Прецизионная техника наложения анастомозов при реконструктивных операциях, позволяет достичь не только хороших непосредственных результатов оперативного вмешательства, но и существенно улучшает качество жизни пациентов в отдаленном периоде.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ У ПАЦИЕНТКИ С ОБРАТНЫМ

РАСПОЛОЖЕНИЕМ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

Рашитов А.Ж., Ахметов Б.С., Дериглер С.С., Жук А.М.,
Марченко М.В., Кабдрашитов Ж.Д., Жуматаев Д.Ж.

ГКП на ПХВ «Многопрофильная областная больница»,
г. Кокшетау, Республика Казахстан

Введение. Полное обратное расположение внутренних органов (situs inversus viscerum totalis) встречается очень редко. Впервые прижизненно situs inversus viscerum было диагностировано врачом Krichenmeister в 1824 г. Частота полного обратного расположения внутренних органов очень низка – около 0,005%. В отечественной и зарубежной литературе мы обнаружили лишь единичные сообщения о лапароскопической холецистэктомии у больных с обратным расположением внутренних органов. В нашем городе подобная операция проведена больной с обратным расположением органов в 2013 году.

Полное обратное расположение внутренних органов у больных желчекаменной болезнью (ЖКБ) и холециститом не

является противопоказанием к лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ), но обуславливает необходимость повышенного внимания в связи с большей опасностью интраоперационных повреждений. Нестандартно определяются операционный доступ, места установки портов для лапароскопических манипуляций, расположение операционной бригады. Поэтому считаем, что подробное описание каждого наблюдения будет способствовать накоплению опыта и выработке оптимальной тактики и техники хирургического лечения больных с ЖКБ при обратном расположении внутренних органов.

Клинический случай. Пациентка А., 54-х лет, госпитализирована в хирургическое отделение Акмолинской областной больницы с диагнозом: ЖКБ. Хронический холецистит. Situs inversus viscerum totalis. При поступлении жалобы на боли в левом подреберье. Болеет около 10-ти лет. Периодически приступы болей купировала спазмолитиками. Полное обратное расположение органов подтверждено данными рентгеноскопии грудной клетки и УЗИ брюшной полости: печень расположена в левом подреберье, желчный пузырь размером 70x9 мм, стенки его утолщены, в полости конкремент до 2,5 см диаметром.

27.01.22 г. выполнена плановая ЛХЭ. Оперированный хирург находился слева от пациентки, ассистент справа. Первый троакар для введения лапароскопа установлен традиционно в параумбиликальной области. Под контролем лапароскопа введен троакар (10 мм) в субкисфоидаальной области. Далее в левом подреберье примерно по передней подмышечной линии установлен третий троакар (10 мм), через него вводился инструмент, которым манипулировал оперирующий хирург, так, чтобы угол между рабочими частями инструментов в этих портах составлял примерно 90-100°. И четвертый порт (5 мм) для тракции желчного пузыря ассистентом устанавливался примерно на середине расстояния между двумя 10 мм портами. С нашей точки зрения, такой выбор портов и их расположение создают для оперирующего хирурга достаточное пространство, возможность быстрого и адекватного реагирования в случае возникновения интраоперационных осложнений и технических трудностей, тем самым снижая риск повреждений и послеоперационных осложнений.

При обзорной лапароскопии брюшной полости выявлено, что желудок располагается в правой стороне эпигастриальной области, печень расположена слева, селезенка справа, слепая кишка слева. Желчный пузырь 7x4 см, стенка утолщена, в полости конкремент диаметром до 2,5 см. Произведена холецистэктомия с отдельным клипированием пузырных артерий и протока. Электрокоагуляция ложа пузыря. Общий желчный проток не расширен. К винслову контрольный дренаж выведен в левом подреберье. Длительность операции составила 50 минут. Дренаж удален на 3-й день после операции. Провела 5 койко-дней, выписана для дальнейшего амбулаторного наблюдения. Контрольный осмотр через 1,3 месяцев. Состояние удовлетворительное.

Заключение. Данным сообщением мы хотим показать, что при ЖКБ больным с полным обратным расположением внутренних органов показаны миниинвазивные операции. ЛХЭ с рациональной установкой лапаропортов в такой ситуации является операцией выбора. Вмешательство должна выполнять бригада хирургов, имеющая большой опыт выполнения лапароскопических операций.

МИНИИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Рустемова К.Р.¹, Игисинов Н.С.¹, Кожахметов С.К.¹,
Айтмолдин Б.А.², Айгараев Р.Д.³, Жылкайдар С.Ж.²,
Магазам С.С.¹, Какенова Ж.М.²

¹НАО «Медицинский университет Астана», кафедра хирургических болезней с курсом кардиоторакальной хирургии и ЧЛХ, г. Нур-Султан, Республика Казахстан,

²ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница №2», г. Нур-Султан, Республика Казахстан,

³ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница №1», г. Нур-Султан, Республика Казахстан

Актуальность. Желчекаменная болезнь (ЖКБ) осложненный острым холециститом является частой хирургической патологией, развивающееся вследствие нарушения проходимости желчных протоков. Риск заболевания желчного пузыря увеличивается у женщин, пациентов с ожирением, беременных женщин и пациентов в возрасте 40 лет и более. Около 95% людей с острым холециститом имеют камни в желчном пузыре.

Цель исследования – изучить эффективность эндовидеохирургических методов лечения осложнений ЖКБ.

Материал и методы. За период 2020–2021 гг. в отделениях общей хирургии «Городской многопрофильной больницы №1» и «Городской многопрофильной больницы №2» г. Нур-Султан изучен опыт хирургического лечения осложнений ЖКБ. Было изучены результаты хирургического лечения осложненных форм ЖКБ у 1498 пациентов. Возраст больных варьировал от 28 до 95 лет. Мужчин было 537 (35,8%), женщин – 961 (64,1%). Летальные исходы наблюдались в 17 (1,1%) клинических случаях. Все пациенты поступили в экстренном порядке с клиникой острого живота.

При поступлении пациенты были обследованы в полном объеме, в соответствии с клиническим протоколом «Хронический калькулезный холецистит», утвержденный протоколом заседания Экспертной комиссии по вопросам развития здравоохранения МЗ РК №58 от «14» марта 2019 г., и клиническим протоколом «Биллиарный холангит у взрослых» №35 от «14» декабря 2017 г. Статистический анализ результатов проводили с использованием методов вариационной статистики с расчетом $M \pm SD$. Различия между группами сравнения анализировали с использованием стандартного отклонения.

Результаты. Как показали наши исследования: у 299 больных ЖКБ протекала с преимущественной клиникой холедохолитиаза без холецистита, что составило 20%.

У 479 больных в 32% случаев длительный анамнез ЖКБ осложнился стриктурой терминального отдела холедоха. В 359 случаях больные с ЖКБ поступали с клиникой Механической желтухи (24%). У 89 больных (6%) наблюдался синдром Мириizzi. У 210 больных ЖКБ осложнилась развитием перивезикального инфильтрата с абсцедированием, что составило 14% из всего числа осложнений. В 8 случаях (2,6%) ЖКБ осложнилась развитием биллиарного панкреатита. Только у 60 больных (4%) ЖКБ была константирована при первых проявлениях заболевания и осложнений не было. Все пациенты были оперированы эндовидеохирургическим способом. Наиболее чаще применялась лапароскопическая холецистэктомия с ревизией и дренированием желчевыводящих путей (75%), на втором месте по частоте выбора оперативного метода являлась ЭРХПГ с ЭПСТ – 17%, почти

в равных соотношениях лапаротомия с наложением билиодигестивных анастомозов (4%) и ЧЧХС (4%). В 92% случаев был применен миниинвазивный метод лечения осложнений ЖКБ.

Как показатель эффективности различных методов хирургического лечения мы выбрали такой индикатор как среднее количество койко-дней в стационаре. Для ЛХЭ этот показатель равен $5,25 \pm 2,86$ суток в стационаре и $1,2 \pm 0,78$ в ОАРИТ для 12 пациентов. ЭРХПГ $7,4 \pm 4,05$ суток в стационаре и $1,75 \pm 0,5$ суток в ОАРИТ для 4 пациентов. Пациенты после открытой холецистэктомии находились в стационаре в среднем $10,8 \pm 4,99$ суток, и 8 пациентов находились в ОАРИТ в среднем $3,62 \pm 3,34$ суток. Для ЧЧХС этот показатель оказался самым высоким, в стационаре $13,3 \pm 8,2$ и $7 \pm 2,45$ в ОАРИТ для 11 пациентов.

Еще одним показателем эффективности миниинвазивного хирургического метода лечения ЖКБ и ее осложнений является определение исхода заболевания после оперативного вмешательства. Так в соответствии наших клинических исследований после 1122 случаев ЛХЭ, с улучшением выписаны 86 пациентов (7,6%), 4 (0,36%) случая летального исхода и 1032 (91,98%) выздоровели полностью. У 252 пациентов выполнено ЭРХПГ. С улучшением выписано 50 (19,84%) пациентов, с выздоровлением – 197 (78,17%) пациентов; постманипуляционные осложнения с летальным исходом наблюдались в 5 случаях, что составило 1,98%. Открытая холецистэктомия применена у 65 пациентов, поступивших в поздних сроках и с тяжелыми гнойно-септическими осложнениями. Из них: в 7 (10,77%) случаях пациенты выписаны с улучшением, в 55 (84,61%) случаях пациенты выписаны с выздоровлением; летальность – 3 (4,61%) случаях. ЧЧХС применялась в 59 случаях у больных с осложнениями ЖКБ. Из них: с улучшением выписаны 35 (59,32%) пациентов, с выздоровлением – 19 (32,2%) пациентов; летальность наблюдалась в 5 клинических случаях (7,6%).

Вывод. «Золотым стандартом» хирургического лечения ЖКБ и ее осложнений остается лапароскопическая холецистэктомия и ЭРХПГ с ЭПСТ.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИЯ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

Сейткасымов Е.К., Ордабеков С.О., Рыскулов Ж.О.

Жамбылская областная многопрофильная больница,
г. Тараз, Республика Казахстан

Актуальность. Несмотря на несомненные успехи в хирургии желчнокаменной болезни (ЖКБ) и ее осложнениях, результаты лечения далеко не всегда удовлетворяют врачей и пациентов. Не уменьшается число больных с постхолецистэктомическим синдромом; послеоперационная летальность остается высокой и достигает иногда от 7 до 16%. Значительное распространение ЖКБ, в том числе ее осложненных форм, увеличение частоты первичных и особенно повторных операций, на сегодняшний день приобрели социальное значение.

Одним из осложнений ЖКБ, существенно утяжеляющим ее течение и прогноз, является холедохолитиаз (ХЛ), частота которого колеблется от 10 до 15%, а у лиц пожилого и старческого возраста это достигает до 24,3%.

При остром холецистите ХЛ встречается в 12–26,4% случаев, а при плановой холецистэктомии частота обнаружения камней в

общем желчном протоке (ОЖП) колеблется от 3,2 до 22,3%.

Вероятность наличия конкрементов в желчевыводящих протоках достоверно увеличивается с возрастом больных. Так, у пациентов в возрасте до 60 лет ХЛ отмечается в 6% случаев, а у больных старше 80 лет достигает 33% и более. При калькулезном холецистите, осложненном механической желтухой, ХЛ отмечается у 44,0–83,9% пациентов.

Цель исследования. Настоящая статья исследует необходимость внедрения новых методов лечения механической желтухи наряду с применением традиционных методов открытых и лапароскопических операций.

Материал и методы. С развитием эндоскопической техники появились новые методы лечения механической желтухи. Алгоритм лечения механической желтухи делится на 2 этапа.

Первый этап: малоинвазивные методы, направленные на ликвидацию холестаза, в сочетании с комплексной консервативной терапией. В случае отсутствия эффекта и нарастания желтухи необходимо выполнять срочные декомпрессионные вмешательства в течение 2–3 суток с момента госпитализации.

Второй этап: по мере разрешения желтухи при более благоприятных обстоятельствах проводят радикальные хирургические операции, если малоинвазивные вмешательства не явились окончательным способом лечения.

В Казахстане тактика при механических желтухах, а именно при холедохолитиазе определяется Протоколом диагностики и лечения механической желтухи, одобрен Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг МЗиСР Республики Казахстан от «13» июля 2016 г. (протокол №7).

За 2018–2021 годы в Жамбылской областной больнице проведено более 269 эндоскопических папиллосфинктеротомий. Следует отметить, что в большинстве случаев были экстренными – с явлениями желтухи (с билирубином до 600 мкмоль/л) и холангита. Средняя длительность острого периода заболевания до операции составила 8 суток – единичные случаи от 3 суток и большая часть – от недели до 3 недель. Возраст пациентов – от 29 до 86 лет, средний возраст составил 64 года. В 100% имела место энцефалопатия различной тяжести. В 40% состоянии усугублялось коагулопатией с ПТИ в пределах 60%. В 9 случаях больные получали интенсивную терапию по поводу гепаторенального синдрома с ОПН, анурией и азотемией с креатинином в пределах 200 ммоль/л, 5 пациенток с беременностью в сроках 16, 20 и 22 недели, 1 послеродовая – 6 суток после самостоятельных родов, 8 случаев – механическая желтуха в раннем послеоперационном периоде холецистэктомии (2–3 суток) в результате резидуальных конкрементов холедоха и 17 случаев – спустя 3–17 лет после холецистэктомии.

Только в трети случаев возможна была стандартная легкая канюляция холедоха и последующая стандартная папиллотомия. В большинстве случаев применялась методика *pressat* – в 5 случаях игольчатый папиллотомом и в остальных – струной папиллотомом. В 4 случаях применялась двойная канюляция – холедоха и вирсунгового протока. В 14 случаях произведена вирсунготомия.

Во всех случаях проводилась ретроградная холангиография йодсодержащими контрастными препаратами. Рентгенокопия проводилась на всех этапах операции. В 19 случаях проведена ретроградная холангиопанкреатография. В большинстве случаев ЭПСТ применялась для удаления конкрементов холедоха. Размеры конкрементов варьировались от 0,5 до 2,0 см. Количество

конкрементов – от единичных до множественных фасеточных.

Удаление конкрементов проводилось корзинками Dormia 4 и 8 струнными. Наиболее эффективным явилось удаление баллонными литоэкстракторами. Недостаток последних – недолговечность. В 15 случаях возникла необходимость в литотрипсии. Литотрипсия производилась механическим литотриптором *Olimpus*. 19 случаев сопровождались стентированием холедоха пластиковыми стентами типа Амстердам или Таненбаум. В 4 случаях по поводу холедохолитиаза тяжелого течения с гепаторенальным синдромом, острой почечной недостаточностью, применялась гемофильтрация. В 17 случаях необходимость стентирования была обусловлена объемными процессами в области головки поджелудочной железы. В 9 случаях использовалась баллонная дилатация холедоха по поводу стриктуры терминального отдела холедоха. В 6 случаях механическая желтуха не была разрешена эндоскопически – наличие внутрипротоковой опухоли (Клацкина) с невозможностью проведения нитинолового гибкого проводника.

В таких случаях применялась чрескожная чреспеченочная холангиостомия дренажами типа Пигтейл. В 5 случаях после ЭПСТ, стентирования холедоха после купирования явлений желтухи и удаления стента произведена традиционная холецистэктомия, холедохолитотомия, дренирование холедоха. В этих случаях послеоперационный период имел свои особенности – наружный дренаж из холедоха удалялся на 7 сутки.

За анализируемый период имели место следующие осложнения: острый панкреатит (14 случаев). Осложнение возникло из-за нахождения проводника в просвете вирсунгового протока в случаях сложной канюляции. Клинических проявлений классического панкреатита не было, но в первые сутки после операции отмечалось повышение амилазы крови в пределах 200–400 Ед. Во всех случаях сложных канюляций превентивно применялась октра и, как правило, анализы приходили в норму на 2-е сутки после операции. Кровотечение (6 случаев). При высоких цифрах механической желтухи (300–400 мкмоль/л) и многодневной давности заболевания часто имеет место грозная холемическая коагулопатия. В данном случае достаточная папиллотомия сопровождалась обильным кровотечением с падением гемоглобина 90 г/л до 70 г/л. больной проводилась гемотрансфузия и переливание СЗП.

Результаты. РХПГ, ЭПСТ. Средняя продолжительность лечения и нетрудоспособности – 5 суток. Холецистэктомия, холедохолитотомия, дренирование холедоха. Средняя продолжительность лечения – 11,5 суток. Нетрудоспособность в среднем 21,5 дней.

Указанные цифры наиболее понятны хирургам, знающим, что при лапаротомии, холецистэктомии, дренировании холедоха участвует бригада из 6–7 человек, под эндотрахеальным наркозом с продолжительностью операции 1,5–3 часа, стационарным лечением 10 дней и послеоперационным периодом до удаления дренажа холедоха в 14–21 дней.

Эндоскопические операции обеспечены бригадой из 3 человек – хирург, ассистент и рентгенлаборант. Продолжительность операции – 20–40 мин. Послеоперационный период составил 3–5 суток. Заболевания с кодами K83.1 и K83.8 проводились через дневной стационар.

Заключение. Эндоскопическое хирургическое вмешательство при механической желтухе значительно облегчает течение болезни и дает лучшие клинические результаты, значительно сокращая пребывание пациента (койки/дни) в стационаре и общую нетрудоспособность.

ЯТРОГЕННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Таштемирова О.Г.¹, Таштемиров К.К.²,
Нигматуллин Р.Г.¹, Джакова Г.Е.¹, Конспаева М.Б.¹

¹Павлодарский филиал НАО «Медицинский
университет Семей»,

г. Павлодар, Республика Казахстан,

²КГП на ПХВ «Павлодарская областная больница
имени Г. Султанова»,

г. Павлодар, Республика Казахстан

Актуальность. В настоящее время неуклонно растет количество больных с желчекаменной болезнью. Холецистэктомии вышли на первое место в абдоминальной хирургии. Как показывают данные литературы, 90% наблюдений повреждений желчных протоков происходят именно во время холецистэктомии, а в последние годы преимущественно во время лапароскопической холецистэктомии. По мнению некоторых авторов, частота повреждений протоков составляет от 0,1-3% до 2,6-3,5%. Несмотря на определенные успехи в этой сложнейшей области желчной хирургии, результаты оперативного лечения ятрогенных повреждений желчных протоков до сих пор остаются малоудовлетворительными.

Цель исследования – анализ методов коррекции ятрогенных повреждений внепеченочных желчных протоков.

Материал и методы. Материалом для исследования были 27 медицинских карт стационарных больных с ятрогенными повреждениями желчных путей, находившихся на лечении в хирургическом отделении Павлодарской областной больницы имени Г. Султанова, выявленные в результате ретроспективного анализа за последние 14 лет. Из 27 пациентов в 26 случаях желчные протоки были повреждены во время холецистэктомии, один случай желчные протоки повреждены во время резекции желудка. Мужчин было 5, женщин – 22. Возраст больных варьировал от 19 до 72 лет (средний возраст – 45,5 лет). У 17 больных (62,96%) повреждения были установлены во время операции, у 10 больных (37,04%) повреждения выявлены в сроки от 1 до 14 суток и позднее после операции. Повреждения на уровне общего печеночного протока выявлены у 22 (81,48%) больных, на уровне слияния долевых протоков у 2 (7,41%) пациентов, разрушение зоны слияния долевых протоков выявлено у 1 (3,70%) больной и повреждение дистального отдела общего желчного протока было у 2 (7,41%) больных.

Клиническая картина ятрогенных повреждений в послеоперационном периоде развивалась в основном по трем вариантам. У 4 больных отмечено появление нарастающей желтухи, за счет стеноза желчного протока (более чем на 1/3 от его диаметра). Наружное желчеистечение с симптомами желчного перитонита отмечено у 5 больных, третьим вариантом было появление симптомов желчной гипертензии, развитие холангита, в отдаленные сроки после проведенных оперативных вмешательств. Такой вариант имел место при краевом повреждении желчных протоков лигатурой (менее 1/3 диаметра протока) у 1 больной. Все больные оперированы сразу же после обнаружения повреждения.

Характер оперативного вмешательства зависел от типа повреждения, времени, прошедшего с момента травмы. Десять пациентов были оперированы в сроки от 1 до 14 суток, в зависимости от времени установления повреждения желчных прото-

ков. У одного больного, как первый этап, выполнено наружное дренирование желчных протоков. Восстановительные операции выполнены пяти больным, из них ушивание краевого дефекта на Т-образном дренаже по Керу выполнено четверым больным и одному пациенту наложен билиобилиарный анастомоз на Т-образном дренаже. Показаниями к восстановительным операциям явились краевое повреждение желчного протока не более чем $\frac{1}{3}$ его диаметра, диастаз концов пересеченного желчного протока менее 10 мм. Сроки удержания Т-образного дренажа по Керу составляли от 2 до 4 месяцев.

Восстановление пассажа желчи 17-ти больным выполнено наложением гепатикоюноанастомоза (ГеА) на выключенной петле по Шалимову и формированием межкишечного анастомоза. Всем больным данная операция была дополнена транспеченочным каркасным дренированием по Сейпол-Куриану. Дистальный конец дренажа выводился наружу через «слепой конец» приводящего отдела изолированной петли. «Слепой конец» ушивали кистетными швами на дренаже и фиксировали к париетальной брюшине в месте выведения дренажа. В послеоперационном периоде данный дренаж «закольцовывался», сроки удержания сменного транспеченочного дренажа варьировали от 1,5 до 2 лет. Смена дренажа проводилась через 2-3 месяца или по мере инкрустации хлорвинилового трубки.

Пяти больным произведены реконструктивные операции в объеме ГеА на изолированной по Ру петле тощей кишки. Данное вмешательство проводилось с использованием прецизионной техники наложения билиодигестивных анастомозов, использованием арефлюксной изолированной по Ру петли тонкой кишки, применением алитогенного шовного материала (пролен 0003-4). Каркасное дренирование не применялось.

Основные моменты при формировании гепатикоюноанастомоза следующие: достаточная длина петли по Ру (не менее 60 см); достаточная длина приводящей петли (30-40 см); правильная укладка; очередность соустьев (юноеюноанастомоз конец в бок накладывается в последнюю очередь); использование атравматических нитей; фиксация в «окне» мезоколон петли кишечника; два дренажа к гепатикоюноанастомозу. Сроки наблюдения за этими больными составили от 1 до 3 лет.

Результаты. Из всех оперированных больных методом формирования гепатикоюноанастомоза на выключенной петле по Шалимову с каркасным дренированием у 3 сформировалась стриктура анастомоза. Клиника, которой проявлялась явлениями холангита. Всем больным транспеченочный дренаж удален в сроки менее 13-ти месяцев после операции. Из них у одного больного проведена реконструкция анастомоза на выключенной петле по Ру без каркасного дренирования. У четверых больных после ушивания краевого дефекта желчного протока на Т-образном дренаже по Керу был отмечен хороший результат без признаков стриктуры. У одного больного после формирования билиобилиарного анастомоза через год после операции выявлена стриктура анастомоза. Неудовлетворительный результат первичных реконструктивных операций можно объяснить следующими причинами: наложение билиодигестивного анастомоза с тонкостенным желчным протоком; подтекание желчи из линии швов билиодигестивного соустья; отсутствие необходимого алитогенного шовного материала; неиспользование прецизионной техники формирования билиодигестивного анастомоза; наложение гепатикоюноанастомоза в условиях некупированного воспалительного процесса.

Летальные исходы имели место у 4 больных, из них у двоих больных несостоятельность анастомоза с последующим развитием перитонита и сепсиса, у одного больного причиной стала тромбоземболия легочной артерии, и у одного больного развился инфаркт миокарда.

У больных, оперированных в объеме гепатикоюноанастомоза на изолированной по Ру петле тощей кишки, осложнений и летальных исходов не отмечалось.

Заключение. Таким образом, результаты ранних восстановительных и реконструктивных операций являются неудовлетворительными из-за несостоятельности анастомоза и формирования рубцовых стриктур в отдаленном периоде. Более целесообразно формирование гепатикоюноанастомоза на выключенной петле по Ру, как метода улучшающего качество жизни больного в ранний и поздний послеоперационный периоды.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ СИНДРОМЕ МИРИЗЗИ

Хаджибаев Ф.А., Гуломов Ф.К.,
Алиджанов Ф.Б.

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

Актуальность. Синдром Мириizzi (СМ) является относительно редким осложнением желчнокаменной болезни, который по данным разных авторов встречается в широких пределах от 0,2 до 5%. На сегодняшний день хирургическое лечение СМ остается сложной задачей.

Цель работы – определить возможности лапароскопических вмешательств в хирургической коррекции синдрома Мириizzi различного типа.

Материалы и методы. Работа основана на проведении проспективного анализа случаев лапароскопического лечения 27 пациентов СМ, находившихся в отделениях экстренной хирургии РНЦЭМП с 2017 по 2021 г. 1 тип синдрома Мириizzi был у 6 (22,2%) больных, 2 тип - у 21 (77,8%). Из них женщин было – 15 (55,6%), мужчин – 12 (44,4%). Возраст больных варьировал от 25 до 82 лет и в среднем составил 53,7 года. Следует отметить, что с накоплением опыта и уточнением показаний к лапароскопическому методу из года в год число и удельный вес лапароскопических вмешательств прогрессивно увеличивалось.

Результаты. У всех обследованных больных при поступлении наблюдались явления механической желтухи, а у 6 (22,2%) она сочеталась с клиникой гнойного холангита. В связи с этим процесс лечения больных начинали с выполнения эндобилиарных вмешательств на холедохе. При этом у 6 больных (22,2%) лапароскопические вмешательства были выполнены после ЭПСТ, у 10 пациентов (37%) после ЧЧХС, а у 2 (7,4%) после ЭПСТ и ЧЧХС. 9 больные (33,3%) оперированы без эндобилиарных вмешательств, после проведение МРТ холангиографии. Во всех случаях 1 типа СМ произведена лапароскопическая холецистэктомия.

Всем больным с СМ 2 типа выполнялась лапароскопическая субтотальная холецистэктомия с сохранением верхней стенки шейки желчного пузыря, прилегающей к свищу и формированием из нее лоскута для закрытия имеющегося пузырно-холедохеального свища.

В 13 (61,9%) случаях холедохолитоэкстракция была произведена через имеющийся свищ, далее выполнено дренирование холедоха по Керу через свищ с окутыванием дренажа в виде муфты прилегающей к свищу оставшейся стенкой желчного пузыря. В 8 (38,1%) случаях в связи с большими размерами конкремента холедоха холедохолитоэкстракцию через образовавшийся дефект пузырно-холедохеального свища не представлялось возможным. В связи с этим у этих пациентов была выполнена холедохотомия над конкрементом в поперечном направлении с удалением конкремента и дренированием холедоха по Керу через холедохотомный разрез, а пластику свища осуществляли лоскутом стенки желчного пузыря.

Полноценность литоэкстракции проверено путем интраоперационной холедохоскопии у 15 (71,4%) пациентов перед дренированием холедоха, а у 6 (28,6%) больных выполнена интраоперационная холангиография через дренаж холедоха. В 1 (4,8%) случае была произведена конверсия на лапаротомию, причиной которой являлась низкое расположение конкремента в ретродуоденальной части холедоха, который был установлен интраоперационной холангиографией. Что невозможно было удалить лапароскопическим способом.

В послеоперационном периоде у больных подвергнутых лапароскопическим вмешательствам неспецифических осложнений не наблюдалось. У одного больного наблюдалось специфическое осложнение в виде резидуального холедохолитиаза, который на 5 сутки после операции был корригирован путем выполнения ЭРПХГ с ЭПСТ и удаления конкремента их холедоха. Средняя длительность нахождения больных на больничной койке составило 10,8 дней. Летальный исход наблюдался в 1 (3,7%) случае.

Выводы. Включение в схему диагностики ЭРПХГ, ЧЧХГ и МРТ-холангиографии улучшает точность и качество распознавания СМ и позволяет оценить показания к использованию видеолапароскопии. Показанием к лапароскопическому лечению СМ 2 типа является наличие одиночного конкремента в супрадуоденальном отделе холедоха, что позволит снизить число конверсии в лапаротомию. В случаях СМ I типа операцией выбора является лапароскопическая холецистэктомия. Операцией выбора у пациентов СМ II типа является лапароскопическая субтотальная холецистэктомия, пластика свища лоскутом желчного пузыря на дренаже Кера.

КОМБИНИРОВАННОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ «СЛОЖНОЙ» ЛОКАЛИЗАЦИИ

Шабунин А.В.^{1,2}, Бедин В.В.^{1,2}, Тавобилов М.М.^{1,2},
Карпов А.А.¹, Лебедев С.С.^{1,2},
Аладин М.Н.², Алиева Ф.Ф.²

¹ГБУЗ «Городская клиническая больница имени С.П. Боткина»,
г. Москва, Российская Федерация,

²Кафедра хирургии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская
академия непрерывного
профессионального образования» МЗ РФ,
г. Москва, Российская Федерация

Введение. Высокий риск интра- и послеоперационных осложнений при сложной локализации эхинококковых кист

вынуждает хирургов выполнять заведомо нерадикальные операции с высоким риском последующего рецидивирования. Проведение противопаразитарной терапии в адьювантном режиме не всегда дает ожидаемые результаты. Вследствие чего применение интраоперационных способов профилактики рецидива эхинококкоза может позволить улучшить результаты лечения этой сложной в хирургическом плане категории пациентов.

Цель исследования – улучшение результатов лечения больных с эхинококкозом печени «сложной» локализации.

Материал и методы. Дизайн исследования представлял собой ретроспективный анализ результатов лечения пациентов (22), перенесших вмешательства с частичным оставлением стенок кисты и проспективной части работы, основанной не только на непосредственных и отдаленных результатах лечения пациентов, которым проводилось комбинированное хирургическое лечение с применением криотехнологий (12 случаев), но и морфологического (в том числе на ультраструктурном уровне) обоснования необходимости использования дополнительных методов профилактики рецидива эхинококкового процесса в печени.

Результаты. При проведении морфологической части работы было убедительно доказано влияние криоабляции на стенки паразитарной кисты и прилежащую паренхиму печени (в 12/12 случаях). Количество осложнений по Clavien-Dindo составило в первой группе 19 у 22 (86,4%) пациентов, преимущественно они были представлены классом III, во второй – 3 у 12 (25%) пациентов. Послеоперационный койко-день составил 18±9 в первой группе, 14±1,9 – во второй. Рецидивы в течение трех лет составили у пациентов из после открытых эхинококэктомий – 57,1%, у больных после применения гибридных методов хирургического лечения – 8,3%.

Заключение. Таким образом, при наличии эхинококковой кисты сложной локализации, при высоком риске выполнения нерадикальной операции, целесообразно дополнять хирургическое вмешательство применением криотехнологий как для профилактики непосредственных осложнений, так и для улучшения отделанных результатов лечения.

МОДИФИЦИРОВАННЫЙ АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

Шабунин А.В.^{1,2}, Бедин В.В.^{1,2}, Тавобилов М.М.^{1,2}, Карпов А.А.¹, Озерова Д.С.^{1,2}

¹ГБУЗ «Городская клиническая больница имени С.П. Боткина», г. Москва, Российская Федерация,

²Кафедра хирургии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» МЗ РФ, г. Москва, Российская Федерация

Введение. Желчнокаменная болезнь является одной из самых распространенных патологий в мире. Ежегодно отмечается тенденция в приросте показателей заболеваемости. В РФ

распространенность желчнокаменной болезни составляет 10-15%. В свою очередь желчнокаменная болезнь является предиктором такого осложнения как холедохолитиаз. Холедохолитиаз возникает у 8-25% больных с конкрементами в желчном пузыре. В настоящее время «золотым стандартом» лечения больных с холецистохоледохолитиазом является применение эндоскопической ретроградной холедохолитоэкстракции и лапароскопической холецистэктомии. Несмотря на изученность проблемы, до настоящего времени не определены оптимальные сроки выполнения лапароскопической холецистэктомии после холедохолитоэкстракции.

Материал и методы. За период с 2016 по 2021 год в хирургической клинике Боткинской больницы по поводу хронического калькулезного холецистита, осложненного холедохолитиазом, было пролечено 364 пациента. Ретроспективная группа включала 198 больных, находившихся на лечении с 2016 по 2018 года, которым лапароскопическая холецистэктомия выполнялась на 14-30 сутки. Проспективная группа включала 166 больных с 2019 по 2021 г. В данной группе пациенты были распределены на подгруппы в зависимости от сроков выполнения лапароскопической холецистэктомии. Так в подгруппе 2.1 холецистэктомию выполняли у 31 пациента одновременно с холедохолитоэкстракцией, в подгруппе 2.1 она осуществлялась 78 больным на 1-3 сутки, в подгруппе 2.3 холецистэктомия производилась на 4-7 сутки у 35 пациентов и в подгруппе 2.4 лапароскопическая холецистэктомия выполнили на 14-30 сутки у 22 больных.

Результаты. В ретроспективной группе сложности во время выполнения лапароскопической холецистэктомии возникли у 80 (40%) пациентов. При этом интраоперационные сложности в 5 и 6 баллов отмечены у 16 (8%) больных. В то время как у пациентов проспективной группы мы наблюдаем снижение как количества, так и тяжести интраоперационных сложностей – 33 (19,8%). Послеоперационные осложнения у больных ретроспективной группы выявлены в 88 (44,4%) случаев. В проспективной группе количество послеоперационных осложнений составило 40 (24%). При анализе морфологических изменений стенки желчного пузыря также стоит отметить уменьшение количества деструктивных форм в проспективной группе. Так в ретроспективной их количество составило 86 (43,3%), в то время как в проспективной – 30 (18%). Анализ посевов желчи из полости желчного пузыря показал, что в ретроспективной группе диагностически значимый титр бактериальной обсемененности был отмечен в 101 (51%) случае, при этом характеризовался наличием микроорганизмов с множественной и широкой лекарственной устойчивостью. В проспективной группе данное количество составило 87 (52,4%).

Заключение. Ведущим фактором, влияющим на результаты лечения больных с холецистохоледохолитиазом, является сроки между эндоскопической ретроградной холедохолитоэкстракцией и лапароскопической холецистэктомией. Наиболее оптимальным является одномоментное выполнение эндоскопической ретроградной холедохолитоэкстракции и лапароскопической холецистэктомии.

V. МИНИИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЭКСТРЕННОЙ И ПЛАНОВОЙ ХИРУРГИИ

СИМУЛЬТАННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ И ГРУДНОЙ ПОЛОСТЕЙ, СОЧЕТАННЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЦА

Абдикаримов А.М., Туганбеков Т.У., Исабеков И.Ш.

АО «Национальный научный медицинский центр»,
г. Нур-Султан, Республика Казахстан

Актуальность. В настоящее время, вопросы хирургического лечения патологии сердца и злокачественных новообразований различных локализаций остаются актуальными. Прежде всего, это связано со значительным увеличением заболеваемости и смертности от данных нозологий.

Цель работы – описание клинической результативности симультанных операций у больных с новообразованиями органов брюшной и грудной полостей, сочетанных с патологией сердца, проведенных с 2018 по 2021 год.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ 14 историй болезни пациентов, пролеченных в период с 2018 по 2021 г. в АО «Национальный научный медицинский центр», которым одномоментно проведены операции при патологии сердца, а также опухолями грудной и брюшной полостей. В ретроспективном анализе участвуют 4 (28,6%) женщины и 10 (71,4%) мужчин, средний возраст составляет $61,2 \pm 5,7$ лет. Кардиохирургические операции включают в себя вмешательства по поводу реваскуляризации коронарных артерий, патологий клапанов сердца и другие. На общехирургическом этапе были выполнены такие операции, как резекции и иссечения булл лёгкого, спленэктомия, нефроуретерозэктомия, тимэктомия, резекция поджелудочной железы и другие.

Результаты. В результате проведенных симультанных оперативных вмешательств, не отмечалось интраоперационной и послеоперационной смертности и осложнений. Среднее время искусственного кровообращения составило $77,64 \pm 36,29$ мин, в то время как средним временем cross-clamp было $50,21 \pm 28,39$ мин. Средняя кровопотеря составила $210,71 \pm 32,77$ мл. В 6 из 14 симультанных операциях, кардиохирургический этап предшествовал общехирургическому. Все операции прошли в штатном режиме, без интраоперационных осложнений. Средний период пребывания в реанимационном отделе в послеоперационный период составлял $3,14 \pm 1,31$ дней (мин – 1, макс – 8). У 2 пациентов из 14 в результате патолого-морфологического исследования обнаружено злокачественное новообразование – (1) умеренно-дифференцированная аденокарцинома левого легкого (G2) с нагноением и распадом опухолевой ткани, (2) почечно-клеточная карцинома. У остальных пациентов гистологически подтверждены доброкачественные новообразования.

Заключение. Несмотря на небольшое количество пациентов, вовлеченных в ретроспективный анализ, симультанные оперативные вмешательства не связаны с высокой интраопе-

рационной смертностью, а также критическими послеоперационными осложнениями. По предварительным результатам ретроспективного анализа, первоочередность кардиохирургического либо общехирургического этапа, не привела к значительным изменениям в эффективности одномоментного вмешательства, а также увеличению интраоперационных и послеоперационных осложнений. Кроме того, актуальность аспектов этой медицинской проблемы диктует необходимость создание чётких алгоритмов ведения пациентов и создания условий для Республиканских медицинских центров для проведения гибридных операций.

РОЛЬ ОПТИЧЕСКОЙ КОГЕРЕНТНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ ЧРЕСКОЖНОМ КОРОНАРНОМ ВМЕШАТЕЛЬСТВЕ

Анваров Ж.О., Махкамов Н.К., Им В.М., Умаров М.М.

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

Цель работы – оценить роль оптической когерентной томографии (ОКТ) в ближайшем и отдаленном периоде после чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы. В работу включено 98 больных, которым выполнено ОКТ в период с февраля 2017 г. по февраль 2022 г. В 57 случаях ОКТ проводилась до и после ЧКВ, в 41 случае – только после ЧКВ. Оценено состояние 44 стентов с лекарственным покрытием (СЛП), имплантированных в сроки от 6 до 48 месяцев ($41 \pm 3,5$). У 42 больных с острым коронарным синдромом было изучено морфология структуры поражения коронарных артерий (КА).

Результаты. Выбор тактики лечения изменился в 51 (52%) случаях. В 24 (42,1%) случаях произведено изменение выбора длины стента. Изменение выбора диаметра стента выполнялось в 27 (47,4%) случаях. Предилатация баллоном для расширения кальцинированных сосудов было выполнено в 18 (18,6%). Баллонная постдилатация при мальпозиции установленных стентов было выполнено в 29 (29,5%). В 1 случае выполнено стентирование дистальной части передней нисходящей артерии после краевой диссекции стента. При оценке 25 ранее установленных СЛП, имплантированных в сроки до 48 месяцев в 3 случаях, обнаружился неоатеросклероз (фиброатерома с тонкой капсулой), который привел к in-stent рестенозу. Данным больным был имплантирован СЛП. У 17 пациентов выявлена полная эпителизация балок стента, имплантированных в сроки от 9 до 48 месяцев. Им была остановлена двойная антиагрегантная терапия (ДААТ) и рекомендован прием только аспирина. У 6 пациентов выявлена неполная эпителизация балок СЛП в сроках 12-24 месяцев, в связи с чем ре-

комендовано продолжить ДААТ.

Из 42 больных с ОКС разрыв атеросклеротической бляшки (АБ) был выявлен у 29 (69%) пациентов, 13 (31%) больных была выявлена эрозия АБ, которая привела к ишемии миокарда. В среднем, время «Door to Balloon» составило $26 \pm 4,5$ минуты. Во всех случаях удалось успешно выполнить баллонную ангиопластику и стентирование КА, антеградный кровоток был восстановлен (TIMI III). Всем больным установлены СЛП. Летальных исходов не было и на 3-4 сутки после вмешательства пациенты выписаны домой в удовлетворительном состоянии. У 3 (8,3%) пациентов отмечался повтор ангинозных приступов, в связи с чем была выполнена коронарография с последующим стентированием КА. У остальных пациентов прогрессирования ИБС не наблюдалось. В отдалённом периоде связь осуществлялась по телефону и при обращении в клинику.

Заключение. Применение методов внутрисосудистой визуализации и диагностики при интервенционном лечении поражений КА, в частности, ОКТ, у больных с ИБС позволяет определить тактику и объем ЧКВ, своевременно предотвратить и диагностировать осложнения, связанные с имплантацией стента, улучшить ближайшие и отдалённые результаты интервенционных коронарных вмешательств.

РОЛЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ФРАКЦИОННОГО РЕЗЕРВА КРОВОТОКА В ПРАКТИКЕ ИНТЕРВЕНЦИОННОГО КАРДИОЛОГА

Анваров Ж.О., Махкамов Н.К., Им В.М., Умаров М.М.

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

Цель работы – улучшение ближайших и отдаленных результатов чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) путем определения фракционного резерва кровотока (ФРК).

Материал и методы. В исследование включено 152 пациента, которым с февраля 2017 г. по февраль 2022 г. было выполнено ЧКВ, при этом ФРК был определен у 64 больных. У всех пациентов был II-III класс стенокардии напряжения по Канадской классификации. Определение ФРК проводилось при однососудистом и многососудистом поражении коронарных артерий (КА) и пограничными стенозами от 50 до 70%. Значение ФРК $\geq 0,80$ расценивалось как функционально незначимое, ФРК $\leq 0,80$ считался гемодинамически значимым. Оценено состояние 44 стентов с лекарственным покрытием (СЛП), имплантированных в сроки от 6 до 48 месяцев ($41 \pm 3,5$).

Результаты. Выбор тактики лечения менялся в зависимости от данных, полученных при измерении ФРК. Гемодинамическая значимость стеноза, согласно данным коронарографии (КГ), не всегда коррелировала с измерениями ФРК. Согласно данным КГ, у всех больных были показания к стентированию одной или более КА. Однако, только у 28 (43,7%) пациентов когда ФРК составила $\leq 0,80$, в связи с чем, было выполнено ЧКВ с установкой СЛП. У оставшихся 36 (56,3%) пациентов ФРК составило $\geq 0,80$, то есть показаний к стентированию КА не было. Им подбиралась оптимальная медикаментозная терапия в соответствии с тяжестью заболевания и клинических проявлений.

В отдалённом периоде с пациентами связь осуществлялась по телефону и при обращении в клинику. У 4 (6,2%) пациентов наблюдалось прогрессирование симптомов стенокардии в связи с чем была выполнена КГ с последующим стентированием КА. У остальных пациентов прогрессирование ИБС не наблюдалось.

Заключение. Применение ФРК у больных с ИБС позволяет определить тактику и объем эндоваскулярного вмешательства, своевременно предотвратить осложнения, связанные с имплантацией стента, улучшить ближайшие и отдалённые результаты ЧКВ.

ОРГАНИЗАЦИЯ И ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ ОТ ОЖОГОВ. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ИНТЕНСИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ШОКА И СЕПСИСА

Алексеев А.А., Бобровников А.Э.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» МЗ РФ, г. Москва, Российская Федерация, ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» МЗ РФ, г. Москва, Российская Федерация

Организация и оказания медицинской помощи на всех ее этапах, не зависимо от профиля специальности, всегда направлены на создание единой системы диагностики и лечения, а также профилактики заболевания или его осложнений. Последнее обстоятельство во многом определяет успех и эффективность все системы здравоохранения, т.к. важнейшие медико-социальные показатели, такие как летальность и инвалидизация, напрямую зависят от результатов профилактики и лечения таких осложнений.

В настоящее время организация медицинской помощи пострадавшим от обширных ожогов является одним из примеров порядка ее оказания на основе современных методов диагностики и лечения ожоговой болезни и ее осложнений.

Эффективность профилактики грозных осложнений ожоговой болезни, одним из которых является сепсис, во многом зависит от своевременной и правильной диагностики тяжести травмы, своевременного адекватного тяжести травмы и состоянию больного общего и местного лечения. При этом, особенно важное значение имеет интенсивное лечение ожогового шока. Как правило, проблемы в организации лечения больного в этот период ожоговой болезни приводят к тяжелым функционально-морфологическим изменениям со стороны внутренних органов и систем на фоне микроциркуляторных изменений и тканевой гипоксии, развитию полиорганной недостаточности, раннего сепсиса.

Безусловно, в развитии ожогового сепсиса, особенно на поздних сроках после травмы, главную роль играет генерализация инфекции. Частота сепсиса при этом возрастает с увеличением общей площади ожогов, площади глубоких ожогов, а также при сочетании ожогов кожных покровов с ингаляционной травмой.

Единственной возможностью свести к минимуму опасность генерализации инфекции является раннее иссечение нежизнеспособных тканей – некрэктомия. Однако выполнение некрэктомии одновременно на площади более 15-20% поверхности

тела представляет большую опасность для жизни тяжелообожженного вследствие операционной травмы и связанного с этим риском углубления расстройств гомеостаза, бактериемией, существенными трудностями по преодолению белковых и энергетических потерь через раневую поверхность, а также невозможностью восстановить целостность кожного покрова на этой площади одновременно у больных с обширными ожогами из-за дефицита неповрежденной кожи.

Комплексное лечение тяжелообожженных на основе внедрения в практическое здравоохранение порядка оказания медицинской помощи и маршрутизации больных, своевременное начало специализированного лечения, активная хирургическая тактика, с применением инновационных технологий с использованием ультразвуковой обработки, вакуум-терапии ран, а также биотехнологий, в сочетании с интенсивным лечением с использованием поликомпонентной терапии, включая целенаправленную антибиотикотерапию, респираторную и нутритивную поддержку, коррекцию иммунного статуса, экстракорпоральные методы детоксикации, позволяют существенно улучшить результаты лечения больных с обширными ожогами, уменьшить частоту и летальность от сепсиса.

ОБШИРНЫЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ВЕНТРАЛЬНЫЕ ГРЫЖИ: ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Ашимов Ж.И., Динлосан О.Р., Осмонбекова Н.С.,
Айтиев У., Турдалиев С.А.,
Орозобеков Б.К., Эгенбаев Р.Т.
Национальный хирургический центр
имени академика М.М. Мамакеева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Грыжи брюшной стенки по сей день остаются одной из самых частых причин плановых и экстренных операций.

Цель работы – уменьшить развитие осложнений при выполнении оперативного вмешательства с помощью сетчатого эндопротеза у больных с послеоперационными вентральными грыжами больших и гигантских размеров.

Материал и методы. Мы наблюдали за 49 больными по поводу послеоперационной вентральной грыж, в возрасте от 40 до 61 года, средний возраст – $52,9 \pm 0,88$ года. Продолжительность грыженосительства у больных составляло от 6 месяцев до 20 лет. Использовали комбинированный метод герниопластики. Кожный доступ над грыжевым выпячиванием, с иссечением старого послеоперационного рубца, далее выделяем грыжевой мешок до грыжевых ворот. Под контролем пальца пересекали края апоневроза прямых мышц живота, для ненатяжной герниопластики. Дефект брюшной полости закрывали узловыми швами, используя шелковые нити №3, сверху накладывали полипропиленовый сетчатый протез, фиксируя за края прямых мышц живота на 3,0 см. При боковых послеоперационных грыжах доступ был горизонтальным, а при срединных грыжах вертикальный.

Результаты. В раннем послеоперационном периоде осложнения возникли у 4 больных. В раннем послеоперационном периоде осложнений было минимум и тем самым доказывает, что наш метод адекватный и успешный. У 1 больного развился краевой некроз кожи, при этом отмечено, что это не связано с

использованием полипропиленового сетчатого протеза. Больной получал в раннем послеоперационном периоде массивную антибактериальную терапию. Также в двух случаях развилась серома, которые через дренажи активно аспирировались и не потребовали повторной операции.

Использование ненатяжной герниопластики позволило улучшить результаты лечения больных большими и гигантскими послеоперационными вентральными грыжами. Однако при их выполнении требуется широкое отделение кожи и подкожно-жировой клетчатки от грыжевого мешка, ворот и от передних листов влагалища прямых мышц живота, которые приводят к нарушению кровообращения и возникновению раневых осложнений в раннем послеоперационном периоде. По результатам осложнений: серома – 4,1%, краевой некроз кожи – 2,0%, лигатурные свищи – 2,0%, инфаркта передней брюшной стенки не наблюдалось. Тем самым доказывается эффективность данной методики операции.

Заключение. При больших и гигантских послеоперационных вентральных грыжах необходимо широкая мобилизация подкожно-жировой клетчатки только с сохранением крупных сосудов передней брюшной стенки можно уменьшить риск развития раневых осложнений, что мы и доказали в данной работе, при выполнении оперативного вмешательства комбинированным методом.

СКАНИРУЮЩАЯ ЭЛЕКТРОННАЯ МИКРОСКОПИЯ ПРОЛЕНОВЫХ СЕТОК И ТКАНЕЙ ПОСЛЕ ПРОТЕЗНОЙ ПЛАСТИКИ

Байбеков И.М., Гуламов О.М., Музаффаров Ф.У.
ГУ «Республиканский специализированный
научно-практический медицинский центр хирургии
имени академика В. Вахидова»,
г. Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность. Использование протезной пластики значительно улучшило результаты хирургического лечения больших и гигантских вентральных грыж. Наиболее часто используются проленовые сетки без покрытия. В связи с ростом числа операций с использованием различных имплантов возник ряд новых проблем. Изучение взаимодействия импланта с тканями после протезной пластики вызывает особый интерес, это возможно при помощи сканирующей электронной микроскопии (СЭМ).

Цель исследования – оценка взаимодействия проленовой сетки с тканями с использованием СЭМ.

Материал и методы. В отделении торакоабдоминальной онкохирургии, ранее отделение Общей и лазерной хирургии, с 2003 года по настоящее время выполнены более 1500 операций – протезная пластика при обширных и гигантских вентральных грыжах. Из числа этих пациентов у 70 выполнена повторная операция в связи с рецидивом и возникновением других осложнений. Во время повторных операций в большинстве случаев ранее установленные протезы и рубцовые ткани были иссечены в пределах неизмененных тканей и направлены для исследования под СЭМ. Образцы тканей, протез, кожно-протезный свищ при помощи СЭМ изучены у 14.

Изучаемый биоматериал фиксирован в 2,5% растворе глютарового альдегида и дофиксация в 1% растворе четырех

окси осмия, после на том же буфере обезвоживание в спиртацетоне, высушивание в аппарате НСР-2, напыление золотом в аппарате IP-2. Фото снимали с цифровой камерой Canon с экрана микроскопа Hitachi S-405.

Результаты. При помощи СЭМ в 14 случаев изучены морфологические особенности и характер взаимодействий тканей и проленовой сетки. На поверхности проленовой сетки определяются нечеточные структуры в виде сплошной пленки, имеются дефекты нити сетки. Наличие дефектов обусловлено механическим воздействием. Клеточные скопления – лимфоциты, макрофаги, бактерии, грибы и зародышевые элементы. Среди микроорганизмов, обнаруженных при инфицировании сетки, встречаются золотистый стафилококк, стрептококк, грамм отрицательные микроорганизмы, энтеробактерии и анаэробы. Также встречается грибы чаще рода Кандида и микобактерии.

Характер дефектов и разнообразие микроорганизмов свидетельствует о вторичном инфицировании, что требует их удаления во время повторной операции.

Заключение. Во всех удаленных проленовых сетках имеются различные дефекты вследствие механического воздействия. Поверхность плетеных нитей сетки покрыта дискретной структурой в виде пленки (клетки, микроорганизмы, грибы). Выявленные морфологические изменения вследствие взаимодействия протеза и тканей могут привести к образованию кожно-протезных свищей.

ЖЕДЕЛ ХОЛЕЦИСТИТТІҢ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗБЕН ҚОСАРЛАСУЫ КЕЗІНДЕГІ БІРМЕЗЕТТІ ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМДЕУ ТАКТИКАСЫНЫҢ НӘТИЖЕЛЕРІ

Баймаханов А.Н., Жұматаев Д.Т., Раимханов А.Д.,
Қазиева А.М.

«С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық
медицина университеті» КеАҚ,
Алматы қ., Қазақстан Республикасы

Кіріспе. Жалпы өт жолындағы тастар (холедохолитиаз) жедел холецистит анықталған науқастардың 8-20%-да кездеседі. Allen N. (2006) мәліметінше, егер холедохолитиазды эндоскопиялық жолмен шешкеннен кейін бірден радикалды холецистэктомия жасалмаса, өт тас ауруының одан әрі асқыну процесі холедохолитиазбен қосарласқан кезде, хирургтар мен эндоскопистер арасында оларды емдеу тактикасы тұрғысында әлі күнге дейін нақты ортақ шешім табылған жоқ, сонымен қатар лапароскопиялық және эндоскопиялық араласулар арасындағы уақыттық фактор әлі нақтыланбаған.

Жұмыстың мақсаты – жедел холецистит пен холедохолитиаздың қосарласуы кезіндегі бірмезетті хирургиялық емдеу мен екі сатылы хирургиялық емдеу әдістері арасындағы тиімділікті бағалау болып табылады.

Материалдары мен әдістері. Жұмыс жедел холецистит пен холедохолитиаздың қосарласуы анықталған 135 науқастың емдеу нәтижелерін талдауға негізделген. Барлық пациенттер 2 топқа бөлінді: I-ші топқа бір наркоз аясында ЭРХПГ мен ЭПСТ, холедохолитэкстракция және радикалды лапароскопиялық холецистэктомия жасалған 63 науқас кірді. II-ші топқа ЭРХПГ мен ЭПСТ-дан соң 1-3 айдан кейін лапароскопиялық холецистэк-

мия жасалған 72 науқас кірді.

Нәтижелері. Салыстыру топтары арасында бірнеше зертханалық көрсеткіштер бойынша статистикалық маңызы бар айырмашылықтар анықталды. Мәселен, жалпы билирубин мөлшерінің стационарға түскен және шығу кезінде топтар арасында айтарлықтай айырмашылықты көрсетті. I-ші топтағы науқастарда операциядан кейінгі кезеңде (8,9±9,1) қандағы лейкоциттер санының төмендеу динамикасы II-ші топтағы науқастарға қарағанда (10,2±2,1) ($p>0,05$) едәуір жылдам болды. I-ші топтағы анестезияның (133,0±27,2) ұзақтығы II-ші топқа қарағанда (145,6±35,0) қысқа болды, бірақ айтарлықтай статистикалық маңызы бар айырмашылық болған жоқ. I-ші топ науқастарының төсек-күндер саны (7,1±1,6) II-ші топқа қарағанда (12,7±2,4) екі есе аз болды ($p>0,05$). Операциядан кейін пациенттерді бақылаудың орташа уақыты 11,4±5,1 айды құрады. II-ші топта ЭРХПГ-дан кейінгі асқынулар 24 пациентте, I-ші топта 9 пациентте дамыды. ЭРХПГ-дан кейінгі 7 жағдайда II-ші топта рехолодохолитиаз дамыды, ал I-ші топта науқастарында мұндай асқыну болмады, бұл асқынулар бойынша топтар арасындағы статистикалық маңызы бар айырмашылық анықталды ($p>0,05$).

Қорытынды. Жедел холециститтің холедохолитиазбен бірге қосарласуын емдеуде бірмезетті хирургиялық тактикасы пациентке түсетін моральдық-психологиялық ауыртпашылықтың төмендеуімен, операциядан кейінгі асқынулардың (рехолодохолитиаздың) азаюымен, пациенттің стационарда өткізетін төсек-күндерінің қысқаруы және наркоздық дәрілік препараттардың аз дозаларын (екі наркоздың орнына бір наркоз) енгізу есебінен материалдық және экономикалық шығындарды азайтуға, халықтың еңбекке жарамсыздық кезеңін қысқарта отырып, пациенттердің денсаулығын ерте оңалтуға мүмкіндік береді.

LAPAROSCOPIC HAND-ASSISTED DONOR HEMINEPHRECTOMY IN LIVING DONOR WITH HORSESHOE KIDNEY: CLINICAL CASE

Baimakhanov B.B., Chormanov A.T., Madadov I.K.,
Belgibaev Y.B., Nabiyev Y.S., Syrymov Zh.M.,
Rgebyev B.G., Saduakas N.T.

JSC «National Scientific Center of Surgery
named after A.N. Syzganov»,
Almaty, Kazakhstan

Purpose: to report a case of kidney transplantation from 65-years old female donor with horseshoe kidney (HSK) for her 39-years old son with end-stage renal disease (ESRD), by using laparoscopic hand-assisted heminephrectomy technique.

Clinical case. 39-years old male with ESRD, for the last 2 years of haemodialysis, admitted to our center for kidney transplantation. Technical challenge was due to that donor had a horseshoe kidney with parenchymal isthmus, with 4 arteries on right half and 2 arteries on the left with retrocaval position of the latters. Recipient had concurrent arterial hypertension and otherwise there were no contraindications for transplantation during preoperative evaluation. Donor was his mother 66 years old, with arterial hypertension 1 stage (AP max 142/90 mmhg), during preoperative evaluation otherwise healthy. Due to lack of others younger related

donors, we inform patients about potential risks of donation and after informed consent taken we prepared patients for surgery. On computed tomography scan donor had HSK, revealed first time in her life, with parenchymal isthmus, 4 arteries on right half and 2 arteries on the left and the latter had retrocaval position, with aortocaval transposition that is sometimes seen in patients with horseshoe kidneys.

Patient underwent laparoscopic hand-assisted donor heminephrectomy. Left half of HSK was first devascularized and then the isthmus was quickly transected just above the suture line, preventing bleeding from the right half. Warm ischemic time 1 was 92 seconds. Resected isthmus was sutured on back-table by interrupted suture and utilizing haemostatic sponge. Surgery was completed otherwise uneventfully. Patient was discharged postop 4 day.

Conclusion. In case of HSK it is common problem the anomaly of kidney vasculature, pelvicalyceal system, isthmus. These pitfalls are not a contraindication for organ donation anymore. There different techniques of organ procurement but in developing surgical era we must utilize minimal invasive approaches in these patients also as to affect their recovery period and return to their daily activity.

АНАЛИЗ МОНОЦИТОВ У ПАЦИЕНТОВ С АОРТОКОРОНАРНЫМ ШУНТИРОВАНИЕМ В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Барсуков А.А., Земсков В.М., Козлова М.Н.,
Шишкина Н.С., Демидова В.С., Попов В.А.,
Плотников Г.П., Куликова А.Н., Казённов В.В.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр
хирургии имени А.В. Вишневского» МЗ РФ,
г. Москва, Российская Федерация

Введение. В представленной работе у пациентов с аортокоронарным шунтированием (АКШ) в условиях искусственного кровообращения (ИК) были проанализированы субпопуляции моноцитов с клеточными маркерами: CD14++CD16- (классические моноциты), CD14++CD16+ (промежуточные моноциты) и CD14+CD16++ (неклассические моноциты). Особое значение в кардиопатологии уделяется субпопуляции CD14++CD16- моноцитов, количественные показатели которой по данным литературы значительно возрастают у пациентов с тяжелыми формами сердечно-сосудистых заболеваний.

Цель исследования – изучить влияние операции у пациентов с АКШ в условиях ИК на фенотип субпопуляций моноцитов на 1 и 7 сутки после хирургического вмешательства.

Материал и методы. Выполнен анализ иммунного статуса у 19 кардиохирургических пациентов до операции и в указанные сроки после оперативного вмешательства с исследованием субпопуляций моноцитов методом проточной цитофлуориметрии на цитометре FACSCalibur (Becton Dickinson, США) и с использованием моноклональных антител производства BD Biosciences, США.

Результаты. Установлено значительное повышение субпопуляции моноцитов CD14++CD16+ (промежуточные) моноциты с 5% в дооперационный период до 18% ($p < 0,0001$) через сутки после операции АКШ в условиях ИК. На 7-е сутки после операции количество CD14++CD16+ моноцитов сни-

зилось до 7,4%, статистически не различаясь с дооперационным уровнем ($p = 0,4$). Соответственно отмечено достоверное снижение CD14++CD16- (классические) моноцитов с 86% до 78% ($p < 0,009$) и CD14+CD16++ (неклассические) с 7% до 3% ($p < 0,0002$) на первые сутки. На 7-е сутки уровень субпопуляций моноцитов CD14++CD16- и CD14+CD16++ нормализовался.

Заключение. Проведенное предварительное исследование подтвердило значимость изучения субпопуляций моноцитов с различными фенотипами у пациентов с дисфункцией сердечной деятельности. Это свидетельствует о нарушении популяционного баланса моноцитов после хирургического вмешательства, что может осложнить реабилитационный период пациента. В связи с этим, необходимо помнить, что субпопуляция моноцитов CD14++CD16+ (промежуточные) могут выполнять как положительную, так и отрицательную роль в регенеративных процессах миокарда, что доказано литературными данными. В дальнейшем будет оценена значимость этих событий для пациентов и будет выяснена целесообразность применения иммуностимулирующей терапии. Надо отметить, что значительные изменения субпопуляция моноцитов CD14++CD16+ обнаружены и при другой патологии.

ОЦЕНКА ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ БРАХИОЦЕФАЛЬНОГО СТВОЛА ПРИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ

Белоярцев Д.Ф., Адырхаев З.А., Полянский Д.В.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр
хирургии имени А.В. Вишневского» МЗ РФ,
г. Москва, Российская Федерация

Актуальность. Атеросклеротическое поражение брахиоцефального ствола (БЦС) у пациентов с цереброваскулярными заболеваниями встречается в 0,5-2% случаев и является причиной развития ишемии головного мозга и верхних конечностей. На сегодняшний день большинством специалистов при подобных поражениях выполняется протезирование БЦС, которое зарекомендовало себя как вмешательство, обеспечивающее долгосрочную проходимость и свободу от неврологического дефицита.

Цель исследования – оценить отдаленные результаты протезирования брахиоцефального ствола при атеросклеротическом поражении.

Материал и методы. Проанализированы результаты 79 интраторакальных реконструкций, выполненных при гемодинамически значимом атеросклеротическом поражении БЦС на базе НМИЦ хирургии имени А.В. Вишневского в период с 1983 по 2020 годы. Отдаленные результаты были изучены у 65 (82%) больных из 79. Средний срок наблюдения составил $143,4 \pm 33,1$ мес. (около 12 лет), максимальный – 455 мес. (почти 38 лет).

Результаты. В большинстве случаев выполнялось линейное протезирование безымянной артерии – 52 (65,8%), в остальных случаях – множественное протезирование ветвей дуги аорты – 27 (34,2%). В группе множественного протезирования ветвей дуги аорты в 17 случаях (21,5%) выполнено протезирование основным протезом в БЦС или в правую общую сонную артерию (ОСА) с боковой вставкой в левую ОСА или правую подключичную артерию, в 10 случаях (12,7%) выполнено бифуркационное

протезирование.

Отдаленная проходимость в 5-летние сроки составила 97%, в 10-летние – 94%. При оценке влияния пластического материала протеза (дакрон или ПТФЭ) на отдаленную проходимость статистически значимых различий получено не было. Развитие тромбозов протеза сопровождалось возникновением неврологического дефицита только в одном наблюдении, и ни разу инсульт не послужил причиной смерти в отдаленном периоде. Свобода от инсультов в 5-летние сроки составила 95%, в 10-летние сроки 91%. Показатель выживаемости к 5-му году наблюдения составил 92% и оставался на том же уровне к 10-му году.

Заключение. Протезирование безымянной артерии зарекомендовало себя в практике сердечно-сосудистой хирургии, как безопасная и надежная методика, обеспечивающая долгосрочную проходимость и свободу от неврологического дефицита.

СПОСОБЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВЕНТРАЛЬНЫМИ ПОСТПРОТЕЗНЫМИ ГРЫЖАМИ

Гуламов О.М., Музаффаров Ф.У., Мухамедов Б.З.

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

Актуальность. На сегодняшний день протезирование при обширных и гигантских вентральных грыжах привело к отчетливому снижению рецидивов заболевания, получило повсеместное использование метода и тем самым оказался причиной возникновения других новых проблем, которые требуют своего решения. Причины и факторы рецидива грыжа-образования и других с этим связанных осложнений многообразны. В основном к этим осложнениям могут привести дефекты техники выполнения операций, не оптимальный подбор размеров протезной сетки, в некоторых случаях использование плетеных нитей, которые могут быть источником инфицирования. Встречаются осложнения в виде сморщивания протеза, миграция, деградирование. Факторы нежелательных результатов: не соблюдение оберегающего режима питания и поведения в послеоперационном периоде, ранняя физическая нагрузка, патология органов с повышением внутрибрюшного давления, индивидуальные регенеративные свойства.

Цель исследования – анализ причины рецидивов после протезной пластики и выбор оптимального способа хирургического лечения.

Материал и методы. 70 пациентов с постпротезными грыжами из числа более 1500 первичной протезной пластики при вентральных грыжах за период 2003 год и по настоящее время. Пациенты ранее оперированы с послеоперационной вентральной грыжей 58 больных, паховая грыжа у 9 больных и пупочная грыжа у 3 больных. Причины рецидива из числа исследуемых у 46 больных произошел отрыв протеза по краю, у 9 больных имеется дефект под протезом и в 3 случаях выявлен полный отрыв хирургической сетки, также у 12 больных диагностирован сочетание кожно-протезного свища с рецидивом грыжи. У 41 больных выполнено удаление старого протеза и повторная имплантация новой хирургической сетки с адекватно

подобраным размером, у 12 использован старый протез для ликвидации дефекта, у 17 больных имплантирован новый протез в виде вставки. Среди оперированных относительно сложную группу составляют пациенты с кожно-протезными свищами из-за присутствия дремлющей инфекции. Во время выполнения повторных операций в раннем этапе мы использовали углекислотный лазер «Скальпель 1» и полупроводниковый диодный высокоэнергетический лазер «Лахта-Милон» с рассеивающим оптоволоконном.

Результаты. Разработана рабочая классификация, определены следующие варианты рецидивов постпротезных грыж: парапротезная грыжа – грыжа выходит из под края протеза, причиной это отрыв имплантата дефект в среднем 5-7 см; подпротезная грыжа – фиксация протеза не нарушена, грыжевой мешок и дефект находятся под протезом, в большинстве случаев образуется после коррегирующей операции с использованием тканей грыжевого мешка; полный отрыв с рецидивом грыжи – протез полностью оторван и сморщен, смещение вверх грыжевого выпячивания; внепротезная грыжа – грыжевое выпячивание расположено вне зоны имплантации протеза; постпротезная грыжа с наличием кожно-протезного свища – причина образования свища, это длительно существующая и неадекватно пролеченная серома, использование плетеных нитей.

В случае сморщивания и деградации имплантата выполняли удаление старого протеза с репротезированием. При небольших дефектах парапротезной грыже ранее интегрированную тканями сетку с подшивали к краю протеза, в некоторых случаях дефект был ушит с имплантацией новой сетки поверх старой в виде вставки, в при внепротезной грыже выполнена имплантация нового протеза. В случае парапротезной грыжи в сочетании с кожно-протезными свищами выполняется удаление старого протеза и имплантирование новой в условиях контаминации раны. Использовали в бактерицидных целях углекислотный лазер «Скальпель 1» в расфокусированном режиме, на сегодняшний день используем полупроводниковый диодный высокоэнергетический лазер «Лахта-Милон» с рассеивающим оптоволоконном. Гистологическому изучению подвергались удаленные во время хирургического вмешательства материал, отмечено слияние фрагментов протеза в массивные конгломераты, последний окружен соединительной тканью.

Заключение. Выбор способа хирургического лечения рецидивных грыж, возникших после протезирования, должен основываться на результатах методов лучевой диагностики и в зависимости от интраоперационной ситуации.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИ-АССИСТИРОВАННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Гулзода М.К., Сафаров Б.И., Рузбойзода К.Р.

ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино», г. Душанбе, Республика Таджикистан

Цель исследования – улучшение хирургического лечения больным с острой спаечной тонкокишечной непроходимости.

Материал и методы. Располагаем опытом комплексной диагностики и лечения 50 больных с острой спаечной тонкокишечной непроходимостью, среди которых мужчин было 23 (46%), а женщин – 27 (54%). Возраст пациентов варьировался от 18 до 82 лет. В 46 (92%) наблюдениях из 50 (100%) больных причинами острой спаечной тонкокишечной непроходимости являлись различные патологии органов абдоминальной полости, которые в анамнезе перенесли различные по характеру и объёму оперативные вмешательства. В 4 (8%) случаях острая спаечная тонкокишечная непроходимость возникла первично, без проведения оперативных вмешательств.

Больным в экстренном порядке после кратковременной предоперационной подготовки были проведены лапароскопические и лапароскопически-ассистированные вмешательства с проведением комплексной патогенетической консервативной терапии в послеоперационном периоде. Показания к выполнению миниинвазивных вмешательств являлись: ранние сроки заболевания (до 12 часов), наличие в анамнезе единичных операций, отсутствие переза тонкой кишки, наличие «акустических окон» для пункции брюшной полости, отсутствие вицеро-париетальных сращений по данным ультразвукового исследования, обычное или умеренное уплотнение послеоперационного рубца и отсутствие сопутствующих заболеваний. Для диагностики острой спаечной тонкокишечной непроходимости наряду с общепринятыми клиническими обследованиями больных проводили рентгенологические и ультразвуковые исследования, а также видеолапароскопия.

Результаты. Необходимо подчеркнуть, что для выполнения миниинвазивных вмешательств строго проводили подбор пациентов. Перед выполнением миниинвазивных вмешательств в обязательном порядке проводили повторное ультразвуковое исследование и при этом в 19 (38%) наблюдениях определяли «акустические окна», через которое осуществляли прокол брюшной полости. В остальных 31 (62%) наблюдениях входение брюшной полости осуществляли по открытой методике Hasson. Выполняли различные по характеру и объёму оперативные вмешательства. В 30 (60%) случаях при наличии единичного рубцового тяжа и локальном спаечном процессе осуществлено лапароскопический адгезиоэнтеролизис. В 13 (26%) наблюдениях, у которых имело место ограниченный непротяженный некроз кишечника с геморрагическим перитонитом были выполнены лапароскопически-ассистированный адгезиоэнтеролизис, резекция тонкой кишки с анастомозом бок в бок с дренированием брюшной полости. Следует отметить, что в 7 (14%) случаях в ходе диагностической лапароскопии констатировался факт наличия распространенного спаечного процесса, грубых рубцовых изменений и некроз кишечника более 20 см с наличием распространенного гнойно-фибринозного перитонита, а также была необходимость выполнения им продленной назогастроинтестинальной интубации, при котором осуществлялась конверсия доступа – лапаротомия с последующим тотальным адгезиолизисом. 4 пациентам были сформированы тонко-тонко-кишечные анастомозы по типу «бок в бок». В 3 случаях в связи с наличием распространенного гнойно-фибринозного перитонита произведена резекция некротизированной части тонкой кишки с формированием Y-образного тонко-тонкоанастомоза и назоинтестинальная интубация тонкого кишечника. В послеоперационном периоде летальных исходов не на-

блюдали. Лишь в 4 (8%) наблюдениях отмечали нагноение раны брюшной стенки.

Закключение. Ранняя диагностика острой спаечной тонкокишечной непроходимости позволяет шире использовать миниинвазивные методы лечения и тем самым снизить частоту осложнений и рецидивов заболевания.

ПРОФИЛАКТИКА ЛИМФОРЕИ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНЫХ МАСТЭКТОМИЙ

Джантемирова Н.М., Макишев А.К.

НАО «Медицинский университет Астана»,

г. Нур-Султан, Республика Казахстан,

ГКП на ПХВ «Многопрофильный медицинский центр»,

г. Нур-Султан, Республика Казахстан

Актуальность. Рак молочной железы находится на первом ранговом месте в структуре частоты онкозаболеваемости обоих полов населения Республики Казахстан с 2004 года по настоящее время, с удельным весом 15,2% (2021 год – 14,4%).

Хирургический метод является основным в лечении рака молочной железы, однако до 87,5% случаев он приводит к развитию ранних и поздних хирургических осложнений. Послеоперационная лимфорея является одним из самых частых осложнений при операции на молочной железе. Частота послеоперационной лимфореи согласно мировым источникам достигает 90%. Уменьшение объема и продолжительности лимфореи по-прежнему остается, важным фактором улучшения качества жизни у больных после радикальных мастэктомий.

Цель исследования – уменьшить объем и продолжительность лимфореи у больных после радикальных мастэктомий.

Материал и методы. В условиях ГКП на ПХВ «Многопрофильный медицинский центр» г. Нур-Султан, 60-и больным раком молочной железы была проведена односторонняя радикальная мастэктомия. 30-ти больным – основная группа, проводился комплекс реабилитационных мер с применением аналогов соматостатина в раннем послеоперационном периоде. 30 больных контрольной группы получали стандартную терапию. Проводился подсчет количества лимфы, учитывалась продолжительность лимфореи в сутках.

Результаты. При сравнительном анализе объема и продолжительности лимфореи нами было выявлено значительное снижение общего объема выделенной лимфы в основной группе с применением аналогов соматостатина $M=103,9$ (37,5; 58,7) мл по сравнению с контрольной группой с применением стандартной терапией $M=115,5$ (53,3; 72,5) мл ($p<0,05$).

Закключение. Применение аналогов соматостатина с ранним началом реабилитационных мероприятий, статистически достоверно снижает объем и продолжительность лимфореи в основной группе 103,9 (37,5; 58,7) мл, по сравнению с контрольной группой 115,5 (53,3; 72,5) мл ($p<0,05$), а также снижает продолжительность лимфореи в основной группе 9,9 (3; 9,5) дней, по сравнению с контрольной 15 (5; 13,5) дней ($p<0,05$).

ПРИМЕНЕНИЕ ДВУХПЕТЛЕВОГО УЗЛА – «ҚАЗЫҚ БАУ» ПРИ АППЕНДЭКТОМИИ У ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ

Джумабеков А.Т., Жарменов С.М., Бабаханов А.Т.

Казахстанский медицинский университет

«Высшая школа общественного здравоохранения»,

г. Алматы, Республика Казахстан

Материал и методы. Исследование было проведено на 96 лабораторных животных (кролики), возраст которых составлял 24–27 месяцев, масса – 12-17 кг. Исследование проведено в институте экспериментальной биологии имени Ф.М. Мухмедгалиева.

Для определения объема выборки лабораторных животных использовали программу G*Power v. 3.0.10. Выбрана большая величина эффекта – 0,40, две сравнительные группы и мощность эффекта – 0,95 с уровнем значимости 0,05.

Общее количество выборки составило 96 лабораторных животных (n=48 в каждой группе). Каждая группа животных рандомизированно участвовала в отдельной серии опытов. В 1-й серии проведена лапаротомия, аппендэктомия с наложением петли Редера на основание червеобразного отростка. Наблюдения за животными велись в срок до 1 месяца после операции. Во 2-й серии проведено лапаротомия, аппендэктомия с наложением двухпетлевого узла на основание червеобразного отростка. Срок наблюдения – до 1 месяца после операции.

Гистологическая и морфометрическая оценка. Способ забора гистологического материала, проведен согласно методу Коржевского. Основной задачей гистологического исследования было изучение регенеративного процесса по линии кишечного шва, сформированного в 3-х группах, через 24, 48, 72 часов, а также 7 суток после операции. Во внимание принимались: выраженность воспалительной реакции (наличие лейкоцитарной инфильтрации, сосудистый стаз, тромбообразование, отек), сроки появления и организация соединительнотканых структур, появление новых сосудов, сопоставление краев кишечной раны, наличие и сроки эпителизации.

Образцы сформированных участков анастомозов были зафиксированы в формалине с последующей проводкой и окраской гематаксилин-эозином. Для морфометрического метода использовалось цифровое программное обеспечение (Image-Pro plus 6.0; Media Cybernetics).

Результаты. Все лабораторные животные были выведены из эксперимента согласно установленным срокам, во время исследования каких-либо серьезных осложнений или заболеваний не наблюдалось.

В второй группе лабораторных животных (1 сутки после операции) у всех особей в брюшинной полости было отмечено наличие серозного выпота. Сформировавшихся спайк листков париетальной и висцеральной брюшины не наблюдалось. Области узлов, наложенных исследуемыми способами, не имели гиперемии серозного покрова, что вероятнее всего связано с отсутствующей реакцией на операционную травму.

Однако область узла с наложенного стандартным способом имела более выраженный характер гиперемии, о чем так же свидетельствуют дальнейшие данные морфометрии. Таким образом наиболее лучшие результаты и даже отсутствие гиперемии в области узла через сутки после операции в 3-х случаях наблюдались у исследуемого способа.

Макроскопическое исследование брюшной полости у всех лабораторных животных не выявило признаков несостоятельности культи слепой кишки, перитонита либо другого инфекционного процесса. Оценка спаечного процесса определила, что, 1 серии лабораторных животных, (стандартная аппендэктомия) показали наибольшею степень выраженности спаечного процесса ($p=0,01$) по сравнению с анастомозами 2 серии лабораторных животных опытная.

Заключение. Таким образом, полученные данные о морфологических изменениях в области узлов свидетельствуют о достоверных преимуществах исследуемого способа по сравнению со стандартным ($p<0,001$).

Гистологическое исследования раневого процесса по линии узла сформированным исследуемыми способами показали значительно лучшие показатели регенерации, таких как выраженность воспалительного процесса т.е. лейкоцитарная инфильтрация, сосудистый стаз, тромбообразование, отек.

POSTOPERATIVE MANAGEMENT OF PATIENT WITH A DIAGNOSIS: SINGLE VENTRICLE. TYPE A. L - TRANSPOSITION OF THE GREAT VESSELS

Dikhanbay Zh.E., Kerimkulov A.K., Murzabayeva S.K., Zhumagalieva A.T., Altay A.

JSC «National Scientific Medical Center»,

Nur-Sultan, Kazakhstan

Relevance. The single ventricle defect of the heart (SVD) is a congenital heart disease of the cyanotic type, characterized by the presence of three chambers - two atria and a single ventricle of the heart that communicates with them [Mutafyan O.A., 2009]. Mortality after Fontan operation is significant. The predominant causes of death are progressive heart failure (34%) in the long term, sudden death (19%) and perioperative death (16%).

The relevance of this case is that our patient developed postoperative complications in the form of CNS lesions with the development of tetraparesis, neurological symptoms in the form of a convulsive syndrome turning into epistatus. Acute kidney injury, stage of injury. The occurrence of similar complications in the patient who underwent the Fontan operation was not previously reported in the literature and the clinical case demonstrates rare complications and the effectiveness of postoperative management of the patient.

Purpose: description of a rare clinical case with effective postoperative management of the patient.

Clinical case. Patient S, 7 years old, of Asian origin with left ventricular SVD type A, in combination with L transposition, which occurs only in 2/3 of cases. Condition after the Muller operation, after the imposition of a bidirectional cavopulmonary anastomosis, ligation of the cardiopulmonary anastomosis.

According to the results of probing the cavities of the heart: pressure in the pulmonary artery – 15 mm Hg (permissible <15 mm Hg), preserved sinus rhythm with a heart rate of 111 beats. In minutes, the ratio of the diameter of the pulmonary artery to the diameter of the aorta is 1,1 (> 0,75). At the time of admission, psychoverbal development corresponds to age.

The condition after the operation is extremely severe, due to unstable hemodynamics. Extubated on the 3rd day. However, then a picture of the CNS lesion unfolds with the development of tetraparesis, consciousness is disturbed, stupor, neurological symptoms in the form of a convulsive syndrome, turning into epistatus. It should be noted that from the first day the hectic temperature. On the 5th day after the operation, oligoanuria was noted, in connection with which PD (peritoneal dialysis) was started. Obtained cloudy fluid during lumbar puncture. Intensive therapy consisted of mechanical ventilation under the control of blood gases and hemodynamics, cardiotoxic support, antibiotic therapy, adequate pain relief, infusion therapy under the control of blood pressure, diuresis, and electrolytes. Therapy of heart failure, anticonvulsant and diuretic therapy, symptomatic therapy and parenteral nutrition, also enriched tube feeding.

The time spent in the ICU was 21 days, then he was transferred to the department with positive dynamics. At the time of transfer, the neurological status was satisfactory, hemodynamics were stable without support, kidney function was restored. Sensitivity and motor activity by the end of hospitalization fully recovered.

Conclusion. The presented clinical case demonstrates rare complications and the effectiveness of postoperative management of the patient.

МИНИИНВАЗИЯНАЯ ХИРУРГИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ВИЛОЧКОВОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ешмуратов Т.Ш.^{1,4}, Енин Е.А.², Жапбаркулова Г.Р.¹,
Кусаинов А.Ч.⁴, Акимниязова Б.Б.^{2,4}, Таменов И.Ж.⁴,
Шубаткалиева Н.К.⁴, Сатаев А.И.⁴

¹Казахстанско-Российский медицинский университет,
г. Алматы, Республика Казахстан,

²АО «Национальный научный центр хирургии имени А.Н.
Сызганова», г. Алматы, Республика Казахстан,

³НАО «Казахский Национальный медицинский
университет имени С.Д. Асфендиярова»,
г. Алматы, Республика Казахстан, ⁴ТОО «Институт хирургии»,
г. Алматы, Республика Казахстан

Цель работы – улучшение результатов лечения пациентов с новообразованиями вилочковой железы.

Материал и методы. В ТОО «Институт хирургии» с 2016 по 2022 г. находились на стационарном лечении 57 пациентов с морфологически подтвержденным новообразованием вилочковой железы: 31 женщина и 26 мужчин в возрасте от 15 до 79 лет (средний возраст 44,1±18,2 года). Гистологическое исследование операционного и биопсийного материала производили по общепринятой методике обработки материала и окраски гематоксилином-эозином. При необходимости гистологические препараты подвергали иммуногистохимическому исследованию. По гистологической структуре: тимомы тип А – 5, тимомы тип АВ – 6, тимомы тип В1 – 5, тимомы тип В2 -5, тимолипома – 8, гиперплазия вилочковой железы – 13, киста вилочковой железы – 11, карцинома тимуса – 4.

Результаты. Видеоторакоскопия у 57 пациентов использовалась как и способ гистологической верификации диагно-

за. В результате у 51 больного получен материал, достаточный для окончательной морфологической диагностики (96,2%). Показатели информативности видеоторакоскопии при оценке резектабельности новообразований вилочковой железы у 57 пациентов составили: чувствительность – 98,1%, специфичность – 91,1%, точность – 95,6%, прогностическая ценность положительного ответа – 95,2%, прогностическая ценность отрицательного ответа – 96,2%. Это подтверждает высокую значимость торакоскопии как при гистологической верификации, так и при оценке операбельности новообразования вилочковой железы. 57 пациентам с новообразованиями вилочковой железы выполнены лечебные операции: у 49 новообразование вилочковой железы удалено при торакоскопии, а у 8 – через традиционные открытые доступы. При сравнении по полу и возрасту достоверных различий между группами не выявлено. В то же время справедливо признать, что среди пациентов в группе открытых операций вмешательства выполнялись по поводу новообразований больших размеров. Кроме того, доля злокачественных опухолей, удаленных открытыми доступами, достоверно превышала таковую в торакоскопической группе. Поэтому большее число осложнений, более высокая кровопотеря и длительное послеоперационное пребывание в стационаре у пациентов в группе открытых операций некорректно относить только к травматичности традиционных открытых доступов. При анализе связи размеров новообразования с его морфогенезом и видом выбранного хирургического доступа выявлено, что лишь у 4% больных торакоскопической группы удаленные новообразования оказались более 8 см, в то время как среди оперированных открытыми доступами – у 36%. По мере увеличения размера новообразований доля злокачественных опухолей среди них нарастает. Более того, отмечены достоверные различия в доле инвазивных (91%) и злокачественных (73%) тимом среди новообразований вилочковой железы размерами более 8 см ($p < 0,01$; точный тест Фишера). Это означает, что при условии отсутствия макроскопических признаков инвазии величину тимогенного новообразования до 8 см можно считать пороговой при выборе доступа для тимэктомии. В раннем послеоперационном периоде у 6 (10,5%) пациентов развились различные осложнения. У 2 человек (3,5%) они оказались тяжелыми, требовали дополнительных медицинских манипуляций и сопровождалась удлинением сроков госпитализации. Обострение течения миастении после операции явилось самым частым видом осложнения. Плевральные осложнения развились у 2 (3,5%) пациентов: плеврит (1), хилоторакс (1). Также встречались: односторонний парез голосовых складок (1), нарушения сердечного ритма (1). Летальных случаев не было. Отдаленные результаты лечения исследованы у 49 пациентов с новообразованиями вилочковой железы, оперированных до 2021 года, чтобы минимальный срок наблюдения составлял 12 месяцев. Местные рецидивы опухоли в различные сроки после комбинированного лечения развились у трех пациентов со злокачественными тимомами III стадии. Выживаемость при тимомах оказалась достаточно высокой: 5-летний рубеж пережили почти 80% больных. Статистически значимых различий по выживаемости между группами больных с тимомами «А» и «АВ», с одной стороны, и злокачественными тимомами «В1», «В2» и «В3», с другой, не выявлено. Достоверные различия получены лишь при сравнении этих групп с группой пациентов со злокачественными тимомами категории «С», где выживаемость ока-

злась значительно хуже ($p=0,0034$). Медиана выживаемости в группе больных с тимоматами типа «С» составила 62 месяца. Анализ выживаемости в четырех группах больных в зависимости от стадий прогрессии тимом не выявил статистически значимых различий между группами больных первой и второй стадиями. В то же время, выживаемость при третьей и четвертой стадиях оказалась достоверно хуже ($p=0,0083$). Путем однофакторного регрессионного анализа также подтверждено статистически значимое отрицательное влияние на выживаемость больных с тимоматами таких факторов как гистологический тип «С» и III-IV стадии прогрессии.

Заключение. Таким образом, диагностическая информативность биопсии новообразований средостения с помощью видеоторакоскопии превышает 96%, поэтому последнюю следует признать наиболее надежным способом гистологической верификации диагноза. Пороговый размер новообразования средостения, при котором целесообразно выполнять торакоскопическое его удаление, составляет 8 см, поскольку среди образований менее 8 см доля инвазивных и злокачественных опухолей достоверно меньше. Показатели выживаемости при тимоматах типа А, АВ, В1, В2 и В3 при I и II стадиях статистически достоверно не отличаются между собой. А отрицательными прогностическими факторами при тимоматах являются гистологический тип «С», III или IV стадии и неполное удаление опухоли.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНТЕРВЕНЦИОННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

**Зуфаров М.М., Бабаджанов С.А., Им В.М.,
Шерматов М.М., Умаров М.М., Мамиев Н.П.**

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

Цель работы – оценка эффективности интервенционных вмешательств у больных с острым коронарным синдромом (ОКС).

Материал и методы. Интервенционные вмешательства на коронарных артериях (КА) выполнены у 53 пациентов с ОКС, из них, у 41 больного с нестабильной стенокардией (НС) и у 12 пациентов с инфарктом миокарда (ИМ) без зубца Q в возрасте от 41 до 68 лет (в сред. $53 \pm 7,8$ лет). Всем больным с ИМ, а также 3 пациентам с НС, стентирование КА выполнено в экстренном порядке. Общая фракция выброса левого желудочка более 50% была у 35 (66,0%) больных, от 41 до 50% – у 13 (24,5%), менее 40% – у 5 (9,4%). Хорошим ангиографическим результатом считалось восстановление просвета КА с остаточным стенозом менее 20%. Клинически хорошим результатом считалась стабилизация состояния, отсутствие стенокардии и повышение толерантности к физической нагрузке.

Результаты. На коронарографии из 41 больного с НС у 24 больных (58,5%) выявлено однососудистое, а у 17 (41,5%) – многососудистое поражение КА. Окклюзии КА имелись у 12 (29,3%), критические стенозы на грани окклюзии – у 29 (70,7%) больных. Баллонная ангиопластика (АП) без стентирования одной КА выполнена у 4 (9,8%) больных, двух – у 2

(4,9%). Стентирование КА произведено у 35 (85,4%) пациентов, при этом, стентирование одной артерии – у 20 (48,8%), двух – у 8 (19,5%). У 7 (17,1%) пациентов с многососудистым поражением наряду со стентированием одной артерии была выполнена АП второго пораженного сосуда. У 8 (19,5%) пациентов предпринято прямое стентирование, в т.ч. ствола левой коронарной артерии – у 1, передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) – у 5 пациентов, правой коронарной артерии (ПКА) – у 2. Реканализация окклюзий с последующей АП и стентированием КА выполнена у 12 (29,3%) пациентов с ранней постинфарктной стенокардией, в т.ч. ПМЖВ – у 9 (75,0%), ПКА – у 3 (25,0%). В группе больных с ИМ без зубца Q у 3 выявлен критический стеноз на грани окклюзии ПМЖВ, у 7 – окклюзия ПМЖВ, у 2 окклюзия ПКА. Пациентам с критическим стенозом ПМЖВ выполнено АП и стентирование. У больных с окклюзионным поражением КА попытка реканализации с последующей АП и стентированием была успешной в 11 случаях. В 1 случае у пациента с повторным ИМ реканализировать окклюзированную КА не удалось. Серьезных осложнений во время ЭВ на КА не наблюдалось. У 3 (7,3%) пациентов возникла умеренная гематома в области пункции бедренной артерии, не требовавшая специального лечения. Летальных случаев не было. У 52 (98,1%) пациентов результаты ЭВ оказались успешными, исчезли боли в области сердца, стабилизировалось клиническое состояние, отмечалось улучшение на ЭКГ.

Заключение. Эндovasкулярные вмешательства у больных с ОКС являются высокоэффективным методом лечения, позволяющим стабилизировать состояние и в большинстве случаев предотвратить или дать обратное развитие инфаркта миокарда.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ РЕКАНАЛИЗАЦИИ ХРОНИЧЕСКИХ ОККЛЮЗИЙ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

**Зуфаров М.М., Бабаджанов С.А., Им В.М.,
Шерматов М.М., Умаров М.М., Мамиев Н.П.**

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

Цель работы – анализ результатов эндоваскулярного лечения хронических окклюзий коронарных артерий (КА).

Материал и методы. За период с 2019 по 2021 г. были осуществлены попытки реканализации хронических окклюзий на 54 сегментах КА у 49 больных хронической ИБС в возрасте от 42 до 67 лет, в среднем $56 \pm 5,2$ лет. Мужчин было 38 (77,6%), женщин – 11 (22,5%). У 46 (93,9%) пациентов попытка реканализации проводилась на одной КА, у 3 (6,1%) – на двух КА. Стабильная стенокардия ФК III по NYHA имелась у 45 (91,8%), ФК IV – у 4 (8,2%) больных. Инфаркт миокарда (ИМ) в анамнезе имелся у 41 (83,7%) пациентов. Традиционная методика реканализации применена у 18 (36,7%) пациентов вошедших в I группу больных. Методика реканализация с помощью поддержки коронарным баллоном и селективного углубления кончика проводникового катетера под постоянным мониторингом инвазивного давления была применена у 31 (63,3%) больных (II группа).

Результаты. Из 53 попыток у 49 больных реканализация удалась в 44 (84,6%) случаях у 42 (85,7%) пациентов. В 9 (17,3%) попытках у 7 (14,3%) пациентов процедура реканализации оказалась неэффективной. Реканализация передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) выполнена у 27 (64,3%) больных, правой коронарной артерии (ПКА) – у 11 (26,2%), огибающей ветви (ОВ) – у 4 (8,2%). Одномоментная реканализация ПМЖВ и ПКА с последующей ангиопластикой и стентированием выполнена у 1 (2,0%) пациента, ПМЖВ и ОВ – у 1 (2,0%) больного. В 5 (11,4%) реканализация была завершена баллонной ангиопластикой. В 39 (88,6%) реканализации ангиопластика была дополнена стентированием. В группе больных с традиционным методом реканализации процедура оказалась успешной в 12 (66,7%) случаев. Реканализация с баллонной поддержкой была успешной в 31 (91,2%) случаях. Непосредственных осложнений во время вмешательства не наблюдалось, у всех больных реваскуляризация была полной. Спазм коронарной артерии после стентирования имел место в 3 (7,7%) случаях, что было купировано внутрикоронарным введением изокета. У 4 (10,3%) пациентов была отмечена окклюзия мелкой боковой ветви, которая не сопровождалась какой-либо отрицательной клинической симптоматикой или развитием инфаркта миокарда. У 6 (12,2%) пациентов имело место умеренная гематома в области пункции бедренной артерии, не требовавшей специального лечения. Летальных случаев не было. У всех 42 пациентов прекратились боли в области сердца, повысилась толерантность к физической нагрузке. На 2-3 сутки после вмешательства пациенты были выписаны из стационара. В отдаленные сроки (от 6 мес до 5 лет) обследовано 34 пациента. У 19 (55,9%) пациентов не было приступов стенокардии даже при значительных физических нагрузках. У 8 (23,5%) пациентов имела стенокардия напряжения ФК I, а у 6 (17,6%) – ФК II. На протяжении периода наблюдения не отмечено случаев смерти. У 1 (2,4%) пациента через 2 года после вмешательства имел место мелкоочаговый инфаркт миокарда в области верхушки левого желудочка. Возврат стенокардии напряжения ФК III имел место у 3 (7,1%) пациентов.

Заключение. Эндovasкулярная реканализация хронических окклюзий является безопасным и эффективным методом лечения, позволяющим значительно улучшить состояние и повысить толерантность к физической нагрузке у больных хронической ИБС. Использование при реканализации поддержки проводника коронарным баллоном с селективным углублением кончика проводникового катетера позволяет существенно увеличить шанс реканализации.

РЕЗУЛЬТАТЫ БАЛЛОННОЙ МИТРАЛЬНОЙ ВАЛЬВУЛОПЛАСТИКИ С ЭТАПНЫМ ПРИМЕНЕНИЕМ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ

**Зуфаров М.М., Им В.М., Хамдамов С.К.,
Умаров М.М., Абдуллаева М.А.**

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

Цель работы – оценка возможностей эхокардиографии (ЭхоКГ) на этапах баллонной митральной вальвулопластики

(БМВ) по методике Inoue у больных со стенозом митрального отверстия (СМО).

Материал и методы. Интраоперационный ЭхоКГ мониторинг на этапах БМВ по технике Inoue выполнен у 296 больных в возрасте от 16 до 54 лет (в среднем $31,2 \pm 3,8$) со СМО. На ЭКГ у 221 (74,7%) больных был синусовый ритм, а у 75 (25,3%) – фибрилляция предсердий.

Показанием к вмешательству служило наличие клинической картины, уменьшение площади митрального отверстия (СМО) до $1,5 \text{ см}^2$ и менее. Противопоказанием к вмешательству служило наличие митральной регургитации II и более степени, а также наличие тромбов в левом предсердии (ЛП). Пациентам с мерцательной аритмией для исключения наличия тромбов в ЛП проводилась транспищеводная ЭхоКГ.

При выполнении БМВ после проведения баллона в левый желудочек и фиксации на уровне митрального клапана (МК) проводилось последовательное расширение баллона от 24 до 28-30 мм с увеличением диаметра баллона на 1 мм. После каждого этапного баллонного расширения проводился ЭхоКГ контроль площади митрального отверстия, градиента и степени регургитации на МК. Результат считался оптимальным при раскрытии одной или обеих комиссур МК до фиброзного кольца, расширении СМО более $1,5 \text{ см}^2$ при отсутствии или наличии регургитации на МК не более I степени.

По данным ЭхоКГ у 68 (22,9%) пациентов исходно имела стеноз митрального клапана до I степени на МК. В 22 (7,4%) случаях БМВ выполнена пациенткам с беременностью сроком от 24 до 28 недель. У 7 (2,4%) пациентов с отеком легких БМВ выполнена в экстренном порядке.

Результаты. У всех больных удалось произвести успешную баллонную митральную вальвулопластику. Интраоперационная ЭхоКГ позволила провести контроль результатов вмешательства. По данным интраоперационной ЭхоКГ площадь митрального отверстия после БМВ увеличилась в среднем с $1,1 \pm 0,2 \text{ см}^2$ до $2,1 \pm 0,9 \text{ см}^2$. Градиент давления на МК снизился в среднем с $19 \pm 2,4$ до $8 \pm 1,7$ мм рт.ст. У 29 (17,1%) пациента появилась регургитация на МК до I степени. У 8 (11,8%) пациентов с исходной регургитацией на МК до I степени, последняя увеличилась до II степени, у 1 (1,5%) – до III ст, данный пациент направлен на открытую хирургическую коррекцию порока.

Применение интраоперационной ЭхоКГ позволило выполнить объективную оценку адекватности вмешательства, включающую измерение площади митрального отверстия, трансмитрального градиента, определения степени регургитации, на основании которых решался вопрос об успешности и моменте завершения операции. Она также позволила нам полностью отказаться от контрастирования полостей сердца и применения рентгенконтрастных препаратов при выполнении БМВ у больных СМО.

Заключение. Интраоперационная ЭхоКГ позволяет осуществлять мониторинг этапов проведения БМВ СМО. Применение интраоперационной ЭхоКГ позволяет своевременно диагностировать возможные осложнения во время вмешательства. Применение трансторакальной ЭхоКГ позволяет избежать контрастное исследование полостей сердца на этапах проведения БМВ по методике Inoue.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ БАЛЛОННОЙ МИТРАЛЬНОЙ ВАЛЬВУЛОПЛАСТИКИ СТЕНОЗА МИТРАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ, ОСЛОЖНЕННОГО ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Зуфаров М.М., Бабаджанов С.А., Им В.М., Шерматов М.М., Умаров М.М., Мамиев Н.П.

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

Цель работы – оценка результатов баллонной митральной вальвулопластики (БМВ) по методике INOUE у больных со стенозом митрального отверстия (СМО), осложненного мерцательной аритмией (МА).

Материал и методы. БМВ выполнена у 75 больных со СМО, осложненного МА в возрасте от 16 до 54 лет (в сред. $31,2 \pm 3,8$). Мужчин было 8 (10,7%), женщин – 67 (89,3%). Всем пациентам для исключения тромбоза левого предсердия (ЛП) 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 $1,5 \text{ см}^2$ 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 ТЕЕ.

Для выполнения БМК во всех случаях использован доступ через правую бедренную вену. Были использованы баллонные катетеры “INOUE” фирмы “TORAY” 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 трансторакальной ЭхоКГ на каждом этапе. Результат считался оптимальным при раскрытии одной или обеих комиссур МК до фиброзного кольца, расширении СМО более $1,5 \text{ см}^2$ при отсутствии или наличии регургитации на МК не более I степени.

Результаты. У 74 (98,7%) из 75 больных удалось произвести успешную баллонную митральную вальвулопластику. 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 $1,1 \pm 0,2 \text{ см}^2$ до $2,1 \pm 0,9 \text{ см}^2$. Градиент давления на МК снизился в среднем с $19 \pm 2,4$ до $8 \pm 1,7$ мм рт.ст. По данным интраоперационной тензиометрии систолическое давление в ЛП снизилось с $34 \pm 2,3$ до $16 \pm 1,4$ мм рт.ст., диастолическое – с $16 \pm 2,0$ до $8,5 \pm 1,5$ мм рт.ст., среднее – с $22 \pm 2,1$ до $11 \pm 0,9$ мм рт.ст.

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 ст.

У 25 (33,3%) пациентов с мерцательной аритмией давно-стью до 6 мес. выполнена дефибрилляция, синусовый ритм восстановлен в 22 (88,2%) случаях.

После вмешательства у 73 (98,6%) из 74 больных отмечено значительное улучшение клинического состояния, исчезли или уменьшились явления недостаточности кровообращения. 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 ($0,4 \text{ см}^2$) поступившей в крайне тяжелом состоянии на высоте отека легких, из-за прогрессирующей сердечной недостаточности наступил летальный исход.

Вывод. Баллонная митральная вальвулопластика по методике Inoue у пациентов со стенозом митрального отверстия осложненного мерцательной аритмией является эффективным методом лечения у большинства (96,2%) больных со стенозом митрального отверстия, что дает основание считать ее альтернативой хирургическим методам коррекции порока.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СЛОЖНЫХ ФОРМ ОСТРОГО И ХРОНИЧЕСКОГО ПАРАПРОКТИТА

Жакипбаев К.А., Макишев А.К.

НАО «Медицинской университет Астана»,

г. Нур-Султан, Республика Казахстан,

ГКП на ПВХ «Многопрофильный медицинский центр»,

г. Нур-Султан, Республика Казахстан

Введение. Парапроктит относится к числу наиболее частых не только хирургических, но и проктологических заболеваний, составляя 0,5-4% от общего числа больных хирургического профиля и 22,2-40% больных в специализированных проктологических отделениях. При этом наиболее острой и актуальной задачей на сегодняшний день остается ранняя диагностика сложных форм острого парапроктита и сложных свищей прямой кишки, а также адекватное их хирургическое лечение.

Цель работы – улучшение результатов лечения сложных форм острого и хронического парапроктита путем применения дозируемого и регулируемого способа хирургического лечения.

Материал и методы. В исследование положен опыт лечения 158 больных сложными формами острого и хронического парапроктита, из них у 77 (48,7%) больных выявлены сложные формы острого парапроктита 3 степени сложности (ишиоректальные, пельвиоректальные, ретроректальные и подковообразные) и у 81 (51,3%) больного диагностированы сложные свищи прямой кишки (трансфинктерные и экстрасфинктерные свищи 3-4 степени сложности). 21 больной, в лечение которых применен лигатурный способ по Гиппократу. 137 больных, пролеченных с использованием дозируемого и регулируемого способа и устройства для парапроктита (предварительный патент на изобретение РК №6243 от 15.06.98 г.). Предложенное на-

тягивающее устройство представлено в виде цилиндрическое корпуса, в котором помещена подпружиненная шток-тяги, соединенная с опорной площадкой посредством гибкого шланга и синтетической лески, создающая петлю-удавку.

Заключение. Дозированный и регулируемый способ и устройство способствует улучшению результатов хирургического лечения сложных форм парапроктита, снижению количества рецидива заболевания и послеоперационных осложнений, сокращение сроков лечения и сроков нетрудоспособности.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПОСТОЯННОЙ СЕПТАЛЬНОЙ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СТИМУЛЯЦИИ ПРИ ПОЛНОЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЕ У ПАЦИЕНТОВ С ИБС

Им В.М., Бабаджанов С.А.,
Хамдамов С.К., Умаров М.М.

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

Цель работы – анализ диссинхронии миокарда при септальной и апикальной правожелудочковой двухкамерной электрокардиостимуляции (ЭКС) у больных с полной атриовентрикулярной блокадой и ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы. В исследование включено 58 больных с АВ-блокадой 3 степени, которым в период с 2018 по 2021 год выполнена имплантация двухкамерного ЭКС. Всего было 23 (39,6%) мужчины и 35 (60,4%) женщин. Средний возраст составил $69,5 \pm 10,3$ лет. 25 пациентов (43,1%) страдали стенокардией напряжения, из них – II ФК у 19 (32,7%). 12 пациентов (20,6%) перенесли инфаркт миокарда. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) имела у 13 (46,4%) больных. ФК I (NYHA) был у 29 (50,0%), II – у 26 (44,8%), III – 3 (5,1%) больных. На основании места имплантации электрода правого желудочка (ПЖ), пациенты были распределены на две группы. В I группу вошли пациенты, которым желудочковый электрод был имплантирован в среднюю треть межжелудочковой перегородки – 28 (48,2%). Во II группе электрод был имплантирован в верхушку правого желудочка – 30 (51,8%). Средний срок наблюдения за пациентами составил $14 \pm 1,5$ месяцев (от 12 до 15 месяцев). Для оценки диссинхронии миокарда проводились ЭКГ, ЭхоКГ сердца. Статистический анализ выполнен с помощью программы Microsoft Excel с использованием критерия Стьюдента (t). Величина $p < 0,05$ рассматривалась как статистически значимая.

Результаты. Нами проводилась оценка ширины стимулированного комплекса на ЭКГ в сроки до года после операции. Исходно средняя длительность собственного комплекса QRS в группах значительно не различалась и составляла $82,8 \pm 8,5$ мс в I группе и $83,4 \pm 8,7$ мс – во II. Сразу после имплантации ПЖ электрода, в I группе продолжительность комплекса QRS составила $119,3 \pm 7,8$ мс, во II – $149,7 \pm 12,3$ мс. В течение года у пациентов I группы наблюдалось статистически незначимое уширение комплекса QRS – $122,7 \pm 13,8$ мс. У больных II группы средние значения данного показателя составили $157,5 \pm 14,7$ мс

в течение года. До операции у пациентов I группы средние значения показателей диссинхронии миокарда находились в пределах допустимых значений: межжелудочковая механическая задержка (МЖМЗ) – $35,8 \pm 5,8$ мс, внутривентрикулярная механическая задержка (ВЖМЗ) – $113,6 \pm 11,5$ мс, а после операции стали $39,2 \pm 6,9$ мс и $122,4 \pm 8,8$ мс, соответственно. У пациентов II группы до операции средние значения показателей диссинхронии миокарда находились в пределах допустимых значений: МЖМЗ – $36,5 \pm 5,5$ мс, ВЖМЗ – $114,3 \pm 10,8$ мс, а после операции стали $43,8 \pm 7,3$ мс и $141,6 \pm 7,4$ мс, соответственно ($p < 0,05$). Во II группе через 12 месяцев произошло их дальнейшее увеличение – МЖМЗ составила $55,5 \pm 8,1$ мс, а ВЖМЗ – $150,8 \pm 9,5$ мс.

Заключение. Септальная кардиостимуляция, по сравнению с апикальной, не приводит к развитию выраженной диссинхронии миокарда, играющей значительную роль в механизме развития и прогрессирования ХСН, что позволяет улучшить результаты постоянной двухкамерной ЭКС у пациентов с ИБС.

АНАЛИЗ ОТДАЛЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ОБШИРНЫХ И ГИГАНТСКИХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Исмаилов С.И., Садыков Р.А., Хужабаев С.Т.
Тургунбаев Э.К.

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

Актуальность. Пластика ПЖ с помощью открытых швов привела к неприемлемо высокой частоте рецидивов и была заменена в начале 2000-х годов пластикой сеткой, открытой или лапароскопической (Cassar K., 2002). Однако, даже при пластике сеткой, большие и рецидивирующие послеоперационные грыжи продолжали оставаться серьезной клинической проблемой из-за размера и содержимого мешка, а также нарушения функции брюшной стенки (Shestak K.C., 2000). Выбор сетки для вентральной грыжи зависит от множества факторов, включая как свойства сетки, так и ее расположение, например, будет ли она размещаться внутрибрюшинно, предбрюшинно или ретроректально. Руководящий принцип заключается в том, что следует избегать размещения непокрытой полипропиленовой сетки внутрибрюшинно, где она может находиться в прямом контакте с внутренними органами. Кроме того, тип грыжевого дефекта является еще одним фактором, например, является ли рана чистой по сравнению с чистой контаминированной или контаминированной, а также выполняется ли пластика мостом или с опорой (Cobb WS, 2015). Выбор доступа и способа ликвидации гигантских вентральных грыж все еще является нерешенной проблемой современной хирургии.

Материал и методы. Прослежено 316 выписанных пациентов (4 умерло). Без осложнений выписано 185 пациентов; после лечения осложнений – 131 пациент. Отдельную группу составили пациенты с таким редким осложнением как постпротезные грыжи. Анализ отдаленных результатов за 2-х летний период показал, что несмотря на широкое внедрение протезных методов герниопластики возникает сморщивание протеза

или его отрыв с образованием постпротезных грыж. Так в наших наблюдениях сморщивание протеза возникло у 26 (8,1%) пациентов, а постпротезные грыжи образовались у 24 (7,5%) пациентов перенесших протезную герниопластику.

В основном сморщивание протеза наблюдалось у 19 (5,9%) пациентов с реконструкцией брюшной стенки, где ширина ворот была менее 10 см. После ушивания грыжевых ворот протез фиксировался над апоневрозом, и к сморщиванию протеза за частую приводит его не плотная фиксация к апоневрозу или образование сером под сеткой. Следует отметить, что в 3-х случаях образовалась постпротезная грыжа. Наиболее часто образование грыж после протезирования 21 (6,5%) отмечено у пациентов, которым выполнена коррекция передней брюшной стенки с протезной пластикой inlay и где ширина грыжевых ворот превышала 10 см. При отсутствии возможности свести края грыжевых ворот с целью профилактики АКС протез вшивался по периметру грыжевых ворот с предварительной его изоляцией от органов брюшной полости остатками грыжевого мешка или большого сальника. Дальнейший анализ показал, что все постпротезные грыжи (24) возникли у пациентов с рецидивными вентральными грыжами.

Другой проблемой является образование кожно-протезных свищей, что в наших наблюдениях составило 21 (6,5%). Следует отметить, что 17 (80,9%) случаях свищи образовались у пациентов с рецидивными вентральными грыжами.

Следует отметить такой спектр осложнений позднего послеоперационного периода как сморщивание протеза, образование кожно - протезных свищей и постпротезных грыж возник у 71 (22,2%) больных. Как кожно-протезные свищи 80,9%, так и постпротезные грыжи 87,5% в своем большинстве возникли после пластики рецидивных грыж. Данный факт свидетельствует о том, что в рубцово-измененных тканях рецидивных грыж имеются старые лигатурные гранулемы, поддерживающие «дремлющую инфекцию» приводящую к нагноениям раны – 19 (5,9%) в послеоперационном периоде. Соответственно пациенты с рецидивами вентральных грыж формируют высокую группу риска, в которой возможен высокий процент как ближайших, так и поздних раневых осложнений.

Результаты. Развитие раневых осложнений в ближайшем послеоперационном периоде непосредственно влияет на отдаленные результаты. Наиболее значимым предиктором риска развития ближайших осложнений является фактор повторного вмешательства при рецидиве грыжи, что обусловлено наличием «дремлющей инфекции» скрытой в оставшихся лигатурных гранулемах или рубцово-измененных тканях. Так, общая частота ближайших осложнений в группе первичной герниопластики составила 17,6% (у 9 из 51 пациента) при обширных грыжах и 28,6% (у 28 из 98 пациентов) при гигантских грыжах, тогда как после вмешательств при рецидивных грыжах она составила – 38,5% (у 25 из 65 пациентов; $\chi^2=5,976$; Df=1; $p=0,015$) и 65,1% (у 69 из 106 пациентов; $\chi^2=27,236$; Df=1; $p<0,001$) соответственно, в целом после пластики всех первичных грыж частота осложнений составила – 24,8% (у 37 из 149 пациентов) и после операций по поводу рецидивов – 55,0% (у 94 из 171 пациента; $\chi^2=29,912$; Df=1; $p<0,001$). Наличие сопутствующего ожирения 1-3 степени также достоверно увеличивало риск развития ближайших послеоперационных осложнений, частота которых составила 15,6% (у 7 из 45) пациентов с нормальной или повышенной массой тела, и существенно повышалась при

нарастании степени избытка веса – 32,4% (у 36 из 111; $p<0,05$) – при 1 степени, 48,9% (у 45 из 92; $p<0,05$) – при 2 степени и 59,7% (у 43 из 72; $p<0,05$) – при 3 степени.

Рубцово-дегенеративные изменения в тканях апоневроза при гигантских и обширных грыжах является предрасполагающим фактором к возникновению постпротезных грыж, частота которых после имплантации протеза в позиции inlay составила 5,6% (у 8 из 142 больных) и при фиксации протеза в позиции onlay – 1,1% (у 2 из 174 пациентов) ($\chi^2=5,131$; Df=1; $p=0,024$). Фактор ожирения играл роль в плане повышения частоты отдаленных осложнений при исходном избытке веса, соответствующим 3 степени – 19,7% (у 14 из 71 пациента) ($p<0,05$ по отношению к отсутствию ожирения и 1 степени). Доля отдаленных осложнений с учетом рецидива и первичной операции также существенно различалась, составив 16,1% (у 27 из 168 больных) после пластики рецидивных грыж) и 6,8% (у 10 из 148 пациентов) после первичной герниопластики ($\chi^2=6,604$; Df=1; $p=0,011$).

Заключение. Выявлена прямая тенденция увеличения частоты развития отдаленных осложнений с учетом риска на фоне наличия осложненного течения ближайшего послеоперационного периода. Так, после имплантации протеза в позиции onlay среди пациентов, выписанных без осложнений в ближайший период их частота в отдаленные сроки наблюдения составила 3,6% (у 4 из 112 больных), а среди больных с осложненным течением ближайшего периода этот показатель достиг – 17,7% (у 11 из 62; $\chi^2=10,173$; Df=1; $p=0,002$), в свою очередь при фиксации протеза в позиции inlay – 6,8% (у 5 из 73 пациентов) и 24,6% (у 17 из 69 больных) соответственно ($\chi^2=8,573$; Df=1; $p=0,004$). Эти значения также существенно различались и при распределении больных по степени выраженности ожирения. Среди больных с первичной герниопластикой, выписанных без ближайших осложнений, в отдаленный период частота осложнений составила 3,6% (у 4 из 111), а в группе с осложненным ближайшим течением – 16,2% (у 6 из 37 пациентов) ($\chi^2=7,007$; Df=1; $p=0,009$), в свою очередь эти значения среди оперированных по поводу рецидивных грыж составили 6,8% (у 5 из 74) и 23,4% (у 22 из 94 больных) ($\chi^2=8,507$; Df=1; $p=0,004$). В целом фактор осложненного ближайшего послеоперационного периода оказал существенное влияние на частоту формирования отдаленных осложнений, частота которых в этой группе пациентов достигала 21,4% (у 28 из 131 пациента), тогда как в группе неосложненного ближайшего периода этот показатель составил 4,9% (у 9 из 185 пациентов) ($\chi^2=20,220$; Df=1; $p<0,001$).

ТРАВМА ПИЩЕВОДА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Исмаилов С.И., Садыков Р.А., Бабажанов А.С.

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

Актуальность. Травма пищевода, одно из наиболее опасных для жизни повреждений, связанная как правило с неосторожным приемом пищи, содержащей кости с острыми концами или проглатыванием крупного комка твердой пищи. Вторым по частоте является травма пищевода острыми предметами во время сеансов бужирования, проведения проводников, а также эндоскопическом исследовании. Наиболее частой локализации

ей травмы является шейный отдел в месте физиологического сужения пищевода. Далее с одинаковой частотой встречаются травмы средней и нижней трети пищевода. Опасность ранений также связана с возможностью распространения инфекции в средостение с развитием гнойного медиастинита, либо в брюшную полость с не менее грозным осложнением – перитонитом.

Цель работы – создать модель травмы пищевода в эксперименте.

Материал и методы. В учебном центре ГУ «РСНПМЦХ имени академика В. Вахидова» в лаборатории экспериментального отдела, был разработан способ моделирования травмы пищевода в эксперименте. Эксперименты выполнены белым беспородным крысам самцам весом 210-320 г, находящимся в условиях вивария в специальных клетках, обычным рационом питания, предназначенным для лабораторных животных. Помещение с температурой 20-22 °С. Под общей анестезией парами изофлюрана животное укладывается на манипуляционном столике в положении на спине. Депиляция шерстяного покрова по средней линии живота. Выполняется верхняя срединная лапаротомия длиной до 2,5 см. После обкладывания раны стерильными салфетками устанавливается ранорасширитель. Печень с помощью крючков отводится кверху. Мобилизация и выделение абдоминального отдела пищевода острым путем в без сосудистой зоне, без кровопотери. Пищевод мобилизуется с помощью диссектора и берется на держалку. Производится рассечение стенки пищевода на 3 мм выше уровня кардии желудка в поперечном направлении на 1/3 его просвета. Далее производится инфицирование левой подпеченочной области путем введения 0,5 мл микст кишечной инфекции в физиологическом растворе. (Микст инфекция выполняется путем перемешивания 100 мг свежего содержимого толстой кишки в 1,0 мл физиологического раствора в шприце. После активного перемешивания содержимого, жидкая часть вводится в количестве 0,5 мл через просвет иглы для инъекций. В вводимом объеме жидкости содержится более 1 млрд микробных тел на 1 мл). Операционная рана ушивается послойными швами.

Результаты. В послеоперационном периоде животное помещается в отдельную клетку. Дается вода для питья, в которой растворено 0,5 г ипобруфена на 100,0 мл воды для обезболивания. Через 12 часов крысы переводятся на обычный рацион питания. В первые часы после операции животные активны, принимают воду.

При релапаротомии выявляется наличие рыхлого инфильтрата в левой поддиафрагмальной и подпеченочной области. Брюшина тусклая, выпота в брюшной полости нет. При разъединении рыхлых спаек определяется область дефекта пищевода и микроабсцессы в области тела желудка и поверхности печени.

На вторые сутки животное становится заторможенным, малоподвижным. Еду почти не употребляет, выраженная жажда. Летальный исход прослеживается у 50% животных. При аутопсии выявляется картина разлитого гнойного перитонита. При бактериальном исследовании экссудата выявлены ассоциации микроорганизмов (кишечная палочка, протей, клебсиелла, стафилококк и др.). При бактериальном исследовании кала этих животных высеяны эти же ассоциации.

На третьи сутки летальный исход наступает у всех животных. При аутопсии определяется картина разлитого гнойного

перитонита в следствии прорыва поддиафрагмального абсцесса в брюшную полость.

Аутопсия на третьи сутки. В брюшной полости мутный экссудат во всех отделах. В левой подпеченочной области полость абсцесса с некротическими тканями и налетом фибрина. Брюшина тусклая, сосуды расширены. Петли тонкого кишечника раздуты.

Заключение. Преимуществом данного способа является постепенное развитие осложнений. Вначале формируется рыхлый инфильтрат в подпеченочной области, который в течение 1-2 суток ограничивает воспалительный процесс. Затем наступает прорыв гнойника в брюшную полость с развитием перитонита. Такой патологический процесс имеет место у человека, когда без лечебных мероприятий травма пищевода в 80% случаев заканчивается летальным исходом, в следствии развившихся гнойно-септических осложнений.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: АТИПИЧНОЕ ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ГЕРИАТРИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА

Калина В.О., Икласова Д.С.

АО «Национальный научный медицинский центр»,
г. Нур-Султан, Республика Казахстан

Введение. Острый аппендицит – воспаление червеобразного отростка, требующая срочного хирургического вмешательства. Типичная клиническая картина острого аппендицита включает в себя: постоянная боль в околопупочной области или в эпигастрии с миграцией в правую подвздошную область в течение 12-48 часов, усиливающаяся при движении, тошнота, рвота, диарея, отсутствие аппетита и общая слабость. Атипичная презентация симптомов бывает у пациентов с ослабленными иммунитетом, беременных, детей и гериатрических пациентов.

Цель работы – описание клинического случая гериатрического пациента с атипичным течением заболевания и сопутствующей болезнью Паркинсона.

Клинический случай. Пациентка, 75-и лет, поступила с жалобами на боли в левой половине живота, тошноту, общую слабость, температуру тела с повышением до 39°C. Вышеперечисленные жалобы беспокоят за два дня до госпитализации. Самостоятельно принимала Аугментин 500 мг, два раза в день, за день до госпитализации. Также отметит снижение артериального давления со слов до 80/60 мм рт.ст., Кроме того, пациентка состоит на учёте с болезнью Паркинсона, своевременно принимает ПК-Мерц 1000 мг/сут, Наком 500 мг/сут.

Пациентка осмотрена дежурным хирургом, выполнен полный спектр лабораторно-инструментальных исследований для дифференциальной диагностики и исключения таких патологий брюшной полости как нарушение мезентерального кровообращения, функциональной и обструктивной кишечной непроходимости, инвагинации, паховой грыжи с ущемлением, острых патологий мочевыделительной системы, острого коронарного синдрома, а также гинекологических заболеваний и онкологических процессов.

При осмотре живот вздут, мягкий, умеренно болезненный по всем отделам, больше в левом подвздошной области. Симптомов раздражения брюшины сомнительные. В правой и ле-

вой паховой области определяются грыжевые выпячивания, свободно вправляющиеся в брюшную полость. Газы отходят скудно, стула нет.

В лабораторных исследованиях лейкоциты – $12,10 \times 10^9/\text{л}$., креатинин – $166,77 \text{ мкмоль/л}$, мочевины – $20,15 \text{ ммоль/л}$, С-реактивный белок – $253,73 \text{ мг/л}$.

На компьютерной томографии органов брюшной полости была выявлена картина тканевого конгломерата правой подвздошной области, тонкокишечной непроходимости. Учитывая отсутствие результативности в диагностическом поиске, объясняющих симптоматику и данные лабораторно-инструментальных исследований, принято провести диагностическую лапаротомию.

Итраоперационно обнаружен флегмонозно измененный червеобразный отросток до $1,0 \times 7,0 \times 2,0 \text{ см}$, ограниченный вокруг куполом слепой кишки, петель подвздошной кишки. В связи, с выраженным парезом тонкой кишки решено выполнить аппендэктомию, аппендикостомию, ретроградную декомпрессию тонкой кишки зондом Шалькова.

Заключение. Атипичное течение острого аппендицита у гериатрических пациентов с сопутствующим неврологическим заболеванием на фоне приёма препаратов, вызывающих парез кишечника, может серьёзно затруднить стратегию диагностического поиска и тактику лечения и ведения пациентов.

ПРИНЦИПЫ ИММУНОДИАГНОСТИКИ И ИММУНОКОРРЕКЦИИ У ТЯЖЕЛОБОЖЖЕННЫХ ПАЦИЕНТОВ С ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ

Козлова М.Н., Земсков В.М., Алексеев А.А., Шишкина Н.С., Барсуков А.А., Демидова В.С., Бобровников А.Э., Клеузович А.А.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» МЗ РФ, г. Москва, Российская Федерация

Введение. Несмотря на многие успехи, достигнутые в лечении ожоговых больных за последние годы, одной из наиболее важных причин септических осложнений ожоговой болезни и летальных исходов является инвазивная раневая инфекция. Одним из факторов развития этой тяжелой инфекции являются выраженные изменения иммунной системы организма, сопряженные с воспалительной реакцией и иммуносупрессией.

Цель исследования – оценка иммунного статуса тяжелообожженных для диагностики и прогноза развития гнойно-септических осложнений, с последующей разработкой показаний и эффективных методов иммуннокоррекции.

Материал и методы. Иммунологически обследовано 98 тяжелообожженных пациентов, из них 58 мужчин и 40 женщин в возрасте 43 ± 18 лет с общей площадью термического поражения ($42 \pm 13\%$) и глубокими ожогами – ($21 \pm 8\%$) поверхности тела с диагностированной инвазивной раневой инфекцией ($n=52$) и септическими осложнениями ($n=46$) ожоговой болезни. Иммунный анализ выполняли в цельной крови методом проточной цитофлуориметрии на приборе FACSCalibur (Becton Dickinson, США) с использованием моноклональных антител (BD Biosciences, США). Уровень иммуноглобулинов (А, М, G) в сыворотке крови измеряли методом турбидиметрии на ана-

лизаторе Hospitex, Голландия, кислородный метаболизм фагоцитов – методом хемилюминесценции на анализаторе Synergy 2SLAD, США.

Результаты. У 87% обследованных больных выявлена эндогенная интоксикация с возрастанием лейкоцитарного индекса интоксикации в 1,5-4 раза от нормы и токсическим повреждением нейтрофилов, сдвиг формулы крови влево на фоне лейкоцитоза. Отмечено резкое повышение гранулоцитов с экспрессией активационного «септического» маркера CD64+ >72% и глубокий дефицит моноцитарных клеток HLA-DR+, отражающих степень выраженности инфекционно-воспалительного процесса, особенно при развитии сепсиса. Возрастал кислородный метаболизм фагоцитов, в том числе за счет липополисахаридов и эндотоксинов бактерий, вплоть до тяжелого оксидативного стресса, а его интенсивность была существенно выше у пациентов с сепсисом. У 63% пациентов регистрировался дефицит иммуноглобулина IgG ($M=4,6 \pm 1,3 \text{ г/л}$), а у 23% – возник сочетанный дефицит IgG и IgM, отражающий глубокое поражение гуморальной системы иммунитета. Нарушения количественного состава и функциональной активности лимфоидного, Т-клеточного и клеточного киллерного потенциала выявлены у 43% пациентов, особенно на фоне инвазивной раневой инфекции с преобладанием в тканевых биоптатах полирезистентной микрофлоры. Исходя из показателей иммунного статуса пациентов в качестве основного препарата для иммунотерапии нами использовался иммуноглобулин человека нормальный IgG для внутривенного введения (габриглобин, иммуновенин, имбиоглобулин), который обеспечивал не только купирование дефицита гуморального иммунного звена, но и нейтрализацию бактериальных компонентов, нивелирование системной воспалительной реакции. Дефицит клеточного иммунного звена, дисбаланс Th1/Th2 лимфоцитов, особенно на фоне вялотекущего инфекционно-воспалительного процесса в ожоговых ранах, успешно восстанавливался при использовании тимомиметиков пептидной природы (тактивин, имунофан). При наличии оксидативного стресса, деструктивно-воспалительных процессах в ранах было оправданным использование препарата реамберин, обладающего антиоксидантным, метаболическим и детоксикационным действием.

Заключение. Иммунодиагностика дополнительно с клинико-лабораторными данными позволяет с высокой точностью диагностировать и прогнозировать развитие гнойно-септических осложнений и своевременно использовать направленную иммунотерапию, основанную на применении иммунозаместительной, иммуномодулирующей и антиоксидантной терапии в комплексном лечении ожоговой болезни.

МИНИИНВАЗИВНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА

Кожухметов С.¹, Чекаев Р.¹, Алиев М.², Оркашбаев Р.², Байсын Б.²

¹НАО «Медицинский университет Астана», кафедра хирургических болезней с курсами кардиоторакальной хирургии и ЧЛХ, г. Нур-Султан, Республика Казахстан,
²ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница №2», г. Нур-Султан, Республика Казахстан

Введение. Спонтанный пневмоторакс – состояние характеризующееся скоплением воздуха в плевральной полости,

которое возникает при нарушении целостности легочной ткани вследствие разрыва ее у основания плевральных спаек или перфорации патологически измененных кортикальных отделов легочной паренхимы или плевры.

Основной причиной развития спонтанного пневмоторакса является разрыв буллезного поражения легкого. Также, причиной спонтанного пневмоторакса являются закрытые травмы грудной клетки, при которых происходит повышение статического напряжения в плевральной полости, нарушение целостности висцеральной плевры в наиболее слабых местах или в местах наличия плевропульмональных спаек.

Стандартом оказания хирургической помощи при пневмотораксе является торакоцентез, дренирование плевральной полости по Бюлау. В настоящее время, современным подходом к лечению спонтанного пневмоторакса, считают своевременное проведение видеоторакоскопии, что в отличие от торакоцентеза является радикальным методом лечения, и уменьшает число рецидивов заболевания.

Цель работы – изучение применения ранней торакоскопии и видеоассистированной торакоскопии (VATS) при пневмотораксах.

Материал и методы. В отделении торакальной хирургии ГМБ №2 г. Нур-Султан за период с 2019 по 2021 г. с диагнозом «Пневмоторакс», пролечено 291 пациент. Из них у 219 (75,2%) пациентов причиной развития спонтанного пневмоторакса явилось осложнение буллезной эмфиземы легкого. Посттравматический пневмоторакс – у 69 (23,7%) пациентов, у них причиной развития пневмоторакса послужили открытые и закрытые травмы грудной клетки. У 3 (1,1%) – причину спонтанного пневмоторакса при оперативном вмешательстве выяснить не удалось. Из 219 пациентов с осложнением буллезной эмфиземы легкого, 159 (72%) пациентам выполнена операция торакоскопическим методом, 47 (28%) пациентам – миниторакотомия с VATS. У больных, оперированных видеоторакоскопическим малоинвазивным доступом, как в раннем так и в позднем послеоперационном периоде рецидива заболевания не отмечалось. Остальным 13 пациентам проведено традиционное дренирование плевральной полости по Бюлау, при этом, у 3 больных возник рецидив пневмоторакса, который устранен торакоскопическим способом.

Заключение. Применение ранней торакоскопии и VATS является современной технологией радикального лечения спонтанного пневмоторакса, значительно сокращающее сроки пребывания в стационаре, позволяет восстановить в кратчайшие сроки трудоспособность пациентов.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ГОСПИТАЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ ПОДКЛЮЧИЧНОЙ АРТЕРИИ С ПОЛНЫМ СИНДРОМОМ ПОЗВОНОЧНО-ПОДКЛЮЧИЧНОГО ОБКРАДЫВАНИЯ

Кондараки А.В., Чупин А.В., Кульбак В.А.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» МЗ РФ,
г. Москва, Российская Федерация

Цель исследования – сравнить госпитальные результаты открытой и эндоваскулярной реваскуляризации подключичной

артерии при полном позвоночно-подключичном синдроме обкрадывания.

Материал и методы. В период с 2011 по 2019 г. в НИИЦ хирургии имени А. В. Вишневского было прооперировано 46 пациентов с гемодинамически значимым поражением подключичной артерии (ПКА) с развитием полного синдрома позвоночно-подключичного обкрадывания. Пациенты были разделены на две группы: группу 1 (n=19) составили пациенты, которым была выполнена операция сонно-подключичного шунтирования (СПШ) протезом из ПТФЭ; группу 2 (n=27) составили пациенты, которым было выполнено оперативное вмешательство в объеме баллонной ангиопластики со стентированием подключичной артерии баллонрасширяемым стентом. Средний возраст пациентов составил 62,9±10 лет, соотношение мужчин и женщин – 1,3:1. Оперативное вмешательство на левой ПКА было проведено в 91,3% случаях.

Пациенты с окклюзией позвоночной артерии, с вторичными вмешательствами на подключичной артерии, а также пациенты перенесшие сочетанные операции на аорте и её ветвях были исключены из исследования. Показаниями для операции являлись симптомы вертебробазиллярной недостаточности и ишемии верхней конечности.

Результаты. Окклюзии ПКА встречались у 21 пациента (13 в группе 1 (62%) и 8 в группе 2 (38%), гемодинамически значимые стенозы (>70%) у 25 пациентов (6 в группе 1 (24%) и 19 в группе 2 (76%)). У 3 пациентов первичное стентирование было неуспешно (все произошло при окклюзиях ПКА), что во всех случаях потребовало вторичного СПШ (37,5%). Послеоперационных центральных неврологических осложнений не было в обеих группах.

У 1 пациента после СШП по данным контрольного исследования зафиксирован ретроантеградный кровоток по позвоночной артерии (5%). Также наблюдался 1 (5%) случай тромбоз шунта, произошедший на третьи сутки после первичного оперативного вмешательства, который потребовал повторного вмешательства. В остальных случаях в раннем послеоперационном периоде шунты и стенты были проходимы, характер кровотока в позвоночной артерии был антеградным.

Все пациенты в группе 2 получали двойную антиагрегантную терапию ацетилсалициловой кислотой и клопидогрелом в течении 6 месяцев, группе 1 пациенты принимали однокомпонентную терапию ацетилсалициловой кислотой.

Проходимость в госпитальном периоде в группе 1 составила 89,5%, в группе 2 – 88,9%, разница статистически не значима (p=0,9).

Данные исследования показывают, что имеется тенденция к различию результатов при использовании эндоваскулярного метода лечения у подгруппы пациентов с окклюзией ПКА. Тем не менее, связи с наличием риска послеоперационных осложнений необходимо оперировать симптомных пациентов.

Заключение. Применяемые методы оперативного лечения таких пациентов являются безопасными и эффективными процедурами в госпитальном периоде, при этом стенотическое поражение подключичной артерии следует оперировать с помощью эндоваскулярных процедур, а в случае окклюзии подключичной артерии применять СПШ.

НАШ ОПЫТ В ХИРУРГИИ ВЕТВЕЙ ДУГИ АОРТЫ: БОЛЕЕ 500 ОПЕРАЦИЙ

Конысов М.Н., Мадешов Е.К., Салина Б.А.,
Конысова С.А., Таскалиев Ш.Б., Кадыров Ж.Е.,
Арапов М.О., Шарифова Б.Ш.

КГП на ПХВ «Атырауский областной кардиологический центр»,
г. Атырау, Республика Казахстан

Актуальность. Окклюзионно-стенотические поражения ветвей дуги аорты (ВДА), приводят к нарушению мозгового, ретинального и брахиального кровообращения имеют анатомическую общность и в большинстве случаев могут быть доступны для хирургической коррекции. Ишемический инсульт представляет собой серьезную угрозу для здоровья и основную социальную проблему в обществе. Эффективность интервенционного и хирургического лечения заболеваний ВДА в предупреждении инсульта достоверно установлена.

Цель исследования – представить собственный опыт и результаты хирургического лечения различных поражений ВДА у этой категории больных.

Материал и методы. В Атырауском областном кардиологическом центре с 2012 г. по настоящее время выполнено 507 открытых (95%) и эндоваскулярных вмешательств (5%) у пациентов с окклюзионно-стенотическими поражениями ВДА. Мужчин было 377 (74,4%), женщин – 130 (25,6%). Причиной заболевания в большинстве случаев был – атеросклероз (80,6%). Различные оперативные вмешательства при патологической извитости внутренней сонной артерии (ВСА) выполнены у 88 пациентов (17,3%). Среди других причин заболевания мы встретились с аневризмой общей сонной артерии (ОСА) и ВСА, фибромускулярной дисплазией и синдромом грудного выхода у 10 пациентов. Характер оперативных вмешательств представлен в следующей схеме: каротидная эндартерэктомия (КЭАЭ) – 307 (60,5%), эверсионная каротидная эндартерэктомия – 40 (7,8%), резекция ВСА/ОСА – 78 (15,3%), сонно-подключичное шунтирование – 44 (8,6%), стентирование ОСА, ПКА, ВСА – 24 (4,7%), другие операции (дебраншинг, хемодектома, ТАР 1 ребра и т.д.) – 14 (2,7%). Всего – 507 (100%).

Пациентов с хронической сосудисто-мозговой недостаточностью (ХСМН) было 449 (88% от общего количества оперированных) больных. По классификации А.В. Покровского больные с ХСМН распределились следующим образом: 1 стадия – 195 (43,4% от общего количества больных с ХСМН) больных; 2 стадия – 165 (36,7%); 3 стадия – 59 (13,1%); 4 стадия – 30 (6,6%).

Нарушение брахиального кровообращения (1 сегмент подключичной артерии, брахиоцефальный ствол, позвоночная артерия) в той или иной степени диагностировано у 58 (11,8%) пациентов.

Этапы диагностики принципиально делили на догоспитальный и госпитальный. Для диагностики поражений ВДА использовали дуплексное сканирование, КТ-ангиографию и реже рентгенконтрастную и магнитно-резонансную ангиографию. В последние годы в клинике накоплен опыт использования перфузионной КТ-ангиографии. Больных со 2 стадией ХСМН (транзиторные ишемические атаки и ОНМК) в большинстве случаев, переводили к нам из областного нейроинсультного центра расположенного в другой больнице нашего города и нередко по экстренным показаниям.

Учитывая мультифокальный характер поражений с другими артериальными бассейнами используем протокол диагностики скрытой ишемии миокарда (функциональные пробы, ЭхоКГ и коронарографию) для определения этапности в лечении этой категории больных. Одномоментное АКШ и операцию на ВДА (КЭАЭ) осуществили в 12 случаях. В 37 случаях – пациенты с мультифокальным атеросклерозом подверглись отсроченному 2-х-этапному лечению (коронарные артерии, брюшная аорта, нижние конечности итд) в сроки от 3-х до 6 мес. Обязательным условием проведения консилиума является привлечение кардиолога и невропатолога («группа сердца»). В последние годы с целью защиты мозга во время операции широко используем методику церебральной оксиметрии (последние 87 операций).

Результаты. Всего отметили 25 (4,9%) различных послеоперационных осложнений. После операции по поводу ХСМН умерли 3 пациента (0,6%) (1 из них в результате инвалидизирующего инсульта в ипсилатеральном бассейне после операции КЭАЭ, у 1 пациента смерть наступила вследствие трансформации в геморрагический инсульт после устранения патологической извитости и еще у 1 пациента – полиорганной недостаточности развившейся после операции КЭАЭ+АКШ). Показатель «инсульт+летальность от инсульта» составила – 0,4%. Тромбоз сонной артерии в раннем периоде после операции отметили у 3 больных (из них повторно оперированы 2). Послеоперационные кровотечения в раннем периоде после операции отметили у 3 больных. Повреждение черепно-мозговых нервов диагностировано у 4 больных. Из других осложнений послеоперационного периода встретились с плексопатией (2) и раневыми осложнениями.

Заключение. Заболеваемость, смертность населения в результате ишемического инсульта делает решение этой проблемы первоочередной задачей перед здравоохранением. Необходимы повсеместные скрининговые исследования с целью выявления патологии ВДА (дуплексное сканирование) и подготовка кадров по функциональной ангионеврологии. Сочетанное поражение ВДА и других артериальных бассейнов (мультифокальный атеросклероз) предполагает обязательный этапный подход при хирургическом (интервенционном) лечении этой тяжелой категории больных.

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КРИБАЛЛОННОЙ И КОМБИНИРОВАННОЙ МЕТОДИК ИЗОЛЯЦИИ ЛЕГОЧНЫХ ВЕН У ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ: БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Кузнецов Н.М., Артюхина Е.А.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский
центр хирургии имени А.В. Вишневского» МЗ РФ,
г. Москва, Российская Федерация

Цель работы – оценить ближайшие результаты проведения изолированной криобаллонной и комбинированной катетерной абляции легочных вен у пациентов с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий.

Материал и методы. Пациенты были разделены на 2 группы и рандомизированы 1:1. Первой группе выполнялась

криобаллонная абляция (КБА) легочных вен (ЛВ) с последующей оценкой остаточной активности ЛВ с помощью циркулярного диагностического 20-ти полюсного катетера. Во второй группе (КБА+РЧА) после криоабляции также проводилась оценка электрической активности ЛВ 20-ти полюсным катетером, и, если она была верифицирована, в этих областях проводилась сегментарная остиальная радиочастотная изоляция ЛВ остаточной активности. В послеоперационном периоде всем пациентам назначалась антиаритмическая терапия.

Результаты. В первую группу было включено 12 пациентов (6 мужчин, 6 женщин, возраст $54,4 \pm 10,2$ лет, ИМТ $28,8 \pm 3,9$ кг/м², ФВ $63 \pm 5,9\%$, объем ЛП $112,8 \pm 22$ мл). Во вторую группу было включено 11 пациентов (4 мужчины, 7 женщин, возраст $52,7 \pm 16,9$ лет, ИМТ $28,2 \pm 3,9$ кг/м², ФВ $65,1 \pm 3,4\%$, объем ЛП $111,6 \pm 22,4$ мл). Пациенты из обеих групп были сопоставимы по клиническим параметрам. В первой группе средний срок наблюдения составил $9,7 \pm 2,4$ месяцев, во второй $9,5 \pm 1,9$ месяцев. В группе КБА сохранение синусового ритма отмечалось у 75%. В группе КБА+РЧА синусовый ритм сохранялся у 100%. Таким образом, выявлена статистически значимая разница по эффективности лечения двумя методиками ($p < 0,05$).

Заключение. В соответствии с полученными результатами лечения на ранних этапах наблюдения за пациентами из обеих групп комбинированная методика изоляции ЛВ является более эффективной по сравнению с криобаллонной методикой.

ЦЕЛЕСООБРАЗНА ЛИ ИНВАЗИВНАЯ ДИАГНОСТИКА СОСТОЯНИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА У КАРДИОЛОГИЧЕСКИ АСИМПТОМНЫХ ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕД ВЫПОЛНЕНИЕМ КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРАТОМИИ?

Кутюва А.С.¹, Головюк А.Л.¹, Чупин А.В.^{1,2}

¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» МЗ РФ,
г. Москва, Российская Федерация,

²ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия
непрерывного профессионального образования» МЗ РФ,
г. Москва, Российская Федерация

Актуальность. Каротидная эндартерэктомия (КЭАЭ) является золотым стандартом в профилактике инсульта у пациентов с поражением сонных артерий. В настоящий момент на территории РФ выполняется около 70 000 КЭАЭ в год. У пациентов, которым показано хирургическое лечение по поводу атеросклеротического стеноза сонных артерий, поражение коронарного русла варьирует в диапазоне 18-77%. Встречаемость кардиальных осложнений во время выполнения КЭАЭ составляет 2%. Ежегодно в РФ выполняется около 500 000 коронароангиографий (КАГ), при этом её проведение сопряжено с риском возникновения больших осложнений до 2% и летальностью до 0,1%. До настоящего времени спор в отношении целесообразности включения инвазивной диагностики состояния коронарного русла в алгоритм обследования перед проведением КЭАЭ не разрешен.

Цель исследования – определить целесообразность включения КАГ в стандартный протокол обследования перед проведением КЭАЭ у пациентов без клинической симптоматики ишемической болезни сердца.

Материал и методы. В исследование включены 100 пациентов, которым выполнялась КЭАЭ в период 2016-2019 гг. по поводу гемодинамически значимого атеросклеротического поражения внутренней сонной артерии (ВСА). Пациенты не имели предшествующего анамнеза ИБС, положительных нагрузочных кардиологических проб, сахарного диабета, почечной недостаточности, а также онкологических заболеваний. По данным ЭхоКГ у пациентов отсутствовали снижение сократимости миокарда, локальные нарушения сократимости, клапанная патология. Пациенты были разделены на две группы: в 1-ой группе ($n=50$) перед проведением хирургического лечения выполнялась КАГ, по результатам которой принималось решение о необходимости проведения превентивной реваскуляризации миокарда; во 2-ую группу ($n=50$) были включены пациенты, которые были оперированы без проведения КАГ. Анализировали выявляемость значимых стенозов коронарных артерий, частоту неврологических событий в период ожидания операции и периоперационно, кардиальных событий до каротидной реконструкции и периоперационно, нарастание степени стеноза сонной артерии в период ожидания операции, частоту развития геморрагических послеоперационных осложнений.

Результаты. По результатам проведенной КАГ у 14 (28%) пациентов выявлена гемодинамически значимые стенозы коронарных артерий. Всем этим пациентам первым этапом было выполнено чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) со стентированием одной (8 пациентов) или двух (6 пациентов) коронарных артерий. Среди пациентов, которым выполнялось ЧКВ, критические стенозы ВСА имелись у 4 пациентов, один пациент имел 85% стеноз – у 1; 70-75% стенозы – у 9. Было выявлено статистически значимое увеличение времени ожидания хирургического вмешательства в 1-ой группе пациентов. Так, время ожидания с момента верификации диагноза до хирургического лечения по поводу стеноза ВСА в группе пациентов со значимыми стенозами коронарных артерий составило в среднем 5,8 месяцев, у пациентов с незначимыми стенозами – 2,5 мес.

При анализе частоты возникновения неврологических ишемических событий в период ожидания операции у 2 пациентов в первой группе возникло острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК). В группе без проведения КАГ – ОНМК в период ожидания операции не наблюдалось. Транзиторные ишемические атаки зарегистрированы у 4 пациентов в первой группе и у 1 пациента во второй группе. При сравнении выборок статистически значимых различий не получено, однако прослеживается тенденция к увеличению частоты нарушений мозгового кровообращения у пациентов, перенесших КАГ в период ожидания операции по поводу поражения сонных артерий.

У 6 пациентов 1-ой группы развились послеоперационные геморрагические осложнения (2 гематомы в зоне оперативного вмешательства и 4 кровотечения, потребовавшие ревизии). Из них 5 пациентов получали двойную дезагрегантную терапию по поводу ранее проведенной реваскуляризации миокарда (4 пациента) или же наличия критического стеноза ВСА (1 пациент). Среди пациентов 2-ой группы у троих возникло послеоперационное кровотечение, которое потребовало проведения ревизии и хирургического гемостаза, один из пациентов получал двойную дезагрегантную терапию по поводу критического стеноза ВСА.

В обеих группах в периоперационном периоде кардиальных событий или осложнений, связанных с проведением коронарографии, не отмечали.

Заключение. Выполнение диагностической КАГ статистически значимо увеличивает период ожидания от времени верификации поражения сонных артерий до проведения хирургического лечения, что в свою очередь несет в себе риски развития ОНМК в предоперационном периоде. Выполнение КАГ не показало преимуществ в отношении частоты развития кардиальных осложнений при проведении каротидной эндартерэктомии. По нашему мнению, каротидная эндартерэктомия у кардиологически асимптомных пациентов является безопасным вмешательством и не требует дополнительной инвазивной диагностики состояния коронарного русла в предоперационном периоде.

НАШ ОПЫТ РЕТРОПЕРИТОНЕОСКОПИЧЕСКОГО ИССЕЧЕНИЯ ПРОСТЫХ КИСТ ПОЧЕК: ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ

Мададов И.К., Белгибаев Е.Б., Набиев Е.С., Сырымов Ж.М., Ргебаев Б.Г. Садуакас Н.Т.

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

Цель работы – оценить преимущества и недостатки ретроперитонеоскопического доступа для иссечения простых кист почек в клинической практике.

Материал и методы. За период с 01.09.2020 г. по 30.11.2021 г., на базе нашего центра было выполнено ретроперитонеальная эндоскопическая резекция кист почек 25-м пациентам. Доступ выполнялся через треугольник Лесгафта-Грюнфельда. Перед операцией всем пациенты проходили стандартное обследование по поводу кисты почки.

Результаты. Всем пациентам был выполнен ретроперитонеоскопический доступ по стандартной методике. Все операции были завершены эндоскопически без конверсии на открытую операцию. Средняя продолжительность оперативного вмешательства составила $25,45 \pm 2,55$ мин. Интраоперационная кровопотеря составила в среднем $20,4 \pm 0,6$ мл. Интра-ипослеоперационных осложнений, требующих дополнительных вмешательств, не было. Время проведенной в стационаре в среднем составило 4 койко-дня и пациенты приступали к своей трудовой деятельности в скором времени. Все больные находились под наблюдением в течение 12 месяцев после вмешательства.

Заключение. Ретроперитонеальный эндоскопический доступ является хорошей альтернативой лапароскопическому доступу при хирургическом лечении кист почки, при этом являясь также малотравматичным, без инвазии в брюшную полость хирургическим доступом. Период восстановления пациентов аналогичен лапароскопическому доступу. Также вышеуказанный доступ обладает хорошим косметическим эффектом. Еще одним немаловажным фактом, является то, что при ретроперитонеоскопии возможно подача высокого давления углекислого газа, в частности, у пациентов с ишемической болезнью сердца, у которых нежелательно давление в брюшной полости.

РЕЗУЛЬТАТЫ МОДЕРНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННЫМ С ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ РАЗВИТИЯ В КАРАГАНДИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Малгаждаров Б.О., Аукунова Д.Ф., Бидайбаев А.Н., Елубаев Ж.К., Акмолдаев Е.А.

*КГП «Областная детская клиническая больница»,
г. Караганда, Республика Казахстан*

Цель работы – показать улучшение качества оказания хирургической помощи новорожденным с врожденным пороком развития (ВПР) в условиях перинатальных центров (ПЦ) Карагандинской области.

Материал и методы. Проведён ретроспективный анализ прооперированных детей с ВПР в КГП «Областная детская клиническая больница» (ОДКБ) и ПЦ Карагандинской области за период 2015-2021 гг.

По представленным данным в период с 2015 по 2017 г. все дети Карагандинской области оперировались в ОДКБ. В 2015г. прооперировано 55 новорожденных с ВПР, из них 28 умерло (50,9%). В 2016 г. – 34 новорожденного с ВПР, из них умерло 16 (47,0%). В 2017 г. – 34 новорожденного с ВПР, из них 18 умерло (52,9%).

С целью улучшения качества оказания неонатальной хирургической службы по Карагандинской области с ВПР в ноябре 2017 г. организована выездная бригада для проведения экстренных оперативных вмешательств в условия ОПЦ, ПЦ г. Караганды, ПЦ г. Жезказган, г. Балхаш. За 2018-2022 гг. прооперировано 152 новорожденного с ВПР ЖКТ, МВС, дефектом передней брюшной стенки, диафрагмальными грыжами.

Целью организованной бригады является снижение младенческой смертности детей с ВПР, предотвращение прерывания «тепловой цепочки» при транспортировке, исключает транспортировку новорожденного из стационара в стационар, что ухудшает состояние новорожденного, повышает развитие метаболических нарушений, послеоперационных осложнений.

В 2018 г. – в ОДКБ и выездной бригадой ОДКБ в ПЦ Карагандинской области прооперировано 23 новорожденного с ВПР, из них 12 умерло (52,1%). В 2019 г. – 22 новорожденного с ВПР, из них 9 умерло (40,9%). В 2020 г. – 31 новорожденного с ВПР, из них 12 умерло (38,7%). В 2021 г. – 33 новорожденного с ВПР, из них 12 умерло (36,3%).

Результаты. За отчетный период 2018-2021гг. летальность новорожденных с ВПР оперируемых в родильных домах Карагандинской области снизилась с 53,8% (2018 г.) до 36,3% (2021 г.). За 2020 и 2021 гг. прооперировано с благоприятным исходом такие тяжелые пороки, как 2 диафрагмальные грыжи, омфалоцеле больших размеров, 2 гастрошизиса больших размеров, редкая патология полного удвоения желудка, полная экстрофия мочевого пузыря (по данным различных авторов, частота данных пороков колеблется от 1:1200 до 1:21000 новорожденных. Летальность при данных патологиях варьируется в достаточно широких пределах и в среднем составляет 45-65%, летальность в странах СНГ составляет 23-55%).

Заключение. Модернизация оказания неонатальной хирургической службы показывает положительные результаты сниже-

ния смертности с ВПР. Остается одной из проблем летальности детей с ВПР является низкий уровень выявления ВПР при пренатальном скрининге на уровне ПСМП и экспертном УЗИ. Большую роль в решении проблемы диагностики ВПР играет антенатальная диагностика, проводимая с 10–14 недели беременности. В случае антенатальной диагностики порока, будущие родители должны быть подробно информированы о заболевании их будущего ребенка и возможности их коррекции. Развитие неонатальной хирургии невозможно без анестезиологии и реанимации, что автоматически ведет к параллельному развитию в неонатальной анестезиологии и реаниматологии. Врачи-неонатологи ПЦ в течение 4 лет работают с послеоперационными детьми с ВПР и с каждым годом совершенствуют свои навыки выхаживания таких детей в послеоперационном периоде, методов энтерального и парентерального питания, респираторной поддержке.

ПРОФИЛАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ПОВТОРНОЙ СРЕДИННОЙ СТЕРНОТОМИЕЙ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА СЕРДЦЕ

Малышенко Е.С.¹, Петко С.А.², Гасангусенов М.Г.¹,
Новиков М.А.¹, Кадырова М.В.², Попов В.А.¹,
Ревшвили А.Ш.¹

¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский
центр хирургии имени А.В. Вишневского» МЗ РФ,
г. Москва, Российская Федерация,

²ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов»,
г. Москва, Российская Федерация

Актуальность. Проблема безопасной рестернотомии при кардиохирургических вмешательствах наращивает свою актуальность. Трудности при рестернотомии связаны с адгезией различных отделов сердца, магистральных сосудов, лёгких к задней поверхности грудины. Фатальные кровотечения при рестернотомии, связаны с повреждением: правого желудочка (39%), коронарных шунтов (20%), аорты (15%), магистральных вен (12%). Разработка и совершенствование хирургических методик, позволяющих уменьшить риск значимой травматизации вышеперечисленных структур переднего средостения представляет значительный интерес и актуальность.

Цель исследования – оценить эффективность и безопасность торакоскопически ассистированной повторной срединной стернотомии при повторных операциях на сердце.

Материал и методы. Представлено одноцентровое ретроспективное не рандомизированное клиническое исследование. В исследуемую группу (I) вошло 7 пациентов, которым выполнялась торакоскопически ассистированная повторная срединная стернотомия. В группу контроля (II) включено 30 пациентов, которым ранее выполнялось кардиохирургическое вмешательство с применением стандартных подходов к срединной повторной стернотомии. Клиническая характеристика пациентов основной группы (I): средний возраст 47,5±6,2 лет, масса тела 72,8±8,6 кг, КДО 142,8±23,7 мл, УО 72,1±12,1 мл, ФВ 54±12,7%. Клиническая характеристика пациентов контрольной группы (II): средний возраст 45,3±5,1 лет, масса тела 74,8±9,6 кг, КДО 148,8±18,3 мл, УО 74,2±10,6 мл, ФВ 53,2±10,1%. По представленным выше основным клиническим

характеристикам, а также по показаниям к повторному вмешательству на сердце (репротезирование клапанов, реАКШ) не получено статистических достоверных различий между группами ($p>0,05$). Так же не выявлено статистических достоверных различий между группами по таким клинико-функциональным характеристикам как функциональный класс сердечной недостаточности по NYHA, а также уровню качества жизни оцененного по шкале SF-36.

Результаты. Среди пациентов I группы не отмечено летальных исходов. Интраоперационно не зарегистрировано серьёзных хирургических осложнений как-то: травматизация камер сердца и магистральных сосудов, повреждения лёгких и других органов грудной клетки. Средняя длительность ИК составила 226,6±34,2 мин, время пережатия аорты 144,2±12,1 мин, интраоперационная кровопотеря 623,5±141,4 мл, послеоперационная кровопотеря 315,8±21,2 мл, время пребывания в ОПИТ составило 59,1±12,7 часов. Среди пациентов II группы в 4 случаях повторная стернотомия осложнилась ранением правого желудочка и массивным кровотечением, что в 1 случае привело к летальному исходу интраоперационно, в 3 случаях потребовало массивной гемотрансфузии и применения кровесберегающих технологий (Cell-Saver), из них 2 пациента умерли в отделении интенсивной терапии от прогрессирующей полиорганной недостаточности, а 1 пациент выжил (длительно находился в отделении интенсивной терапии в связи с дыхательной и почечной недостаточностью, перенёс неоднократные сеансы почечно-заместительной терапии, выписан на 54 сутки после оперативного лечения в удовлетворительном состоянии). Средняя длительность ИК составила 252,6±24,8 мин, время пережатия аорты 143,2±16,2 мин, интраоперационная кровопотеря 851,5±127,2 мл, послеоперационная кровопотеря 721,8±102,8 мл, время пребывания в ОПИТ – 78,1±17,3 часов. Таким образом, в контрольной группе послеоперационная летальность, частота интраоперационных хирургических осложнений, интра- и послеоперационная кровопотеря, длительность ИК, время нахождения в отделении интенсивной терапии были достоверно выше чем в I группе.

Заключение. Методика видео-ассистированной повторной срединной стернотомии при операциях на сердце является безопасной и эффективной протективной стратегией, позволяющей существенно улучшить результаты хирургического лечения пациентов, нуждающихся в повторных открытых реконструктивных операциях на сердце и магистральных сосудах средостения.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ НАРУЖНЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Мендыбаев А.А., Фурсов А.Б., Исмагамбетова Б.А.,
Коваленко Т.Ф., Даленов Н.Е., Ермекбай Е.

НАО «Медицинский университет Астана», кафедра
хирургических болезней, бариатрической хирургии и
нейрохирургии, г. Нур-Султан, Республика Казахстан,
«Многопрофильная областная больница №2»,
г. Нур-Султан, Республика Казахстан

Актуальность. Наружные грыжи живота являются одним из самых распространенных хирургических заболеваний. За последние годы в связи с возрастающим числом хирургических

вмешательств на органах брюшной полости число послеоперационных вентральных грыж возросло в 9 и более раз.

С появлением новых синтетических материалов для имплантации широкое применение получили «безнатяжные» способы герниопластики, в частности лапароскопическая герниопластика. Однако, при всех существующих лапароскопических методах оперативных вмешательств так же возможно развитие осложнений, связанных с операционной раной – серомы, гематомы, нагноения ран, хронический болевой синдром. А так же рецидивы, вследствие смещения имплантата при неадекватной фиксации или его недостаточного размера.

Цель работы – уменьшение частоты развития послеоперационных осложнений пациентов с наружными вентральными грыжами.

Материал и методы. Всего за период с 2018 по 2021 год в хирургическом отделении МОБ №2 г. Нур-Султан находились на лечении 5010 больных. В том числе 590 (11,7%) пациентов составили лица с грыжами разной локализации, из них 274 пациента с паховыми грыжами. Количество послеоперационных вентральных грыж также увеличивается и составило 38,0% (224 пациента) от общего количества наружных грыж передней брюшной стенки. Следует отметить появление троакарных грыж у 33 (14,7%) пациентов из 224 больных с послеоперационными грыжами, при этом в 31 случае после ЛХЭ, а в 2 – после гинекологических вмешательств. Из 187 больных с паховыми грыжами 167 человек были госпитализированы планово, а 20 с ущемленной в экстренном порядке. При этом в 106 случаях выполнена пластика по Лихтенштейну, 27 пластика местными тканями, 49 пациентам – TAPP.

Дегенеративные изменения в задней стенке пахового канала является основной причиной развития паховых грыж. Возникновение рецидива паховых грыж после TAPP зачастую связано прежде всего с расширенным глубоким паховым кольцом, которое в норме выполняет роль клапана, противостоящая внутрибрюшному давлению и при резких колебаниях внутрибрюшного давления, является грыжевыми воротами и служит местом для пролабирования сетчатого импланта. Поэтому при расширении внутреннего пахового кольца более 1,5 см мы обязательно выполняем его пластику наложением 2-3 узловых швов, как при открытых методиках, так и при лапароскопической герниопластике в сочетании с использованием сетчатого эндопротеза.

Результаты. За этот же период времени нами прооперировано 237 больных с вентральными грыжами. Из данного числа 9 больных прооперированы лапароскопическим методом 3-IPOM и 6 лапароскопический с ушиванием местными тканями. Преимуществом отдается открытой методике что обусловлено дороговизной сетчатого эндопротеза используемой при методике IPOM. Однако обе эти методики не лишены недостатка. При открытой герниопластике имеет место обширная травматизация тканей, что сопровождается образованием сером, гематом, ухудшающих репаративные процессы. У этих больных выражен болевой синдром и более длительный время реабилитации. При методике IPOM, кроме упомянутой нами дороговизны пластического материала, возможное образование спаечного процесса в брюшной полости, возникновение кишечных свищей.

В последнее время нами при лечении вентральных грыж и диастазов прямых мышц живота используется видеоскопиче-

ская ретромускулярная аллопластика, которая обеспечивает хорошую визуализацию сосудов, проведение тщательного гемостаза и возможность избежать указанных раневых осложнений. У прооперированных нами больных по вышеописанной методике в процессе наблюдения не отмечались раневые осложнения и рецидивы.

Заключение. Таким образом, ушивание расширенного внутреннего пахового кольца при TAPP, применение видеоскопической ретромускулярной аллопластики при различных видах грыж передней брюшной стенки, позволяет уменьшить частоту послеоперационных раневых осложнений и риск развития рецидива.

АСҚАЗАН ЖӘНЕ 12 ЕЛІ ІШЕКТІҢ АЛДЫҒЫ ҚАБЫРҒАСЫНЫҢ ТЕСІЛГЕН ЖАРАСЫН ЛАПАРОСКОПИЯЛЫҚ ТІГУ ӘДІСІНІҢ ТИІМДІЛІГІ

Нурманов К.Ж., Акатаев Н.А., Жумабаев М.Н., Джаркенов Т.А., Мукушев М.М., Абди Ж.О., Балшамбаев М.Е.

М. Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті, Ақтөбе қ., Қазақстан Республикасы

Кіріспе. Асқазан және 12 елі ішектің жара ауруы хирургиялық гастроэнтерологиядағы басты мәселелердің бірі болып саналады. Жара ауруының асқынуларының ішінде жиі кездесетіндері және өлімге жиі әкелетіндері – олар жара ауруының тесілуі және асқазан-ішек жолдарынан қан кету. Асқазан және 12 елі ішектің жарасының іш қуысына тесілуі – өте қауіпті және ауыр асқыну – жайылған перитониттің дамуына әкеледі. Кейде асқазан құрамы үлкен шарбы майға немесе ішперде арты кеңістігіне түссе, онда іш перде арты кеңістігінің флегмонасының клиникасы анықталады. 12 елі ішек буылтығының жарасы 76% жағдайда, 16 % жағдайда асқазанның пилорикалық бөлігінің жарасы тесіледі. Сирек жағдайда асқазан денесі мен антральды бөлігінің (4,2 және 2,6 %) және артқы қабырғасының тесілуі 1% жағдайда кездеседі.

Жұмыстың мақсаты – асқазан және 12 елі ішектің алдыңғы қабырғасының тесілген жарасын лапароскопиялық тігу әдісінің тиімділігін анықтау

Материалдары мен әдістері. Ақтөбе қаласының жедел медициналық көмек ауруханасында 2019-2020 жж. аралығында асқазанның және 12 елі ішектің алдыңғы қабырғасының тесілген жарасы диагнозымен 21 науқас келіп түсті. Ішінде 2 әйел адам және 19 ер адам. Жас шамалары 18 бен 43 жас арасында. 6 сағат ішінде келіп түскен науқастар саны 10, 12–24 сағат ішінде келіп түскен науқастар саны 11. Негізгі топқа 10 науқас, бақылау тобына 11 науқас алынды. Науқастар стационарға келіп түскенде іш қуысының жалпы шолу рентгенографиясы жасалып, 19 науқаста оң жақ диафрагма астында бос ауа анықталды. Іш қуысының УДЗ-інде 21 науқаста бауыр астында және кіші жамбас қуысында сұйықтық анықталды. Барлық науқасқа ФГДС жасалып, жараның орналасуын, көлемдерін және басқа жаралар бар – жоқтығы анықталды. Операция алды дайындықтан кейін негізгі топтағы науқастардың барлығыны лапароскопиялық жолмен асқазан және 12 елі ішектің жараларын тігу операциясы жасалды. Тесілген жараның көлемдері 3 мм-ден бастап 1 см дейін.

7 науқаста жара 12 елі ішектің алдыңғы қабырғасында орналаса, 3 науқаста асқазанның пилорикалық бөлігінде орналасқан. Интракарпоральды тігістер салынып, жара дефектісі жабылды. 1 науқаста жараның көлемі 1 см ден жоғары және шетінде қабыну валының болуына байланысты, лапароскопиялық жолмен Оппель-Паликарп бойынша үлкен шарбы маймен биологиялық тампонада жасалды. Бақылау тобындағы науқастардың барлығына дәстүрлі түрде лапаротомия, асқазан жарасын тігу операциясы жасалды. Операциядан кейінгі кезеңде екі топ науқастарына инфузия, антибактериалды терапия, жараға қарсы дәрілер берілді.

Нәтижелері. Негізгі топтағы науқастарда операциядан кейінгі кезеңде ауырсыну синдромы әлсіз болды. Науқастар ерте тұрып, еркін қимылдай алды. Операциядан кейінгі жара орындарында асқыну анықталмады. Іш қуысындағы дренаждары 3-4 тәулікте алынып, 5 тәулікте үйлеріне шығарылды. Бақылау тобындағы науқастарда ауырғандық ұстамаларын басу үшін 3 тәулікке дейін наркотикалық дәрілер қолданды. 7 науқаста операциядан кейін ішектің салдану белгілері анықталды. 3 науқаста операциядан кейінгі жараның іріңдеуі анықталды. Іш қуысындағы дренаж түтіктері 5-6 тәуліктерде алынды. Науқастар үйіне 9-14 тәуліктерде шығарылды. Екі топта операциядан кейін өлім болған жоқ.

Қорытынды. Лапароскопиялық жолмен асқазан және 12 елі ішектің тесілген жараларын тігу науқастарда операциядан кейінгі кезеңде ерте белсенділік жасау мүмкіншілігін берді. Науқастардың стационардағы төсек ережесін сақтау уақыты қысқарады. Операциядан кейінгі кезеңнің асқынулар жиілігі азаяды.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Ордабеков С.О., Рыскулов Ж.О.,
Сейткасымов Е.К., Ордабеков Е.С.

Жамбылская областная многопрофильная больница,
г. Тараз, Республика Казахстан

Актуальность. В последние годы во многих клиниках и больницах нашей страны широко внедряется новая технология, в том числе и в хирургии органов брюшной полости. Это – прорыв технологичной медицины, и многие инновации отражаются именно на работе врачей-специалистов, на работе хирургов: «умные» диагностические программы, сверхчувствительная оптика для проведения высокоточных операций, компьютерное зрение для лучшей визуализации необходимых зон, роботы для проведения эндоскопических обследований и операций. Современные высокие технологии успешно внедряются во многих областях медицины Казахстана.

В современной хирургии все шире и часто используются малоинвазивные вмешательства (при помощи лапароскопа, фиброэндоскопа, при помощи пункционных методов и др.). Так, лапароскопии более 120 лет, как известно, впервые использовал ее российский акушер-гинеколог Дмитрий Отт еще в 1901 году, проводя осмотр органов брюшной полости. За прошедшие годы, конечно, в медицине все очень сильно поменялось, в том числе, в применении лапароскопических методов. Сначала лапароскопия использовалась, в основном,

для диагностики, но затем начала применяться и для проведения операций, причем этим методом можно оперировать практически все в брюшной полости! Это всего лишь технология, и хирурги, освоив ее, могут исследовать и лечить многие участки человеческого организма через маленькие проколы. Мы говорим, что лапароскопия позволяет заглянуть в человека через «замочную скважину». Во время операции делаем несколько небольших разрезов-проколов, вставляем в один из них специальную оптику, которая дает визуализацию нужного нам органа. Операция проходит с минимальной кровопотерей, без шрамов и осложнений, она менее травматична и, в целом, более успешна. Конечно, открытую хирургию никто не отменял, но она, в основном, применяется для лечения воспалительных процессов и в онкологии. Лапароскопия подойдет для операций на органах брюшной полости – кишечника, аппендикса, желчевыводящих путей, печени и т.д., а также в гинекологии, в торакальной хирургии. Конечно, пока не каждый практический хирург владеет лапароскопическими операциями. Да, западная медицина считается более продвинутой и технологичной. В то же время, никто не будет отрицать, что хирургия – это рукоделие, здесь многое зависит от опыта, наработки, того, насколько врач опытен в эндовидеолапароскопической хирургии. Поэтому лапароскопических хирургов не так много в любой стране.

Материал и методы. Следует отметить, что на сегодняшний день почти во всех хирургических стационарах Жамбылской области (кроме Жамбылской и Мойынкумской ЦРБ) установлены лапароскопические стойки, где выполняются экстренные (аппендэктомии, холецистэктомии, ушивание прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, диагностическая лапароскопия и др.) и плановые операции (холецистэктомия, грыжесечения, эхинококкэктомия и др.) в брюшной полости.

При механической желтухе используется ретроградная холангиография и папиллосфинктеротомия с литотрепсией конкремента желчных путей, стентирование холедоха при опухолях холедохопанкреатодуоденальной зоны, клепирование и склеротерапия кровоточащего сосуда пищевода, чрескожная пункция абсцесса печени и брюшной полости под контролем УЗИ и установка катетера и др. Малоинвазивные вмешательства значительно снижают кровопотерю, не так травматично, меньше послеоперационных осложнений и существенно не снижает качество жизни. Поэтому хирурги больше и больше стараются внедрить различные современные технологии в свою практическую работу. Так, если в 2021 году в хирургических отделениях Жамбылской области проведено 1859 аппендэктомии по поводу острого аппендицита, то из них 1588 (85,4%) выполнено лапароскопическим методом.

С каждым годом среди пациентов увеличиваются больные с желчнокаменной болезнью, которым необходима холецистэктомия. Так в 2021 году прооперировано 470 пациентов по поводу холецистита, из них 408 (86,8%) оперировано лапароскопическим способом.

В областной больнице в 2021 году прооперированы с эхинококкозом органов брюшной полости 34 больных, из них 31 (91%) оперированы с использованием лапароскопа. Также по поводу механической желтухи выполнено 147 малоинвазивных вмешательств (119 папиллосфинктеротомии, 28 стентирование желчных путей). По поводу перфорации язвы желудка и две-

надцатиперстной кишки проведено ушивание язвы с использованием лапароскопа у 24 пациентов с хорошим результатом.

В последние годы пациентам с поддиафрагмальным абсцессом, абсцессом брюшной полости, абсцессом печени и малого таза выполняется чрезкожная пункция под контролем УЗИ, что дают обнадеживающие результаты.

При кровотечении из расширенных вен пищевода (при циррозе печени) проводим клепирование и склеротерапию сосуда.

Заключение. Внедрение современных технологии (лапароскопические операции, малоинвазивные пункционные вмешательства с использованием УЗИ, КТ, МРТ, фиброэноскопические манипуляции и др.) в хирургию значительно улучшает результаты лечения больных, снижает процент послеоперационных осложнений и, соответственно, уменьшается летальность, улучшается качество жизни.

Преимуществом внедрения новой высокой современной технологии в хирургию считается выполнение относительно небольшого по размеру доступа в организм для проведения операции, что позволяет в итоге получить быстрое восстановление здоровья пациента. Малоинвазивная хирургическая процедура является многообещающей техникой, которая способна значительно уменьшить число осложнений в оперируемых.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ СНИЖЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ

Ордабеков С.О., Рыскулов Ж.О.,
Ордабеков Е.С., Жумашев С.Ш.

Жамбылская областная многопрофильная больница,
г. Тараз, Республика Казахстан,
Городская многопрофильная больница,
г. Тараз, Республика Казахстан

Введение. В статье представлен многолетний опыт лапароскопического лечения острого аппендицита в хирургических стационарах Жамбылской области.

Актуальность проблемы диагностики и лечения острого аппендицита обусловлена рядом факторов: высоким уровнем заболеваемости (4–6%); диагностическими ошибками у детей и больных пожилого и старческого возраста (12–31%); отсутствием изменений в удаленном червеобразном отростке при традиционной аппендэктомии (16,7–35% пациентов), особенно у женщин репродуктивного возраста; а также высоким уровнем гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде (10–33%).

Цель работы – на большом клиническом материале провести сравнительный анализ результатов лечения острого аппендицита при традиционном и лапароскопическом методе аппендэктомии и на основании полученных результатов предложить наиболее эффективный вид оперативного вмешательства.

Материал и методы. В 2019–2021 гг. в хирургических стационарах Жамбылской области выполнено 5289 хирургических операций по поводу острого аппендицита. Видеолапароскопических исследований при подозрении на острый аппендицит выполнено 424 пациентам, что позволило подтвердить диагноз у 298 (70,3%) пациентов в возрасте от 15 до 73 лет (средний

возраст – $47,3 \pm 16,7$ лет) и использовать видеолапароскопию как метод оперативного лечения. У 112 (26,4%) пациентов диагностическая лапароскопия позволила полностью исключить, а у 14 (3,3%) выявить другую острую хирургическую патологию. С 2017 г. лапароскопия – обязательный диагностический компонент при неясном клиническом диагнозе, когда в процессе динамического наблюдения невозможно подтвердить или исключить острый аппендицит.

Показания к лапароскопической аппендэктомии следующие: подтвержденный диагноз в процессе диагностической лапароскопии; пациенты с высоким риском раневых инфекционных осложнений (ожирение II–III степени, сахарный диабет); вовлечение червеобразного отростка в воспалительный процесс на фоне гнойных заболеваний внутренних гениталий; в случаях, когда больной настаивает на выполнении оперативного вмешательства только малоинвазивным доступом.

Противопоказания к выполнению лапароскопической аппендэктомии – инфильтрат в правой подвздошной области, абсцесс, разлитой перитонит, беременность в 3 триместре.

Причиной конверсии у 32 (7,51%) пациентов были деструктивные формы аппендицита с выраженными инфильтративно-воспалительными изменениями в илеоцекальной области в 20 случаях и ретроцекальное, ретроперитонеальное расположение червеобразного отростка в 12 случаях. Лапароскопическая аппендэктомия выполнялась по антеградной и ретроградной методике. В 33,6% случаях отсечение брыжейки от червеобразного отростка проводилось с использованием биполярной коагуляции, у 42,5% пациентов использовалась монополярная коагуляция. У 91 пациента для пересечения брыжейки использовался ультразвуковой гармонический скальпель УЛЬТРА СИЖН с лапароскопическими коагулирующими ножницами (ЛКН) диаметром 10 мм. В 14 случаях, когда в брыжейке обнаруживали выраженный отек, инфильтрацию и микроабсцессы. Во всех случаях на основание отростка накладывали эндопетлю Roedera с интра- и экстракорпоральным формированием узла и клипса, отросток пересекался между ними. Культи отростка обрабатывалась раствором йода в сочетании с электрокоагуляцией ее слизистой. После удаления отростка проводились тщательная санация (зона операции промывается раствором антисептика с одновременной его эвакуацией) и дренирование брюшной полости вне зависимости от характера воспалительных изменений. Дренажи устанавливали в полость малого таза.

Особую ценность лапароскопическая методика показала у женщин, когда в результате исследования были диагностированы 46 разрывов и перекрут кист яичников, 29 внематочных беременностей, 30 апоплексий яичников, 7 воспалительных заболевания придатков матки. Сравнительный анализ морфологических изменений в червеобразном отростке после традиционной аппендэктомии и лапароскопической показал, что форма простого аппендицита с 12,3% сократилась до 1,7% соответственно. Таким образом, полученные данные убедительно доказывают, что диагностическая лапароскопия значительно сократила число напрасных аппендэктомий (в 7,2 раза).

Для изучения эффективности эндовидеохирургических операций в сравнении с традиционными был выполнен анализ послеоперационных осложнений. Послеоперационные осложнения в группе оперированных видеолaparоскопическим спо-

собою были нетяжелыми: абсцесс брюшной полости – 0,04%, инфильтрат в правой подвздошной области – 0,4%, нагноение операционной раны – 0,7%.

После традиционных операций кровотечение имело место в 0,08% случаев, абсцесс брюшной полости отмечен в 0,23% случаев, инфильтрат в правой подвздошной области – в 0,8%, перитонит – в 0,12%, кишечные свищи – в 0,2%, нагноение операционной раны – в 6,2%. Летальность составила 0,04%.

Заключение. Таким образом, исследования показали, что лапароскопическая аппендэктомия имеет высокую лечебную диагностическую ценность, приводит к значительному снижению количества интра- и послеоперационных осложнений, облегчает состояние больных в послеоперационном периоде, существенно снижает сроки реабилитации.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Пазиллов С.Б., Шуленбаев А.С., Амитов Н.Е.,
Куанышбаев Б.М., Әбілпатта А.А.,
Жалмаганбетов А.А., Киребаев К.А.
Многопрофильная областная больница,
г. Кызылорда, Республика Казахстан

Актуальность. Заболеваемость паховыми грыжами составляет около 14 на 1000 населения в возрасте от 25 до 34 лет, постепенно возрастая, она достигает 53 на 1000 населения в возрасте от 55 до 64 лет. Ежегодно в мире по этому поводу производится около 20 млн герниопластик. Эти цифры указывают на социально-экономическую значимость данной проблемы, так как последняя затрагивает большую часть работоспособного населения.

Цель исследования – оценить преимущества и недостатки лапароскопической герниопластики.

Материал и методы. Нами были проанализированы 182 пациента отделения хирургии №1 Кызылординского областного медицинского центра с 2013 года по июнь месяц 2022 года, которым были произведены лапароскопические герниопластики всех типов паховой грыжи. Из них 80 мужчины, 2 женщины. Продолжительность операций варьировала от 40 до 120 мин, в среднем 60 мин. Сроки пребывания больных в стационаре составили от 4 до 8 дней. Следует отметить что мы проанализировали пациентов у которых не имелись противопоказания к операции. Из всех проанализированных пациентов, которым были произведены ЛГП отмечен 6 случаев рецидива, что составило всего 3,2%. Этим больным была произведена повторная операция, но на этот раз традиционным способом. Причиной рецидива являлась недостаточная фиксация сетки. У трех пациентов отмечено развитие послеоперационного осложнения как реактивная водянка – 3,2% из общего числа. Одному пациенту было произведено оперативное вмешательство, а остальным двум пункция мошонки. Результат удовлетворителен. А у остальных пациентов послеоперационный период протекал без осложнений. Всем пациентам были наложены повязки с суспензией в область мошонки, с целью предотвращения отеков.

Преимущества ЛГП: небольшой шов на месте операции, выполняется 3 разреза длиной до 2 см; низкий риск рецидива; возможность проведения диагностического обследования

брюшной полости во время ведения операции; более быстрая реабилитация; нет предпосылок к нарушению половой функции у мужчин, поскольку не сдавливается семенной канатик; раньше происходит восстановление организма (1 и 4 недели соответственно); можно произвести одновременно вмешательство и на другой стороне (двусторонняя пластика); меньше болевой синдром после операции.

Недостатки ЛГП: высокая стоимость расходных материалов; выполнение под общей анестезией; длительность операции на 30-60 минут дольше.

Заключение. Таким образом, мы пришли к выводу, что лапароскопический метод лечения грыж патогенетический обоснован и обеспечивает хороший доступ и визуализацию анатомических структур, позволяет произвести герниопластику с минимальной травматичностью и максимальной надежностью. Так же обеспечивает комфортность послеоперационного периода и возможность ранней реабилитации.

ИМПЛАНТАЦИЯ СТИМУЛЯТОРА БЛУЖДАЮЩЕГО НЕРВА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОЙ ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ

Панкратьев Р.М., Галимов И.И.,
Тимершин А.Г., Иванов С.С.
ФГБОУ ВО «Башкирский государственный
медицинский университет» МЗ РФ,
г. Уфа, Российская Федерация

Цель работы – оценить эффективность стимуляции блуждающего нерва в лечении фармакорезистентной эпилепсии.

Материал и методы. В отделении нейрохирургии РДКБ г. Уфа в период с 2017 по 2022 год нами произведено имплантация 58 стимуляторов блуждающего нерва. Пик установки в возрасте 6,5 лет, и составило 30 пациентов (51%). Мальчиков было больше, чем девочек, в соотношении 3:2. В настоящее время эффективным хирургическим методом лечения следующих форм гетеротопия (1 – 0,03%), энцефалит Расмуссена (3 – 0,05%), синдром Леннокса-Гасто (5 – 0,08%), синдром Веста (6 – 1%), симптоматическая фармакорезистентная эпилепсия (43 – 74%). Основным критерием отбора кандидатов для хирургического вмешательства были: неэффективность адекватной медикаментозной терапии в течение не менее 2-3 лет, медикаментозная терапия считается неэффективной, если припадки повторяются с частотой более 3 раз в месяц (для генерализованных судорожных приступов высокой считается частота 1 раз в месяц и более), серийность (угроза эпилептического статуса), не прогнозируемость возникновения (риск травм во время приступа). Оперативное лечение проводилось под общим обезболиванием.

Имплантация электродов на n.vagus нами осуществлялась с помощью микроскопа. Продолжительность операции в среднем составила 60±15 мин. В послеоперационном периоде осложнений не наблюдалось. Срок госпитализации составил 3,7 койко-день.

Результаты. Преимущества VNS-терапии отмечаются не сразу же. Активность приступов может медленно улучшаться в течение первых 2 лет лечения. Отдаленные результаты клинических исследований указывают на то, что эффекты VNS-терапии

значимые и сохраняются со временем. Полное исчезновение припадков наблюдалось в 19 (32,7%) случаях. Уменьшение припадков или трансформация их из генерализованных в фокальные в 28 (48,3%) наблюдениях. Снижение интенсивности припадков (более лёгкое их течение) в 8 (13,8%) случаях, незначительное изменение частоты, тяжести 3 (5,2%).

Заключение. Развитие нейрохирургических методов лечения эпилепсии актуально в связи с высоким уровнем фармакорезистентных форм заболевания. Положительные результаты при хирургическом лечении зависят от оснащённости оборудованием нейрохирургических отделений, а также наличием подготовленных специалистов.

ТЕХНОЛОГИЯ ДОПОЛНЕННОЙ РЕАЛЬНОСТИ – УДОБНЫЙ ИНСТРУМЕНТ В АРСЕНАЛЕ ХИРУРГА

Панченков Д.Н.^{1,2,3}, Абдулкеримов З.А.¹,
Семенякин И.В.¹, Габдуллин А.Ф.¹,
Лискевич Р.В.^{1,3}, Тупикин К.А.¹

¹ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова»

МЗ РФ, г. Москва, Российская Федерация,

²ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий ФМБА РФ»,

г. Москва, Российская Федерация,

³ФГБУ «Научно-практический центр лазерной медицины имени О.К. Скобелкина ФМБА РФ»,
г. Москва, Российская Федерация

Актуальность. С целью диагностики заболевания, планирования объема оперативного вмешательства, снижения риска интра- и постоперационных осложнений перед операцией хирурги изучают данные КТ и МРТ. Это позволяет оценить возможные варианты сосудистого строения и другие анатомические особенности расположения органов в каждом конкретном случае. Однако хирург ограничен в получении точного представления об анатомических соотношениях органов при анализе 2D-изображений.

С целью повышения качества интерпретации 2D-изображений и более точной оценки объема и особенностей планируемой операции предлагалось применение 3D-печати на основе данных КТ и МРТ. Однако применение этой технологии требует большого количества времени, значимым образом повышает финансовые затраты и имеет ограниченную доступность. Технология смешанной (mixed reality – MR) или дополненной реальности (augmented reality – AR) позволяет реализовать высококачественную виртуальную 3D-модель анатомии конкретного пациента. Хирург имеет возможность просматривать и управлять моделью с помощью закрепленного на голове дисплея. В абдоминальной хирургии публикации по теме AR/MR встречаются с 2017 г. и принадлежат группе авторов из Германии.

Цель исследования – оценить возможности применения технологии дополненной реальности при операциях на органах брюшной полости.

Материал и методы. Полученные в ходе инструментального исследования данные МСКТ были обработаны в компью-

терной программе с целью получения полисегментарных моделей. Данные, полученные после обработки, были использованы в программном обеспечении HLOIA© для создания виртуальной объемной модели органа, учитывая анатомические особенности конкретного пациента. До операции и интраоперационно применялись очки виртуальной реальности HoloLens II поколения компании Microsoft (Сиэтл, Вашингтон, США), с реализованной в них системой HLOIA©. С декабря 2021 г. по январь 2022 г. было выполнено 3 хирургических вмешательства 3 пациентам с применением технологии AR. Объем операций: лапароскопическая эхинококкэктомия с резекцией 5,6 сегментов печени по поводу резидуального эхинококкоза; лапароскопическая панкреатодуоденальная резекция по поводу рака головки поджелудочной железы; лапароскопическое удаление кисты брыжейки тонкой кишки.

Результаты. Применение технологии AR существенным образом не повлияло на планирование объема операции. При этом в ходе операции по поводу резидуального эхинококкоза печени применение AR облегчило ориентировку хирурга при резекции печени и манипуляции вблизи сосудисто-секреторных ножек. При выполнении лапароскопической ПДР применение AR способствовало лучшему пониманию анатомии при создании туннеля и отхождении от верхней брыжеечной и селезеночных вен, а также при определении уровня пересечения паренхимы поджелудочной железы. При удалении кистозной опухоли брюшной полости применение AR не дало ощутимых преимуществ перед стандартным предоперационным обследованием и планированием объема операции. После просмотра AR-модели хирург чувствовал себя более уверенно в отношении сосудистой анатомии и взаимоотношений удаляемой опухоли (или эхинококковой кисты) с сосудистыми структурами.

Заключение. Предоперационный и интраоперационный просмотр интерактивных моделей виртуальной реальности может повысить уверенность хирурга и улучшить понимание анатомии, особенно в сложных случаях и при планировании нестандартных оперативных вмешательств, изменить оперативный подход, в ряде случаев изменить первоначальный план операции. В то же время, требуется продолжение накопления материала с целью уточнения областей применения моделей дополненной реальности и возможной разработки протокола их применения в абдоминальной и гепатопанкреатобилиарной хирургии.

РЕЗУЛЬТАТЫ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНОГО ЭНДОСКОПИЧЕСКИ АССИСТИРОВАННОГО ШУНТИРОВАНИЯ КРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Попов В.А., Малышенко Е.С.,
Новиков М.А., Ревিশвили А.Ш.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» МЗ РФ,
г. Москва, Российская Федерация

Актуальность. Коронарное шунтирование является наиболее распространенной операцией в кардиохирургии показавшей свою эффективность при лечении тысяч больных с ИБС. Однако имеется ряд недостатков технологии в связи с чем, в частности, и пошло начало развития минимально инвазивных методов коронарного шунтирования.

В НИИЦ хирургии имени А.В. Вишневого разработана и внедрена в повседневную практику технология миниинвазивного эндоскопически ассистированного коронарного шунтирования (EndoCAB) (патент на изобретение РФ №2723751 С1 от 17.06.2020 г.).

Цель исследования – оценка эффективности и безопасности метода малоинвазивного эндоскопически ассистированного шунтирования миокарда, оценка отдаленных результатов.

Материал и методы. Технология минимальноинвазивного эндоскопически ассистированного коронарного шунтирования состоит из трех компонентов: первый – билатеральное торакоскопическое выделение обеих внутренних грудных артерий; второй – операция в условиях искусственного кровообращения с применением MiECC перфузии; третий – полная реваскуляризация миокарда из торакотомии на пережатой аорте. Данная технология позволяет значительно снизить инвазивность и хирургическую травму вмешательства с сохранением всех преимуществ полной реваскуляризации миокарда у многососудистых больных как при стандартном коронарном шунтировании.

Результаты. По методике EndoCAB прооперировано 59 пациентов. Средний возраст пациентов составил $58,3 \pm 6,2$. Средний индекс массы тела $30 \pm 3,0$. Функциональный класс стенокардии 2,7.

Периоперационных летальных исходов не было. MACCE – 0; Повторная реваскуляризация – 0. Время операции составило $182,3 \pm 28,5$. Время забора лВГА $31,8 \pm 4,2$. Интраоперационная кровопотеря $112,2 \pm 29,4$ мл. Дренажные потери в раннем послеоперационном периоде $140,4 \pm 30,7$ мл.

Среднее время пребывания в стационаре $7,1 \pm 1,3$ дня. Раневых осложнений не зарегистрировано. Оценка болевого синдрома в послеоперационном периоде по визуально-аналоговой шкале составила 2,4 балла.

Результаты годового наблюдения: возврат стенокардии у 2 (3,7%) пациентов в виду прогрессирования стенозов бассейна огибающей и правой коронарной артерии; частота развития инфаркта миокарда 1 (1,8%) в виду дисфункции маммарного шунта; инсульт – 0%. Повторная реваскуляризация не требовалась.

Заключение. Реваскуляризация методом EndoCAB отвечает всем стандартам миниинвазивной коронарной хирургии, а также имеет ряд преимуществ в стоимости процедуры, материальном оснащении, длительности и сложности кривой обучения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА МЕХАНИЧЕСКИМИ ПРОТЕЗАМИ С УЛУЧШЕННЫМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ ПРИ УЗКОМ ФИБРОЗНОМ КОЛЬЦЕ

Попов В.А., Гасангусенов М.Г., Малышенко Е.С.,
Кадырова М.В., Ревивили А.Ш.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский
центр хирургии имени А.В. Вишневого» МЗ РФ,
г. Москва, Российская Федерация

Актуальность. Гемодинамические характеристики имплантируемых протезов непосредственно влияют на результаты операции, в ряде случаев, приводя к развитию синдрома «несоответствие протеза пациенту». Разработка новых и модификация уже существующих моделей механических ИКС позволяет в опреде-

ленной степени устранить их недостатки. На смену первым генерациям двухстворчатых протезов приходят более совершенные серии протезов (SJM Regent, On-X, Sorin Overline, Bicarbon) с улучшенными характеристиками, пониженной тромбогенностью, что позволяет снизить агрессивность антикоагулянтной терапии.

Цель исследования – оценить результаты протезирования механическими протезами (St Jude Regent) с улучшенными характеристиками в условиях узкого фиброзного кольца.

Материал и методы. В ретроспективном исследовании проведен анализ результатов протезирования аортального клапана у 34 пациентов при узком фиброзном кольце, из них у 10 (29,4%) больных имплантированы механические протезы 19 мм (1 группа пациентов), и у 24 (70,6%) пациентов имплантированы механические протезы 21 мм (2 группа пациентов). Протезирование аортального клапана проведено по стандартной методике из поперечной аортотомии. После тотальной декальцинации фиброзного кольца, протезы имплантировались в супрааннулярную позицию во всех случаях. Средний возраст пациентов достоверно не отличался, и составлял в 1 группе $62 \pm 15,1$ года, во 2 группе $65 \pm 12,3$ лет. Максимальный градиент до операции в обеих группах значимо не различался: $71,2 \pm 22,3$ и $69,5 \pm 18,7$ мм рт. ст. соответственно ($p=0,06$). Средний градиент также не имел существенных различий: $40,6 \pm 13,7$ и $38,9 \pm 14,3$ мм рт. ст. соответственно ($p=0,07$).

Результаты. Длительность искусственного кровообращения (145 (125;179)) в 1-й группе была выше чем во 2-й группе (129 (124;202)) ($p<0,002$). Время пережатия аорты в 1 группе пациентов (90 (70; 120)) ниже, чем в 2-й группе: (92 (82; 119)) ($p=0,075$). Продолжительность пребывания в ОПИТ в обеих группах составила 2,4 дня. Максимальный градиент до операции в обеих группах значимо не различался: 19 (19;19) и 19 (13;23) мм рт. ст. соответственно ($p<0,001$). Средний градиент также не имел существенных различий: 11 (7;11) и 9 (7;12) мм рт. ст. соответственно ($p<0,002$). Летальных исходов не наблюдалось.

В раннем послеоперационном периоде в группе пациентов, после имплантации механических протезов наблюдался 1 (2,1%) случай кровотечения, потребовавший рестернотомии. В послеоперационном периоде случаев «протез-пациент несоответствия» не отмечалось ($p<0,001$).

Заключение. Анализ госпитальных и отдаленных результатов в сроки до 5 лет показывает, что применение механических протезов с улучшенными характеристиками у пациентов с узким фиброзным кольцом, позволяет добиться хороших гемодинамических результатов, при отсутствии летальности и низкой вероятности развития «протез-пациент несоответствия».

БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СИМУЛЬТАННОЙ ОПЕРАЦИИ ЛАБИРИНТ V ПРИ КОРОНАРНОМ ШУНТИРОВАНИИ

Ревивили А.Ш., Попов В.А.,
Малышенко Е.С., Анищенко М.М.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский
центр хирургии имени А.В. Вишневого» МЗ РФ,
г. Москва, Российская Федерация

Цель исследования – провести анализ ближайших и отдаленных результатов операции Лабиринт V, выполняемой во время коронарного шунтирования (КШ).

Материал и методы. В отделении кардиохирургии ФГБУ «НМИЦ хирургии имени А.В. Вишневского» МЗ РФ проведено ретроспективное исследование 70 пациентов с ИБС и различными формами фибрилляции предсердий (ФП), которым выполнена операция Лабиринт V в сочетании с КШ. Операция Лабиринт V включает в себя абляцию левого предсердия (выполнение набора радиочастотных воздействий Box Lesion с использованием биполярного зажима) и правого предсердия (абляцию полых вен, изоляцию каватрикуспидального истмуса), выполняемые в условиях параллельного ИК и «работающего сердца». Данный подход позволяет провести адекватную абляцию, восстановить синусовый ритм, а также при необходимости провести электрофизиологическое исследование с целью определения необходимости нанесения дополнительных линий абляции. Средний возраст пациентов составил $61 \pm 7,2$ года; 94,2% пациентов составляли мужчины. У 48 (68,6%) больных была стенокардия высокого функционального класса (III-IV ФК). Персистирующая форма ФП отмечена у 44,8%, длительно персистирующая ФП у 57,2% пациентов. Средняя продолжительность аритмии составила $7,6 \pm 2,8$ года.

Результаты. Средняя продолжительность сочетанной операции составила $370 \pm 73,2$ мин, среднее время ИК – $138 \pm 28,3$ мин, среднее время окклюзии аорты – $40,8 \pm 17,8$ мин. Среднее время длительности абляции было $54,8 \pm 17,8$ мин. Интраоперационная кровопотеря составила 558 ± 95 мл, а среднее количество шунтов – $2,5 \pm 0,35$. Не зарегистрировано периоперационных ИМ, инсультов, кровотечений. Частота дыхательной недостаточности составила 7,1% (5/70), гидроторакса – 10% (7/70). Рецидив аритмии после операции отмечался у 24,2% (17/70) пациентов. У 97,1% пациентов к моменту выписки зарегистрировано восстановление синусового ритма. У двух пациентов с исходно длительно персистирующей ФП к моменту выписки сохранялась аритмия. В отдаленном периоде наблюдения ($43,1 \pm 19,3$ мес) кумулятивная свобода от ФП/ТПФ составила 84,7%, а свобода от больших кардиоваскулярных и цереброваскулярных событий – 93%.

Заключение. Операция Лабиринт V при КШ является эффективной и безопасной процедурой лечения сопутствующей фибрилляции предсердий, обеспечивающей благоприятные госпитальные и отдаленные результаты.

РЕЗУЛЬТАТЫ РАНДОМИЗИРОВАННОГО КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ (PULVAB)

Ревишвили А.Ш., Попов В.А.,
Малышенко Е.С., Анищенко М.М.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» МЗ РФ,
г. Москва, Российская Федерация

Цель исследования – оценить результаты проспективного рандомизированного клинического исследования по профилактике фибрилляции предсердий после открытой коронарной реваскуляризации (PULVAB).

Материал и методы. В ФГБУ «НМИЦ хирургии имени А.В. Вишневского» МЗ РФ проведено проспективное рандомизиро-

ванное клиническое исследование – PULVAB (NCT03857711). В исследование включено 175 пациентов с ишемической болезнью сердца без фибрилляции предсердий в анамнезе. Пациенты были рандомизированы на четыре группы: в I группу вошли пациенты, перенесшие только АКШ (n=47); II группа – АКШ+медикаментозная терапия амиодароном (n=42); III группа – АКШ+радиочастотная абляция устьев легочных вен (РЧА УЛВ) (n=44); IV группа – АКШ+РЧА УЛВ+медикаментозная терапия амиодароном (n=42). Биполярная РЧА выполнялась на параллельном ИК перед этапом АКШ.

Результаты. Случаев госпитальной летальности не зарегистрировано. Случаев кровотечения, периоперационного инсульта и инфаркта миокарда также нами не отмечено. Выполнение РЧА УЛВ во время АКШ не повлияло на периоперационные параметры. Продолжительность операции (p=0,18), время пережатия аорты (p=0,15) и время ИК (p=0,07) были сопоставимыми в сравниваемых группах. Послеоперационная ФП (ПОФП) встречалась у 40,4% (19/47), 30,9% (13/42), 15,9% (7/44), 7,1% (3/42) пациентов в I, II, III, IV группах, соответственно.

Достоверной разницы в снижении частоты ПОФП при сравнении I и II групп (p=0,52), II и III групп (p=0,31), III и IV (p=0,16) не выявлено. Статистически значимое снижение частоты ПОФП выявлено в III (p=0,03), IV (p=0,004) группах в сравнении с I группой, что может быть связано с высокой профилактической эффективностью обоих методов: изолированной РЧА УЛВ и сочетания РЧА УЛВ и амиодарона. Синусовый ритм при выписке отмечался у 95,8%, 95,3%, 97,7% и 97,6% пациентов в I, II, III и IV группах соответственно (p=0,28).

Отдаленные результаты оценены через 12 месяцев. Случаев смерти не зарегистрировано. Кумулятивная свобода от больших кардиоваскулярных событий составила 93,5%, 95,8%, 98% и 98% (p=0,23). Кумулятивная свобода от ФП/ТПФ составила через 12 месяцев наблюдения 82,5%, 85,5%, 93,1% и 98,0% в I, II, III и IV группах соответственно (p=0,04)

Заключение. В результате проведенного исследования PULVAB установлено, что РЧА УЛВ в изолированном варианте или в сочетании с амиодароном достоверно уменьшает частоту возникновения ПОФП и не увеличивает при этом частоту ближайших и отдаленных осложнений, что позволяет использовать данный подход в качестве эффективной профилактической методики ПОФП после АКШ.

СИМУЛЬТАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ ФОРМ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Ревишвили А.Ш., Попов В.А., Плотников Г.П.,
Малышенко Е.С., Анищенко М.М.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» МЗ РФ,
г. Москва, Российская Федерация

Актуальность. Частота предоперационной фибрилляции предсердий (ФП) у пациентов, идущих на коронарное шунтирование, составляет 5-10%. Нелеченная ФП ассоциируется с тяжелыми осложнениями в ближайшем и отдален-

ном периодах и ухудшает результаты операции коронарного шунтирования (КШ).

Цель исследования – провести оценку ближайших и отдаленных результатов методик симультанной радиочастотной абляции при коррекции пароксизмальной формы ФП во время коронарного шунтирования.

Материал и методы. Проведено ретроспективное исследование 63 пациентов с ИБС и пароксизмальной формой ФП, которым выполнялось стандартное КШ. Пациенты разделены на 2 группы: группа I (n=30) – КШ дополнялось проведением биполярной радиочастотной абляции устьев легочных вен (РЧА УЛВ); группа II (n=33) – КШ сочеталось с операцией Лабиринт V. Критерии исключения: экстренный характер операции, сопутствующая клапанная патология, непароксизмальная форма ФП, декомпенсация ХПН и сахарного диабета, сопутствующие онкологические заболевания.

Основной этап операции КШ выполняли в условиях нормотермической перфузии и тепловой кровяной гиперкалиевого кардиopleгии. Биполярная РЧА УЛВ и операция Лабиринт V проводились до этапа КШ в условиях параллельной перфузии и «работающего» сердца по методикам, принятым в нашем центре. Оценка результатов проводилась по первичным (частота рецидива ФП, сохранение синусового ритма при выписке, необходимость в имплантации постоянного пейсмекера, частота больших кардио- и цереброваскулярных событий) и вторичным конечным точкам. С целью оценки безопасности выполнен сравнительный анализ интраоперационных параметров, биохимических показателей раннего послеоперационного периода, объема кровопотери, длительности ИВЛ, частоты и структуры осложнений.

Результаты. Группа КШ-Лабиринт V логично статистически отличалась от группы КШ-РЧА УЛВ по средней длительности оперативного вмешательства (337vs255 мин, $p=0,0001$), времени искусственного кровообращения (131vs89 мин, $p=0,0001$) и продолжительности аритмологического этапа (53vs10 мин, $p=0,0001$). Случаев госпитальной летальности не было. При сравнении маркеров миокардиального повреждения не выявлено достоверной разницы между группами. Характер и процент осложнений в группах был сопоставимым. При оценке первичной точки установлено достоверное снижение частоты рецидива ФП в группе КШ – Лабиринт V относительно группы изолированной биполярной РЧА УЛВ – 12,1% vs 33,3%, при $p=0,044$. Все пациенты после КШ-Лабиринт V были выписаны из стационара на правильном ритме, тогда как у 3 (10%) пациентов в группе КШ-РЧА УЛВ не удалось восстановить ритм ($p=0,06$). Частота транзиторной дисфункции синусового узла (до 5 суток) в группах I и II составила 6,7% и 15,2% соответственно ($p=0,228$). Потребности в имплантации постоянного ЭКС не отмечалось. Не установлено достоверных отличий в кумулятивной свободе от МАССЕ для групп КШ-РЧА и КШ-Лабиринт V – 96,7% и 97% соответственно (Log-Rank Test, $p=0,913$). Кумулятивная свобода от аритмии через 12 мес. составила 83,5% (25/30) в группе КШ-РЧА и 97% (32/33) в группе КШ-Лабиринт V (Cox'sF-Test, $p=0,02$).

Заключение. В исследовании установлено, что операция Лабиринт V незначительно усложняла КШ за счет увеличения длительности ИК и операции, но течение послеоперационного периода в целом, структура и частота осложнений не отлича-

лись от результатов пациентов, которым проводилась только биполярная РЧА УЛВ, что может свидетельствовать о безопасности данного подхода. Процедура Лабиринт V достоверно уменьшала частоту рецидива пароксизмальной ФП в сравнении с биполярной РЧА УЛВ после коронарной реваскуляризации как на госпитальном, так и отдаленном этапе.

ТОРАКОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ КАТЕТЕРНОЙ АБЛАЦИИ

Ревишвили А.Ш., Попов В.А., Малышенко Е.С.,
Анищенко М.М., Стребкова Е.Д.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский
центр хирургии имени А.В. Вишневского» МЗ РФ,
г. Москва, Российская Федерация

Актуальность. Согласно данным литературы до 30-35% пациентов, идущих на торакоскопическое лечение фибрилляции предсердий (ТЛ ФП) имеют предшествующие катетерные радиочастотные абляции. Ряд авторов считают, что выполненная ранее катетерная абляция приносит негативный вклад в результаты ТЛ ФП, вызывая технические сложности и повышая риски осложнений.

Цель исследования – провести оценку результатов торакоскопического лечения рецидивов ФП после предшествующих катетерных абляций.

Материал и методы. Было проведено оценка результатов лечения 81 пациента. Больные были разделены на 2 группы: группа I (n=31) включала пациентов, у которых ранее выполнялись катетерные радиочастотные абляции устьев легочных вен (РЧА УЛВ) и/или каватрикуспидального истмуса (КТИ), из них РЧА УЛВ было выполнено у 74% (n=23), РЧА КТИ у 13% (n=4) и РЧА КТИ+УЛВ у 13% (n=4). Группа II представлена пациентами без катетерной процедуры в анамнезе (n=50). При сравнительном анализе группы были сопоставимы по возрасту, полу, анамнезу ФП, ИМТ, объему левого предсердия (ЛП) и индексу объема ЛП ($p>0,05$). В группе I пароксизмальная форма отмечена у 40,7%, персистирующая у 14,8%, длительно-персистирующая у 44,5% пациентов. В группе II пароксизмальная форма встречалась у 30% пациентов, а персистирующая и длительно-персистирующая форма у 18 и 52%, соответственно.

Результаты. Летальных исходов в проведенном исследовании не отмечено. Характер и процент осложнений также статистически не различались между группами ($p=0,39$). Интраоперационные технические сложности, связанные с выраженным спаечным процессом в грудной клетке закономерно преобладали в группе I и были отмечены у 8 (30%) пациентов; в группе II спаечный процесс отмечен у одного пациента (2%).

Интраоперационно синусовый ритм (СР) был достигнут у всех пациентов в группе I, в группе II на момент окончания операции ФП регистрировалось у двух пациентов и у одного отмечено трепетание предсердий. Через 3 месяца в группе I СР регистрировался у 67% пациентов.

33% пациентов нуждались в проведении катетерных абляций, из которых РЧА УЛВ (n=1), РЧА КТИ (n=2) и РЧА УЛВ+КТИ (n=3). Через 6 месяцев СР отмечен у 96% пациентов, одному пациенту потребовалось проведение дополнительной процеду-

ры РЧА УЛВ. В группе II 30% (n=10) нуждались в выполнении дополнительных катетерных аблаций, через 3 и 6 месяцев СР регистрировался у 70% и 92% пациентов, соответственно.

Заключение. Предшествующие катетерные аблации значимо не влияли на результаты ТЛ ФП. Однако, необходимо проведение более крупного исследования для дальнейшего изучения данной проблемы.

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТОРАКОСКОПИЯ ПРИ ОТКРЫТЫХ ПРОНИКАЮЩИХ РАНЕНИЯХ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Рустемова К.¹, Кожахметов С.¹, Чекаев Р.¹, Алиев М.²,
Оркашбаев Р.², Байсын Б.²

¹НАО «Медицинский университет Астана», кафедра хирургических болезней с курсами кардиоторакальной хирургии и ЧЛХ, г. Нур-Султан, Республика Казахстан,
²ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница №2», г. Нур-Султан, Республика Казахстан

Актуальность. Повреждение органов груди при проникающих колото-резаных ранениях часто сопровождаются развитием грозных функциональных расстройств и связанных с ними осложнений. Выявление такого рода повреждений стандартными (традиционными) методами диагностики нередко бывает затруднено. Стандартные методы диагностики не всегда позволяют выявить локализацию, характер и объем внутригрудных повреждений, что в ряде случаев, может представлять большую опасность для пострадавшего.

Цель исследования – изучение эффективности применения ранней торакоскопии и видеоассистированной торакоскопии (VATS) при открытых проникающих ранениях органов грудной клетки.

Материал и методы. Мы располагаем опытом лечения с 2019 по 2021 г. 482 (100%) пациентов с проникающими колото-резаными ранениями грудной клетки, из которых 379 (78,6%) выполнена лечебно-диагностическая торакоскопия. Из них: с гемопневмотораксом – 142 (37,4%), гемотораксом – 161 (42,4%), торакоабдоминальные ранения – 63 (16,6%), без гемопневмоторакса 13 (3,4%). Средний возраст пострадавших составил 23,4 года (от 16 до 45 лет). Лечебно-диагностическая торакоскопия выполнялась всем пострадавшим с повреждениями органов груди при условиях стабильных гемодинамических показателей. Исследование проводилось под эндотрахеальным наркозом, в ряде случаев, с отдельной интубацией бронхов. Показаниями к проведению видео торакоскопии у пострадавших: объемный пневмоторакс, гемоторакс (в т.ч. свернувшийся), гемопневмоторакс, а также наличие ранений, не исключая повреждение органов брюшной полости. Противопоказания: геморрагический шок, ранения сердца и тотальный гемоторакс. При видеоторакопии у этой группы пострадавших выявлялись: раны легкого, интрапульмональные и субплевральные гематомы, свернувшийся гемоторакс и продолжающееся кровотечение, ранения диафрагмы, гемиперикард.

Результаты. Выполнены лечебные мероприятия: пневмолиз, секвестрация и удаление свернувшегося гемоторакса, гемостаз раны легкого и межреберной артерии с помощью

биполярной коагуляции, удаление интрапульмональной и субплевральной гематомы, ушивание раны легкого и диафрагмы, перикардотомия, санация и дренирование плевральной полости. При проникающих ранениях грудной полости, выполнении лечебно-диагностической торакоскопии выявлено, что в 53% случаев раны легкого соответствовали проекциям внутренних повреждений раны грудной стенки. В 35% случаев рана находилась на незначительном расстоянии от внутреннего повреждения грудной стенки. В 12% при колото-резаных ранениях грудной стенки были выявлены непроникающие и сквозные ранения диафрагмы, ранения перикарда. Выполнено: удаление гемоторакса – 297 (78,3%), коагуляция ран легкого – 173 (45,6%), ушивание ран легкого – 359 (94,7%), коагуляция сосудов грудной стенки – 234 (61,7%), вскрытие субплевральных гематом – 36 (9,4%), ушивание ран диафрагмы 12 (3,1%), удаление инородных тел плевральной полости 2 (0,52%) перикардотомия 1 (0,26%) В 20 случаев (5,2%) при обширных ранах легкого, ранах диафрагмах, и ранениях средостения, видеоторакопия сочеталась с миниторакотомией. Летальность составила 0%, средняя продолжительность койка дня (6,1).

Вывод. Широкое использование видеоторакопии как экстренного оперативного вмешательства при травме груди позволяет значительно повысить эффективность диагностики за счет визуального осмотра плевральной полости, легкого, средостения и диафрагмы, и добиться эффективного аэро- и гемостаза.

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Рыскулов Ж.О., Ордабеков С.О., Ордабеков Е.С.

Жамбылская областная многопрофильная больница,
г. Тараз, Республика Казахстан

Введение. Благодаря значительным финансовым вливаниям в медицинскую отрасль особо значимым для хирургии является повышение эффективности круглосуточной стационарной медицинской помощи, мотивированное определение объемов хирургической помощи в круглосуточных, дневных стационарах и в амбулаторных условиях. Современные подходы к управлению здоровьем требуют изучения фактического соответствия сил и средств планируемому объему хирургической помощи и существующей инфраструктуре хирургической службы, которая должна отвечать потребностям населения и не быть избыточной и неэффективной. Любая служба, обеспечивающая неотложную хирургическую помощь, должна иметь полный кадровый состав дежурных служб, круглосуточную, хорошо оснащенную и укомплектованную диагностическую и лечебную службы, круглосуточно действующие реанимационные службы.

Цель работы – изучить результаты работы хирургической службы в Жамбылской области и наметить основные направления работы для повышения эффективности хирургической помощи при хирургических заболеваниях.

Оказание хирургической помощи требует унификации тактики, методов диагностики и лечения на всех ее этапах. Для организационно-методического руководства хирургической помощью населению необходимо создать институт главных специ-

алистов хирургов, которые являются проводниками новых идей и контролируют качество диагностики и лечения. Это – главный хирург республики, главные хирурги облздравотделов, городов республиканского подчинения, ряда крупных городов. В масштабе района области роль главного хирурга выполняет ведущий хирургическим отделением ЦРБ. Такая система позволяет унифицировать требования к организации хирургической помощи населению. Многолетний опыт организационно-методического руководства хирургической службой показывает, что в городах с населением 250-300 тыс. человек неотложную хирургическую помощь целесообразно сосредоточить в одной из крупных многопрофильных больниц. Число хирургических коек для неотложной помощи, рассчитывается по нормам 1,5-2 койки на 1 тыс. населения. Однако при расчете этих норм в городах необходимо вносить поправку с учетом того, что в больницы обращается и население прилежащих районов.

Научно-методическое руководство предусматривает глубокое изучение принципов и опыта работы хирургической службы. Получаемая главным специалистом информация о работе службы должна быть достоверной, полной и оперативной. Это позволяет принимать своевременные меры для предупреждения повторения ошибок и коррекции работ хирургической службы. Главный специалист выясняет путем изучения первичных документов и экспертной оценки качества диагностики и лечения больных. Такая экспертная оценка позволит одновременно убедиться в достоверности полученной информации. Непременным условием оптимизации процессов управления является разработка четких функциональных обязанностей каждого, кто причастен к оказанию хирургической помощи, планирование работы на год, квартал, месяц. Важное значение имеет систематический анализ качественных показателей, ежеквартальная оценка качества работы всех хирургических отделений области.

Экспертная оценка качества диагностики и оказания неотложной хирургической помощи показала, что чаще всего источником диагностических ошибок являются поверхностно собранный анамнез и неполное использование доступных методов обследования больного. Нередко врачи считают основной причиной диагностических ошибок атипичное течение острых хирургических заболеваний, в частности, у детей и лиц пожилого и старческого возраста.

В многопрофильных больницах, независимо от профиля отделения, всех больных с болью в животе должен консультировать хирург. Отказать больному в госпитализации можно лишь при отсутствии у него заболевания либо при наличии такого заболевания, которое требует госпитализации в отделение другого профиля. При отказе в госпитализации нельзя пользоваться формулировкой «острых хирургических заболеваний нет». Необходимо кратко обосновать диагноз, зафиксировать принятые меры, а отказ в госпитализации оформить путем записи в единый стационарный журнал. Необходимо еще раз подчеркнуть особую роль приемных отделений в оказании экстренной помощи. Требования к приемному отделению особенно возрастают в больницах скорой помощи. В состав приемного отделения многопрофильного стационара на 800 коек и более должны входить кабинеты врачебного осмотра, пере-

вязочная, манипуляционная, экспресс-лаборатория, рентгеновский кабинет, кабинет функциональной диагностики и диагностические палаты.

Все диагностические, организационные и тактические вопросы ургентной помощи конкретному больному должны быть решены в течение 4 часов (реанимационная помощь должна начинаться немедленно, с момента доставки пациента). Поздно оперированы 44,6% больных с острой непроходимостью кишечника, 24,4% больных с острым аппендицитом, 21,9% больных с перфоративной язвой и 14,7% больных с ущемленной грыжей. С другой стороны, то обстоятельство, что 18,2% больных с острым холециститом были оперированы в первые 12 часов, свидетельствует о недостаточной организации неотложной помощи на догоспитальном этапе, в результате чего такие больные поступают с явлениями перитонита. Предоперационная подготовка пациентов с острыми хирургическими заболеваниями должна быть интенсивной, непродолжительной. Врач должен помнить, что устранение патологического очага при развивающемся перитоните само по себе представляет реанимационное пособие. Поэтому при установлении диагноза важно, во-первых, определить степень хирургического риска, во-вторых – необходимость, объем и продолжительность предоперационной подготовки (как правило, она требуется у больных с общим перитонитом и другими тяжелыми осложнениями и сопутствующими заболеваниями). Обеспечение адекватности предоперационной подготовки входит в компетенцию анестезиолога. Ежегодное изучение историй болезни умерших от острой хирургической патологии в различных областях показывает, что нередко ошибки и в выборе метода обезболивания. Местную анестезию надо применять при неосложненном течении острого аппендицита или ущемленной грыжи, у молодых больных, у лиц, не имеющих избыточной массы тела. При осложненном же течении, особенно при перитоните, следует сразу прибегать к общему обезболиванию. Нельзя считать оправданной местную анестезию при остром холецистите, острой непроходимости кишечника. Немало ургентных больных все еще оперируют под масочным наркозом. До последнего времени остается значительным удельный вес операций, которые выполняют в условиях наиболее невыгодного сочетания методов обезболивания, когда операцию начинают под местной анестезией, а затем, в связи с возникшими техническими трудностями или дополнительно выявленными особенностями заболевания, продолжают под масочным наркозом. К оказанию неотложной хирургической помощи должны привлекаться наиболее опытные хирурги. Экспертная оценка показала, что из числа умерших после операции каждого 3-го больного с острым аппендицитом, каждого 4-, 5-го с перфоративной язвой желудка или двенадцатиперстной кишки и с ущемленной грыжей оперировал начинающий хирург. Из этого не следует, что молодые хирурги не должны привлекаться к оказанию неотложной хирургической помощи, но их действия должен контролировать опытный врач. Постоянное совершенствование знаний, хирургической техники, анализ допущенных ошибок при оказании помощи пациентам с острыми хирургическими заболеваниями позволяют предупредить повторение ошибок.

С целью повышения знания врачей периодически необходимо проводить семинары, заседания общества хирургов и мастер-классы с ведущими специалистами национальных хирургических центров. Так за 2021 и за 6 мес. 2022 года в нашей области проведены мастер-классы по эндоскопической хирургии с участием ученых-хирургов из Москвы, Белоруссии, Израила (Галямов Э. и др.) и по хирургии щитовидной железы с профессором Чанг из Южной Кореи.

Основной причиной смерти пациентов с острой хирургической патологией живота остается перитонит, который дает 60-70 % летальных исходов. Главными ошибками в его лечении являются недостаточные осушивание и санация брюшной полости, неадекватное ее дренирование, отсутствие интубации тонкой кишки как незаменимого средства борьбы с одним из важнейших патогенетических факторов перитонита – функциональной непроходимостью кишечника. Остается высоким удельный вес послеоперационных пневмоний, особенно у больных с острым холециститом. Встречаются тромбозмобилические осложнения у больных с ущемленными грыжами, острым аппендицитом, острым холециститом. Необходимо научить каждого врача не только распознавать острую хирургическую патологию, но и уметь оценивать опасность, связанную с варикозным расширением вен нижних конечностей. Изучение коагулограммы, включая определение фибриногена Б и фибринолитической активности крови, позволяет вовремя выявить опасность тромбозмобилических осложнений, а использование эластических бинтов у лиц старше 60 лет и у страдающих варикозным расширением вен нижних конечностей, назначение антикоагулянтов, активное ведение послеоперационного периода с применением ранней дыхательной и общей лечебной гимнастики, массажа – уменьшить их частоту. В послеоперационный период больные с осложненным течением заболевания, тяжелыми сопутствующими заболеваниями должны находиться в палатах интенсивной терапии. Смена повязки должна производиться на следующий и на третий день после операции с ревизией состояния раны, что позволяет своевременно диагностировать осложнения со стороны раны. Неукоснительным правилом должна быть изоляция больных с гнойными осложнениями в специальные отделения или палаты, выделение для них перевязочных и проведение всех других мероприятий по профилактике распространения гнойной хирургической инфекции. Следует помнить, что при острых хирургических заболеваниях большую роль в возникновении осложнений играет анаэробная неспорообразующая микрофлора (обычными методами эта микрофлора не определяется). Поэтому в антибактериальную терапию целесообразно включать метронидазол. Важным условием высокого качества оказания помощи пациентам с острой хирургической патологией органов брюшной полости есть рациональное применение антибиотиков и антисептиков с учетом чувствительности к ним микрофлоры. Работа по оказанию неотложной хирургической помощи должна быть организована так, чтобы имелась преемственность оперирующего ургентного хирурга и лечащего врача. Нередко в течение 7-10 дней послеоперационного периода больного наблюдают несколько врачей. В рассмотренной нами группе больных с неблагоприятными исходами 3 вра-

ча и более лечили каждого 2-3-го больного. Не следует также привлекать к ургентным дежурствам врачей-совместителей. На основании проведенной нами экспертной оценки качества диагностики и лечения лиц, умерших от острых хирургических заболеваний, выявлены факторы, способствовавшие наступлению летального исхода. Среди них значительный удельный вес занимают технические погрешности при выполнении операций, тактические ошибки, неправильное ведение послеоперационного периода. Особый интерес представляют данные экспертной оценки качества обследования, предоперационной подготовки и лечения. Возможности улучшения качества оказания неотложной хирургической помощи населению еще далеко не исчерпаны. В городах, особенно крупных, наиболее совершенной формой организации неотложной хирургической помощи является создание многопрофильных больниц скорой помощи, объединенных со станциями скорой медицинской помощи. При отсутствии таких условий необходимо выделить отделения неотложной хирургической помощи с круглосуточным приемом больных. Доказано, что неотложная хирургическая помощь, сконцентрированная в крупных или специально выделенных отделениях с круглосуточной работой лабораторной, рентгенологической и анестезиологической служб, осуществляется на более высоком уровне. Административное объединение выездной службы скорой медицинской помощи с многопрофильными больницами или специализированными отделениями иных лечебных учреждений обеспечивает сокращение времени доставки больных и преемственность в осуществлении диагностического и лечебного процесса. Постепенно улучшается обеспечение ЛПО диагностическими и лечебными оборудованьями, почти во всех ЦРБ и ГБ имеются лапароскопические установки, в некоторых сельских районах (Мерке, Кордай, Шу) установлены КТ или МРТ.

Заключение. Правильное размещение на территории региона хирургических стационаров, обеспечение лечебно-профилактических учреждений санитарным авто- и авиатранспортом позволяют в короткое время доставить хирургических больных из любой точки региона и снизить смертность от острых заболеваний органов брюшной полости.

Подготовить кадры и обеспечить материальную базу эндоскопических служб, круглосуточно занимающихся остановкой желудочно-кишечных кровотечений. Продолжить обучение врачей лапароскопическим операциям, особенно при остром аппендиците, остром холецистите, прободной язве, остром панкреатите, и обеспечить материальную базу хирургических отделений для их внедрения.

Немаловажное значение в улучшении эффективности работы хирургической службы имеет обеспечение стационаров современными диагностическими и хирургическим оборудованьями. Не в полном объеме используются новые медицинские технологии (например, лапароскопическая стойка) в районных больницах (Сарысуская, Жуалинская, Таласская ЦРБ и др.). В области постепенно улучшается обеспечение ЛПО диагностическими и лечебными оборудованьями, почти во всех ЦРБ и ГБ имеются лапароскопические установки, в некоторых сельских районах (Мерке, Кордай, Шу) установлены КТ или МРТ. Все это делается для улучшения работы хирургической службы.

PHYSICIAN MODIFIED ENDOVASCULAR STENT-GRAFT IN PATIENT WITH DISSECTING THORACIC AORTIC ANEURYSM. CASE REPORT.

Sapunov A.V., Sagatov I.Y., Ormanov B.K.

A.N. Syzganov National scientific center for surgery,
Almaty, Kazakhstan

Background. Increase in the diameter of the thoracic aorta $\geq 50\%$ of the norm of 40 mm in men and 34 mm in women (99 percentile) is considered to be an aneurysmal expansion [1]. The risk of rupture is proportional to the size of the aneurysm and is associated with the development of fatal complications. Diagnosis is usually verified by computed tomographic angiography (CTA), magnetic resonance angiography, or transesophageal echocardiogram. Treatment consists of endovascular stent graft placement or open surgery in combination with optimal medical therapy.

Thoracic aortic aneurysm is an abnormal enlargement of the aorta above the diaphragm. TAA account for 1/4 of all aortic aneurysms, occurring in 40 people per 100,000 population. Men and women get sick equally.

Clinical case. An 80-year-old man underwent a routine examination at the place of residence in November 2019, where an increase in the contours of the aortic arch was found on chest X-ray. The patient was consulted by an angiosurgeon at the place of residence, received recommendations for optimal drug therapy and was sent for outpatient follow-up. In May 2021 he began to notice the appearance of blood streaks in the sputum when coughing, in connection with which he was repeatedly consulted by an angiosurgeon, and CTA was performed. Based on the results of the examination, a picture of a fusiform aneurysm of the descending aorta with dissection of the walls in the transversely descending and distal sections, type IIIb according to DeBakey, was revealed.

Further, the patient was consulted by an endovascular surgeon, and TEVAR was recommended.

During hospitalization: a patient with a height of 158 cm, weight – 56 kg, BMI – 22.3. An experienced smoker, registered with a cardiologist since 2007 about coronary artery disease, hypertension with pressure rises up to 170/110 mm Hg, periodically adhered to antihypertensive therapy. Heredity and allergic anamnesis are not burdened. Hb – 138,9 g/l; RBC – $4,56 \times 10^{12}/l$; HCT – 41,57%; PLT – $286,8 \times 10^9/l$; WBC – $6,51 \times 10^9/l$; Creatinine – 117,0 mmol/l; Urease – 7,70 mmol/l; Cholesterol – 4,72 mmol/l.

07.12.2021. the patient underwent endovascular implantation of an “on table” fenestrated stent graft into the descending thoracic aorta. After preparing and dressing of the surgical field of the upper third of the left thigh, under spinal anesthesia, in the projection of the common femoral arteries, an incision was made in the skin and subcutaneous fat. After opening the femoral fascia, by blunt and sharp way, access was made to the common femoral artery (CFA) on the left. After processing the surgical field under the infiltrative anesthesia, CFA was punctured and catheterized on the right according to Seldinger. Performed thoracic aortography, which reveals an aneurysm of the descending part of the thoracic aorta. The stent graft was removed by 1/4 length of the delivery catheter, in the projection of the landing zone at the orifices of the internal carotid artery and left subclavian artery, the proximal end of the stent graft was fenestrated in the form of a wedge in “on table” fashion. Further, the selected CFA is punctured on the left. On the diagnostic catheter, a

super-stiff guidewire was inserted into the aortic arch and installed with its distal end in the ascending aorta. The catheter was removed, and a partial arteriotomy was performed. After expanding the vascular access through a super-stiff guidewire, a modified thoracic stent graft Valiant Thoracic StentGraft 36.0x36x200.0 mm, mounted on the Captivia delivery system, was delivered to the aortic arch. Then, under the control of angiography and fluoroscopy, the stent-graft was positioned in the descending part of the thoracic aorta, capturing the site of the dissecting aortic defect, proximal to the celiac trunk. After exposure of the stent graft, the “crown” of the proximal section of the device was opened immediately after the departure of the brachiocephalic trunk so that the fenestrated area was at the level of the left common carotid and at the ostium of the left subclavian artery. During intermediate angiography, the crown of the stent graft was completely opened, the arteries of the aortic arch were patent. The stent graft is fully deployed and implanted. The delivery system has been removed. At the control aortography, the stent-graft and arteries of the aortic arch are completely passable, the false lumen is not contrasted. The defect of the CFA on the left was repaired with an interrupted vascular suture with a 6/0 prolene suture. Hemostasis was achieved. The wound was sutured by layers, drainage was installed, and an aseptic dressing was applied. Introducer from CFA on the right, the puncture site was removed, closed with an Angioseal 6F device, an aseptic dressing was applied.

The patient was transferred for a day to the intensive care unit for dynamic observation. Intraoperative fenestration as wedge of the stent-graft in “on table” fashion allowed maintaining the patency of the LSA without forced occlusion by a plug and the formation of subsequent ischemia of the left upper limb with symptoms of still syndrome from vertebral artery with inevitable neurological deficit. This technique allows TEVAR to be carried out in one stage without the development of undesirable consequences.

Conclusion. Such modifications on the table or in situ make it possible to model the prosthesis according to the variant of the anatomy of a particular patient, which allows optimizing the apposition of the prosthesis, eliminating additional stages of complex surgical treatment, reducing the undesirable effects of standard approaches, including preliminary endovascular occlusion of the left subclavian artery and/or the formation of a carotid-subclavian shunt, reduce the time of stationary observation. The use of the described technique will reduce the radicalness of surgical treatment of patients with dissecting aneurysms and increase economic efficiency. This technique is a promising direction in the development of endovascular and surgery and requires further study to assess long-term results and prognosis in a large sample of patients.

ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕОЖГОВЫМИ РУБЦОВЫМИ КОНТРАКТУРАМИ ПЛЕЧЕВЫХ СУСТАВОВ

Сарыгин П.В., Гущина Н.В.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» МЗ РФ,
г. Москва, Российская Федерация

Актуальность. Одной из самых сложных задач в реконструктивной хирургии остается реабилитация пациентов с последствиями ожоговой травмы. Основным методом устранения

послеожоговых контрактур плечевых суставов до настоящего времени является хирургический. Однако предложенные способы устранения контрактур порой не дают желаемого результата.

Цель исследования – разработать алгоритм хирургического лечения пациентов с послеожоговыми рубцовыми контрактурами плечевых суставов.

Материал и методы. В исследование включены 112 пациентов с послеожоговыми рубцовыми контрактурами плечевых суставов, прооперированных с 2016 по 2021 г. При выборе метода хирургической реабилитации учитывали особенности анатомического расположения послеожоговых рубцов и степень выраженности контрактуры. Пациентов разделили на две группы: 1) с краевыми передними, задними и переднезадними контрактурами I, II и III степени в случае сохранных кожных покровов подмышечной впадины и ограниченного поражения области, окружающей плечевой сустав; 2) с рубцовой контрактурой плечевого сустава III степени тотальной или краевой переднезадней с недостатком здоровых тканей подмышечной впадины и наличием рубцово-изменённых кожных покровов области, окружающей плечевой сустав. Определены степень контрактуры и дефицит отведения плеча в градусах до и после оперативного лечения. Проведены ультразвуковые и морфологические периоперационные исследования здоровых и рубцово-изменённых кожных покровов. Данные статистически обработаны. Учитывали субъективную оценку результатов, полученную от самих пациентов при анализе опросников качества жизни (SF-36, ДИКЖ) до и после оперативного лечения.

Результаты. Анализ литературы по оценке эффективности применяемых способов устранения рубцовых контрактур плечевых суставов показал, что для пациентов с краевыми передними, задними и переднезадними контрактурами I, II и III степени в случае сохранных кожных покровов подмышечной впадины и ограниченного поражения области, окружающей плечевой сустав использование пластики языкообразным кожно-жировым лоскутом является оптимальным методом хирургического лечения. Пластика окологлопаточным или торакодorzальным лоскутами с перфорантным кровоснабжением, является методом выбора у пациентов с тотальной или краевой переднезадней рубцовой контрактурой плечевого сустава III степени с недостатком здоровых тканей подмышечной впадины и наличием рубцово-изменённых кожных покровов области, окружающей плечевой сустав.

Метод пластики языкообразным кожно-жировым лоскутом позволил получить значимые улучшения в 94% случаев с полным или частичным восстановлением функции плечевого сустава; полностью восстановить подвижность плечевого сустава за одну операцию у 98,5% пациентов с краевыми контрактурами I степени; улучшить отведение плеча в среднем на 34 градуса за одно оперативное вмешательство; предотвратить образование миогенных и артрогенных контрактур плечевых суставов; избежать вторичной деформации донорской зоны и добиться отличного эстетического результата. Послеоперационных осложнений не наблюдалось.

Пластика кожно-фасциальными лоскутами с перфорантным кровоснабжением позволила устранить тяжелую контрактуру за один этап хирургического лечения; использовать рубцово-изменённые лоскуты в качестве пластического материала; минимизировать повреждение донорской области; защитить сосудистые, нервные и лимфатические структуры области подмышечной впадины за счет толщины лоскута; сократить сроки реабилита-

ции пациентов с переднезадними и тотальными контрактурами плечевых суставов III степени; добиться максимального восстановления функции плечевого сустава за один этап оперативного вмешательства с улучшением отведения плеча в среднем на 97 градусов и предотвратить развитие рецидива контрактуры. Послеоперационных осложнений не наблюдалось. Статистически доказана 100% эффективность данного метода.

По данным анализа результатов неспецифического опросника SF-36 выявлено улучшение показателей физического и психологического здоровья пациентов после оперативного лечения в среднем на 10 баллов. Наилучшие результаты получены при наблюдении от 10 до 18 мес. после оперативного вмешательства. Улучшение физического здоровья достигает 29 баллов, психического – 33 баллов. По данным анализа результатов анкетирования ДИКЖ в большинстве случаев до оперативного лечения 94% пациентов отмечали, что заболевание оказывает сильное и чрезвычайно сильное влияние на их жизнь, после оперативного вмешательства, заболевание чаще не влияет, оказывает незначительное или умеренное влияние на жизнь пациента.

Заключение. Обосновано и доказано, что при краевых контрактурах плечевых суставов эффективным способом является пластика языкообразным кожно-жировым лоскутом, а при тотальных и переднезадних контрактурах плечевого сустава с недостатком здоровых тканей подмышечной впадины и наличием рубцово-изменённых кожных покровов области, окружающей плечевой сустав, является пластика кожно-фасциальным окологлопаточным или торакодorzальным лоскутом с перфорантным кровоснабжением.

Обоснование применения рубцово-изменённых лоскутов на перфорантном кровоснабжении в качестве пластического материала, позволяет расширить возможности планирования операций для хирургической коррекции последствий ожоговой травмы.

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ВВЕДЕНИЯ ВАЗЕЛИНОВОГО МАСЛА В МЯГКИЕ ТКАНИ В ЭСТЕТИЧЕСКИХ ЦЕЛЯХ

Степанова Ю.А., Султанова Н.О., Копыльцов А.А.,
Арутюнян Н.Э., Калинин Д.В.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» МЗ РФ,
г. Москва, Российская Федерация

Актуальность. Применение контурной инъекционной пластики с использованием филлеров различного состава на сегодняшний день является одним из наиболее частых малоинвазивных вмешательств в эстетической медицине. Одной из наиболее популярных процедур является контурная инъекционная пластика при помощи филлеров. Несмотря на широкий и безопасный выбор материала для инъекций в контурной пластике, на сегодняшний день регистрируют случаи осложнений после введения в ткани вазелинового масла.

Цель исследования – оценить возможности лучевых методов исследования на этапах хирургической коррекции последствий введения вазелинового масла в мягкие ткани в эстетических целях.

Материал и методы. В ретроспективном исследовании оценены результаты обследования и хирургического лечения 17 женщин в возрасте от 19 до 53 лет после введения

вазелинового масла в молочные железы, ягодицы и голени. В одну зону с целью коррекции вазелиновое масло введено 11 (64,7%) пациенткам, в две зоны – 5 (29,4%) и в три зоны – 1 (5,9%) женщине. Всем пациенткам выполняли УЗИ, МСКТ и/или МРТ на этапах оперативного лечения.

Результаты. Олеогранулемы (гелеомы) являлись самым часто встречаемым осложнением введения вазелинового масла.

Объем введенного вазелинового масла знали только 4 из 17 больных, от 200 до 2200 мл (2200 мл – этапно 22 флакона по 100 мл. У этой пациентки вазелиновое масло из ягодичных областей вытекало через инъекционные проколы в течение суток, по-видимому, вытекло 80-90% введенного объема). 13 пациенток не знали и даже не интересовались у проводивших инъекции объемом введенного препарата.

Клинические проявления осложнений после введения масла начинались в период от 1 месяца до 4-х лет. За помощью пациентки обращались в сроки от 6 месяцев до 2-х лет после появления клинической симптоматики. Миграция вазелинового масла в соседние анатомические области наблюдались у 13 из 17 (76,5%) пациенток. Олеогранулемы локализовались только в зонах введения у 4 (23,5%) больных.

Сложности и многоэтапность хирургического лечения у больных после введения вазелинового масла в мягкие ткани связаны с большим объемом поражения тканей с нарушением их трофики в нескольких анатомических зонах, миграцией вазелинового масла в соседние области, невозможностью ликвидации очага поражения и одномоментной реконструкции. МРТ дает возможность четко определить объем поражения на всех этапах хирургического лечения, УЗИ является важной пре/интраоперационной навигацией во время хирургического лечения, а также позволяет скорректировать ведение больных в послеоперационном периоде.

При первичном обращении пациентки с мультифокальным поражением мягких тканей главной задачей является определение первичности «горячего» очага. В некоторых случаях у пациенток превалирует морально-психологический аспект – основными жалобами являются изменения в одной области, например, в молочных железах, в то время, как ведущими в хирургическом плане являются осложнения в области ягодиц или голеней. Поэтому, несмотря на основные жалобы пациентки, хирургическое лечение целесообразно начинать с наиболее «кричащей» области поражения, что и определяется по данным лучевой диагностики на каждом из этапов лечения (если он не один). В проведенном исследовании больные были оперированы в 1-8 этапов.

Лечение с хорошими и удовлетворительными результатами закончено у 6 больных (данные МРТ и визуальный эффект), предстоят вмешательства, в основном реконструктивного характера 11 пациенткам.

Заключение. Наиболее эффективными методами диагностики осложнений инъекционной коррекции мягких тканей вазелиновым маслом являются УЗИ и МРТ. Комплексное использование этих методов позволяет без лучевой нагрузки получить всю диагностическую информацию, достаточную для оценки ситуации и определении тактики лечения на его этапах.

АНАЛИЗ ПРОВЕДЕНИЯ ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЦЕНТРЕ АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ

Таштемирова О.Г.¹, Куликов В.Л.², Нигматуллин Р.Г.¹,
Бельбеев А. К.¹, Тусупбаева Ж.Е.¹

¹Павлодарский филиал НАО

«Медицинский университет Семей»,

г. Павлодар, Республика Казахстан,

²КГП на ПХВ «Павлодарская областная больница
имени Г. Султанова»,

г. Павлодар, Республика Казахстан

Актуальность. Одним из путей повышения эффективности системы здравоохранения, определенных концепцией внедрения Единой национальной системы здравоохранения в Республике Казахстан, является внедрение малозатратных технологий и развитие стационарзамещающих форм оказания медицинской помощи населению. Центры амбулаторной хирургии (ЦАХ) являются наиболее приемлемой структурой, обеспечивающей интенсификацию хирургической помощи. В настоящее время во многих зарубежных и российских клиниках лапароскопическая холецистэктомия выполняется у 30-50% больных в амбулаторных условиях и до 90% операций выполняется в стационарах кратковременного пребывания.

Цель исследования – провести сравнительный анализ проведения видеоэндоскопических операций в условиях круглосуточного стационара (КС) и ЦАХ.

Материал и методы. Материал исследования включил 138 больных, оперированных по поводу хронического калькулезного холецистита (ХКХ) методом лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) в областной больнице имени Г. Султанова. Глубина исследования четыре года.

Были выделены две группы: первая группа – 70 пациентов с хроническим калькулезным холециститом (ЖКБ ХКХ) оперированные в КС и вторая – 68 пациентов в ЦАХ.

Распределение больных обеих групп по полу, возрасту, виду патологии и объему оперативного вмешательства были сопоставимы. Использовались методы: клинический, лабораторный, статистический с вычислением средних значений выборки, стандартного отклонения.

Результаты. По данным проведенного сравнительного анализа установлено, что 68 больных, оперированных в ЦАХ по поводу ЖКБ ХКХ методом ЛХЭ, в среднем находился под контролем врача-реаниматолога 3-6 часов. Боль была минимальной, легко переносилась пациентами и легко контролировалась приемом ненаркотических анальгетиков. Послеоперационные осложнения в данной группе отсутствовали. Средние сроки госпитализации составили 2, 3 койко-дня.

Отличительной особенностью от больных, оперированных в КС, стал срок госпитализации, который составил 5,6 койко-дней. Преимуществом вмешательств в ЦАХ является, сокращение сроков между моментом установления диагноза и выполнением плановых видеоэндоскопических операций, исключение контакта с внутрибольничной инфекцией и уменьшение количества осложнений. Адекватно выбранный метод вмешательства, адекватного обезболивания, уменьшение времени самой операции, совершенствование техники и методики оперативного

вмешательства также снижает риск инфекционных осложнений.

Заключение. Таким образом, в результате сравнительного анализа установлено, что отличительной особенностью проведения ЛХЭ в ЦАХ является кратковременность пребывания – 2, 3 койко-дня, что способствует снижению риска послеоперационных внутрибольничных инфекционных осложнений. Следовательно, значительное число хирургических больных с ЖКБ ХХХ может быть санировано за счет внедрения ЛХЭ в условия ЦАХ.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Таштемирова О.Г.¹, Мусабеков А.Т.², Таштемиров К.К.², Нигматуллин Р.Г.¹, Джакова Г.Е.¹

¹Павлодарский филиал НАО

«Медицинский университет Семей»,

г. Павлодар, Республика Казахстан,

²КГП на ПХВ «Павлодарская областная больница

имени Г. Султанова»,

г. Павлодар, Республика Казахстан

Актуальность. Острый холецистит – неспецифическое воспаление желчного пузыря. В 85-95% воспаление желчного пузыря сочетается с камнями. Более чем в 60% случаев острого холецистита из желчи высеивают микробные ассоциации: чаще кишечную палочку, стрептококки, сальмонеллы, клостридии и др. В ряде случаев острый холецистит возникает при забросе панкреатических ферментов в желчный пузырь (ферментативный холецистит).

Возможно попадание инфекции в желчный пузырь при сепсисе. Коллагенозы, приводя к сужению и тромбозу пузырной артерии, могут обусловить развитие гангренозных форм острого холецистита. Наконец, примерно в 1% случаев причиной острого холецистита является опухолевое его поражение, приводящее к обструкции пузырного протока.

В подавляющем большинстве случаев для возникновения острого холецистита необходима обструкция пузырного протока или самого желчного пузыря в области гартмановского кармана. Застой желчи с быстрым развитием инфекции обуславливает типичную клиническую картину заболевания. Нарушение барьерной функции слизистой оболочки желчного пузыря может быть обусловлено некрозом в результате значительного повышения внутрипросветного давления при обструкции пузырного протока; кроме того, прямое давление камня на слизистую оболочку приводит к ишемии, некрозу и изъязвлению. Нарушение барьерной функции слизистой оболочки ведет к быстрому распространению воспаления на все слои стенки пузыря и появлению соматических болей.

Прошло более 100 лет с момента первой холецистэктомии как MacSherry С.К. (1989) оценил операцию удаления желчного пузыря как «золотой стандарт» в лечении данной патологии. Разработка методики лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ), впервые выполненной Muhe E. в 1986 г. за короткий срок завоевала широкое признание во всем мире. Однако многих хирургов беспокоит вопрос, насколько безопасна ЛХЭ при наличии острого воспаления.

Цель исследования – анализ оперативных методов лечения острого калькулезного холецистита.

Материал и методы. Материалом для исследования по-

служили больные, оперированные по поводу острого калькулезного холецистита. В течение двух месяцев проводилось рандомизированное контролируемое исследование.

Оперировано 63 больных от 25 до 88 лет (средний возраст 60 лет) с острым холециститом. В анамнезе заболевания наличие постоянных болей в правом подреберье в течение предшествующих суток и трех из пяти диагностических критериев (температура тела $>37^{\circ}\text{C}$, лейкоцитоз $>10 \times 10^9/\text{л}$, концентрация С-реактивного белка >10 мг/л, утолщение стенки желчного пузыря, отек околопузырного пространства). Критерий исключения – противопоказания к проведению анестезии, желтуха, наличие послеоперационных рубцов, острый панкреатит. До конца исследования наблюдались все больные. Всем больным проводили антибактериальную и антикоагулянтную терапию (цефуросим и метронидазол в/в, клексан п/к).

Первой группе (n=52) больным рандомизированно назначали ЛХЭ через 4 отверстия с тупым расслоением тканей и электрокоагуляцией, а второй группе (n=11) пациентов – ОХЭ с подреберным (n=3) или верхним срединным (n=8) доступом. При подозрении на наличие камней в желчных протоках в группе ОХЭ холангиографию с последующим удалением камней выполняли во время операции, а в группе ЛХЭ эндоскопическую ретроградную холангиографию с последующей папиллотомией и удалением камней проводили до операции. Критерии оценки: больничная летальность, частота послеоперационных осложнений, продолжительность пребывания в стационаре и периода временной нетрудоспособности.

Результаты. Анализ проводили исходя из допущения, что все больные получали назначенное лечение. В группе ЛХЭ предоперационная эндоскопическая ретроградная холангиография была выполнена 10 больным, из них одному – с последующей эндоскопической папиллотомией и удалением камней. В группе ОХЭ холангиографию в ходе операции выполнили 7 больным, из них у одного были удалены камни. Случаев смерти или повреждения желчных протоков ни в одной из групп не было. Послеоперационные осложнения чаще наблюдались в группе ОХЭ: 23% случаев тяжелые осложнения (перитонит, пневмония, сепсис, эмболия бедренной артерии, тяжелая раневая инфекция, послеоперационная грыжа, кишечные спайки, закупорка общего желчного протока камнем), 19% случаев составили относительно легкие осложнения (диарея, инфекция мочевыводящих путей, спутанность сознания) ($p < 0,05$), а в группе ЛХЭ всего зарегистрировано 3% случаев легких осложнений. Медиана продолжительности пребывания в стационаре после ЛХЭ составила 4 сут, а после ОХЭ – 6 сут ($p < 0,006$). После выписки из стационара освобождение от работы понадобилось 27 больным в группе ЛХЭ и 11 больным в группе ОХЭ, при этом средний период временной нетрудоспособности составил соответственно 13,9 и 30,1 сут ($p < 0,001$).

Заключение. По сравнению с открытой холецистэктомией проведение лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите сопровождается меньшей частотой послеоперационных осложнений и меньшей продолжительностью пребывания в стационаре. В обеих группах случаев смерти или повреждения желчных протоков не было.

ОЦЕНКА ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ КРОВОТОКА ШУНТОВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ С ПОМОЩЬЮ УЛЬТРАЗВУКОВОГО АППАРАТА MIRAQ CARDIAC MEDISTIM

Тулеутаев Р.М., Музаев В.Р., Нурбай Ж.Н.

АО «Научно-исследовательский институт кардиологии и внутренних болезней»,
г. Алматы, Республика Казахстан

Введение. Система MiraQ-Medistim является интраоперационной системой, использующей ультразвуковую эхографию для визуализации кровотока и способствующей успешному планированию и выполнению хирургических вмешательств.

Цель работы – оценить гемодинамические параметры кровотока по шунтам после операции аортокоронарного и маммарокоронарного шунтирования аппаратом MiraQ Cardiac Medistim.

Материал и методы. Исследования проводили в кардиохирургической операционной АО «Научно-исследовательского института кардиологии и внутренних болезней» с мая 2020 г. по июнь 2022 г. аппаратом MiraQ Cardiac–Medistim (измерения объема крови за точный переходный период и доплеровской скорости кровотока во время операции, определение нормального и аномального объема крови и доплеровской скорости, выявление и количественное определение степени стеноза в артериях с помощью доплеровского измерителя профиля скорости) у 252 пациентов после реваскуляризации миокарда. Мужчины составили 150 пациентов, женщины – 102 пациентов, средний возраст – 59 лет.

Результаты. В момент исследования учитывался размер шунта, подбирался соответствующий размер датчика (от 1,5 до 5 мм). Измерялись 2 параметра: PI (сопротивления) и скорость кровотока по шунтам в мл/мин. PI составляло в среднем 1,8 (3,5 до 0,9). Скорость кровотока была в среднем 59 мл/мин (от 23 до 178 мл/мин). В послеоперационном периоде не отмечалось ишемических изменений по данным ЭКГ и суточному холтеру ЭКГ (срок наблюдения от 1 до 60 дней), а также значимого повышения Тропанин I (фермента повреждения миокарда), среднее значение составило 186 нг/мл.

Заключение. Измерение кровотока с помощью использования аппарата MiraQ Cardiac Medistim самый быстрый и точный способ проверить проходимость трансплантата, пока пациент еще находится в операционной.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Тулеутаев Р.М., Нурбай Ж.Н.

АО «Научно-исследовательский институт кардиологии и внутренних болезней»,
г. Алматы, Республика Казахстан

Актуальность. Гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП) – это наследственное заболевание сердца, передающееся по аутосомно-доминантному типу. Природа ГКМП до настоящего времени остается не исследованной, однако существует весьма обоснованное мнение о генетической передаче заболевания. Чем раньше начата диагностика и лечение ГКМП, тем меньше

осложнений ожидается у пациентов. Постоянные генетические открытия повысили наше понимание молекулярных основ ГКМП и начали эру клинического генетического исследования. Достижения в исследованиях секвенирования следующего поколения (NGS) позволили проводить более быструю и доступную диагностику на основе генов, что позволяет дифференцировать ГКМП от фенкопий. Основной проблемой остается неполное понимание генетических вариантов в генах ГКМП, что затрудняет анализ и интерпретацию генетических данных. В нашем случае – это первый опыт анализа результатов генетического исследования, проведенный впервые в Казахстане на небольшой группе пациентов.

Цель работы – анализ результатов генетического исследования проведенный впервые в Казахстане у пациентов с ГКМП.

Материал и методы. В АО «НИИКиВБ» с 2017 по 2022 г. находится под наблюдением 70 пациентов с диагнозом ГКМП. Учитывая обструктивную форму ГКМП 40 пациентов прооперированы (операция Morrow), 30 пациентов с диагнозом ГКМП без обструктивного поражения находятся под наблюдением. Всем пациентам выполнено генетическое исследование. Диагностика проводилась в лаборатории DLE (Бразилия). Извлеченная ДНК подвергается захвату интересующих областей с последующим секвенированием нового поколения. Методика проведения: после подписания согласия и объяснения метода, заполнялись готовые формы, с указанием даты взятия материала, ФИО пациента, учреждения где проводился забор и указывался врач проводивший исследование с указанием телефона и электронной почты. У всех пациентов использовался метод “сухой” капли крови (так же можно было использовать плазму или мочу), но для удобства, быстроты и комфорта пациента решено было использовать свежую кровь, в стерильных условиях у пациента в/в способом проводили забор 1 мл крови который равномерно распределялся на готовых диагностических картах строго по трафарету, не выходя за границы (лакмусовая бумага). Следующий этап был очень важен, обязательное трехчасовое высыхание диагностической карты в темном шкафу при комнатной температуре, далее высохшие карты помещали в холодильник. Все карты и согласия на исследования помещали в специальные готовые конверты и отправляли в лабораторию DLE (Бразилия).

Результаты. В результате исследований у 56% пациентов анализ на генетические мутации положительный. 23 пациентов из 40 прооперированных имели положительный анализ на мутации. Из 30 пациентов под наблюдением у 15 так же выявлен положительный результат. Соответственно более 50% пациентов имели положительный результат по данным генетического исследования. 75% пациентов имели мономутации (по 1 из возможных 17), а 25% по 2 мутаций (по 1 часто встречаемой из мутаций в гене саркомерных белков и по 1 из редко встречающихся мутаций). В большинстве случаев, как и по данным мировой литературы выявлены мутации в тяжелой цепи миозина (MYH7 – 42%) и миозин-связывающем белке С (MYBPC3 – 17%), в остальных случаях по 4-8%. Нам удалось отследить результаты 4 семей с подтвержденным наследственным типом передачи мутации ГКМП.

Заключение. Механизм развития ГКМП до конца не ясен, в связи с этим, неотъемлемой частью является генетическая диагностика этого заболевания, поскольку она позволяет проводить полноценные скрининговые исследования для его раннего выявления.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Тулетаев Р. М., Нурбай Ж. Н.

АО «Научно-исследовательский институт кардиологии
и внутренних болезней»,
г. Алматы, Республика Казахстан

Актуальность. Гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП) – аутосомно-доминантное, генетически детерминированное заболевание миокарда с высоким риском развития жизнеугрожающих аритмий. В хирургическом лечении «золотым стандартом» в настоящее время остается миозектомия по Морроу.

Цель работы – оценить результаты хирургического лечения больных ГКМП.

Материал и методы. В АО «НИИКиВБ» с 2017 по 2022 г. выполнено хирургическое лечение трансаортальная миозектомия 40 пациентам ГКМП. Техника проведения миозектомии по Морроу: после выполнения аортотомии отводились створки аортального клапана для обеспечения визуализации гипертрофированных мышечных масс в выводном отделе, первая линия – с отступом от фиброзного кольца аортального клапана на 4–5 мм и продолжалась по направлению к верхушке на всем протяжении выступающей части гипертрофированной межжелудочковой перегородки (МЖП) (определение глубины резекции); вторая линия начиналась от эндокардиальной поверхности гипертрофированной МЖП перпендикулярно к первой линии в зоне наибольшего утолщения (определение толщины резекции). Боковыми границами трапециевидной зоны резекции являлись анатомические ориентиры: справа – середина правой коронарной створки (расположение проводящих путей), слева – свободная стенка левого желудочка. Все операции выполнялись в условиях искусственного кровообращения при гипотермии (34–35°C). Показанием к оперативному лечению являлась обструкция выводного тракта левого желудочка (ЛЖ), на что указывает градиент выводного тракта ЛЖ ≥ 50 мм рт.ст.

Возраст от 18,3 до 80,4 лет, средний – 57,3 лет. Женщины (67%), мужчины (33%). В 58% патология встречалась у казахов, в 33% у русских и в 9% у уйгуров. Большинство пациентов из г. Алматы (42%) и Алматинской области (47%).

Результаты. Показали положительный клинический и гемодинамический эффект. Основная жалоба одышка – 98%, головкружение – 72%, синкопе у 12%. Артериальная гипертензия у 88%, у 49% сопутствующая патология клапанов (митральная регургитация 2-3 ст. (21 и 49% соответственно) с SAM-синдромом (40%). 51% пац имели III ФК по NYHA. В 50% случаев пац имели синусовый ритм, у 7% в связи с риском ВСС имплантирован аппарат ИКД, аритмии встречались в 43% случаев. PG max на ВТЛЖ в покое 50 ммHg, после пробы 86,7 ммHg, поражение базальной части МЖП выявлено у 100% пац, в 60% в средней части МЖП, в меньшей 9% верхушечной части. Асимметричная форма ГКМП в 98% случаев. ДД ЛЖ – 35% случаев. Толщина МЖП – от 18 до 38 мм, толщина ЗСЛЖ – от 9 до 23 мм, размер ЛП составил от 29 до 55 мм. Средние показатели размеров полости ЛЖ и его сократительной функции не отличались от нормальных значений. Дополнительно к миозектомии в 95% выполнена пластика митрального клапана с удалением вторичных хорд передней створки митрального клапана. Трехлетняя выживаемость 100%.

Градиент давления в ВОЛЖ не увеличился, симптомы сердечной недостаточности соответствовали I классу NYHA.

Заключение. После операции Морроу отмечалось улучшение клинического состояния, изменений ЭхоКГ параметров. Летальных случаев за период наблюдения не было. Выполнение технологии расширенной миозектомии безопасно и эффективно у пац с обструктивной ГКМП. Коррекция сопутствующей кардиальной патологии не влияла на течение послеоперационного периода. Среднеотдаленные результаты свидетельствуют об улучшении функционального статуса пациентов, отсутствии рецидива обструкции. Таким образом, по результатам настоящего исследования клиническое течение и прогноз заболевания больных ГКМП представляется в целом благополучными.

ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ, КАК РЕДКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО УСТРАНЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Уваров Д. Ю., Мирманова Ж. Р., Жанарстанов Е. У.,
Абдумуталов Н. К., Баяхметов И. М.

КГП «Лисаковская городская больница»
УЗ Акимата Костанайской области,
г. Лисаковск, Республика Казахстан

Актуальность. Паховые грыжи являются одной из наиболее часто встречаемых грыжевых выпячиваний передней брюшной стенки, чаще поражающее мужскую часть населения. Лечение паховых грыж идет из древних времен, в современном мире, где развивается малоинвазивная хирургия, пациентам, не имеющим противопоказания, отдаются предпочтение пластике либо TAPP, либо TEP. При наличии ресурсов и опыта эндоскопические методы ускоряют восстановление, снижают риск хронической боли и являются экономически эффективными. Для пациентов предпочтительной является лапароскопическая герниопластика паховых грыж, поскольку обеспечивает короткий период восстановления. Эндоскопическая герниопластика может быть выполнена для всех грыж паховой области, паховых и бедренных, односторонних и двусторонних, первичных и рецидивирующих. Но не каждый хирург, в своей практике сталкивался с таким осложнением, как острая кишечная непроходимость.

Цель работы – разбор литературы, а также оценить причину возникновения острой кишечной непроходимости (ОКН) у нашего пациента, пролеченного в условиях КГП «Лисаковская городская больница» УЗ Акимата Костанайской области.

Материалы и методы. Поиск научных статей проводился по терминам «пластика грыжевых ворот при паховых грыжах», «острая кишечная непроходимость после TAPP»; «TAPP и TEP осложнения» в базах данных PubMed, Lilacs/Sci ELO, Scopus и Cochrane Library, и включено в данный обзор 30 научных статей. Дополнительно проведен разбор клинического случая.

Результаты. При изучении литературы, наиболее часто встречаемы осложнения представлены в виде сером, гематом, нагноение ран. Только в 2 – х статьях мы нашли схожее осложнение, возникшее у нас. Пациент С., 36-и лет, поступил на плановое оперативное лечение в хирургическое отделение Лисаковской городской больницы с диагнозом: «Правосторонняя

косая паховая грыжа». В день поступления произведена операция – TAPP правосторонней паховой грыжи под эндотрахеальным наркозом. Операция прошла без технических сложностей, длительность операции – 40 минут. Установлена полипропиленовый сетчатый протез 10x15 см. без фиксации, брюшина ушита интракорпоральным швом нитью полипропилен № 3. На следующий день пациент активизирован, разрешен прием пищи. На вторые сутки, с утра, после чрезмерной физической нагрузки по лестнице, пациент отмечает появление болей в животе, умеренное вздутие живота, хотя предварительно с пациентом было обговорен режим. Нами выполнено обзорная рентгенограмма органов брюшной полости, на которой имеются раздутые петли тонкого кишечника с уровнем жидкости. После предоперационной подготовки решено произвести релапароскопию (через 6 часов после появления жалоб). Интраоперационно- выявлен дефект шва брюшины, через который в предбрюшинное пространство переместилась и ущемилась петля тонкого кишечника длиной до 30 см. Снят шов брюшины, петля кишечника признана жизнеспособной возвращена в брюшную полость. Ревизия эндопротеза – последний расположен правильно, миграции нет, отмечается умеренная адгезия эндопротеза к передней брюшной стенке. Брюшина ушита интракорпоральным швом (викрил №3) частыми стежками методом туда-обратно. Для профилактики спайкообразования в брюшную полость введен мезогель 60,0 мл. Послеоперационный период протекал гладко. Пациент выписан на 6 сутки после первичного поступления.

Заключение. По данным литературы и нашему мнению, несмотря на ушивание брюшины, при резком поднятии внутрибрюшного давления произошло миграция петли кишечника в межшовный промежуток, что и вызвало явление ОКН, либо произошло прорезывание нитки, что способствовало расхождению краев брюшины. Знание о подобном осложнении, несомненно, помогут хирургам. Во многих клиниках TAPP проводится в стационарах одного дня или в дневных стационарах – необходимо информировать пациента при выписке о возможном возникновении подобных жалоб и скорейшем обращении к хирургу. Не пренебрегать частому наложению швов брюшины в пользу скорости операции. При развитии в послеоперационном периоде после TAPP клиники острой кишечной непроходимости показана ранняя релапароскопия.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПРИ РАНЕНИЯХ СЕРДЦА МИРНОГО ВРЕМЕНИ

Хаджибаев Ф.А., Мирсидиков М.А., Халилов А.С.

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

Актуальность. Ранения сердца являются одной из наиболее актуальных проблем экстренной хирургии, в связи с развитием тяжелых осложнений в виде шока, острой кровопотери с тампонадой сердца, остановки сердечной деятельности, повреждения крупных сосудов и различных соседних органов, которые часто приводят к смерти пострадавшего. Ранения сердца отмечаются у 6-19,5% пострадавших с открытой травмой грудной клетки с летальностью от 8,0 до 81,3%. Причинами высокой летальности при ранениях сердца являются трудность распознавания харак-

тера повреждения, отсутствие информативных методов определения тяжести различных осложнений, а также возможность развития осложнений в ближайшем послеоперационном периоде в виде перикардита, плеврита, ишемии миокарда, нагноения послеоперационной раны.

Цель работы – оценка эффективности современных методов диагностики при ранениях сердца.

Материал и методы. В Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи с 2001 по 2021 год на стационарном лечении находились 72 больных с ранениями сердца. Мужчин было в 8 раз больше женщин. Возраст больных был в диапазоне от 17 до 72 лет, средний возраст составил лет. У 63 пострадавших ранение локализовалось в «сердечной зоне» грудной клетки, у 9 – вне «сердечной зоны», причем у 3 имела картина абдомино-торакального ранения, когда раневой канал проходил через переднюю брюшную стенку и диафрагму.

Среди традиционных методов исследования использованы рентгенография органов грудной клетки, электрокардиография, ультразвуковое исследование плевральных полостей и перикарда. Из современных методов диагностики применены мультислайсная компьютерная томография (МСКТ) органов грудной клетки и видеоторакокопия (ВТС). Все больные были оперированы.

Результаты. Результаты лечения напрямую зависели от сроков поступления больных с момента получения травмы. 50 больных доставлены в течение 1 часа после получения ранения; среди данной группы больных летальных исходов не отмечалось. В 46 случаях имела картина проникающего ранения сердца, при этом у 23 больных имело повреждение левого желудочка, у 11 – левого предсердия, у 8 – правого желудочка, у 4 – правого предсердия. Объем кровопотери при ранениях сердца является ведущим фактором, определяющим летальность. У 42 больных объем кровопотери не превышал 500 мл, у 24 больных – был в пределах от 500 мл до 2-х литров, в 6 случаях – отмечалась кровопотеря более 2 литров.

Патогномичным признаком рентгенологического исследования является увеличение размеров сердца, которое мы наблюдали у 22 больных. В случаях, когда больные поступали с выраженной картиной геморрагического шока, оперативное лечение выполнялось без рентгенологического исследования. У 35 больных на электрокардиограмме имела картина синусовой тахикардии, в 11 случаях отмечались желудочковые экстрасистолы. Важным методом инициальной диагностики при ранениях сердца является ультразвуковое исследование перикарда и плевральных полостей. В наших исследованиях у 13 больных имела картина гемоторакса, у 10 больных картина гемоперикарда.

К сожалению, не всегда удалось визуализировать ранение сердца при использовании вышеуказанных методов диагностики. В связи с чем, при наличии подозрения на ранение сердца, при расположении раны в «сердечной зоне», а также при сомнительных случаях мы использовали такие современные методы диагностики, как МСКТ органов грудной клетки и ВТС.

Важным условием для выполнения МСКТ у больных с сомнительной картиной на повреждение сердца является стабильность гемодинамических показателей. Данный метод выполнен у 8 больных с подозрением на ранения сердца, причем результат во всех случаях был положительным, т.е. данный метод исследования был высокоэффективным.

ВТС также выполняется в сомнительных случаях при наличии

стабильной гемодинамики. В наших исследованиях у 14 больных выполнена ВТС, на которой выявлена картина синюшного цвета перикарда, сглаженность его контуров и снижение амплитуды его сокращений. Во всех подтвержденных случаях ранения сердца переходили на торакотомию с последующим ушиванием ранения сердца. Летальный исход отмечался у 14 больных. Ведущим фактором летального исхода являлся объем кровопотери и, как следствие, развитие острой сердечно-сосудистой недостаточности.

Заключение. 1. Улучшению результатов лечения больных с ранениями сердца способствуют своевременная госпитализация и выполнение оперативного лечения в максимально ранние сроки.

2. В случае наличия нестабильной гемодинамики у больного с подозрением на ранение сердца необходимо минимизировать методы инициальной диагностики, при этом «золотым стандартом» остаётся выполнение УЗИ перикарда и плевральных полостей.

3. При сомнительной картине ранения сердца и стабильности гемодинамических показателей среди методов диагностики обязательным является использование МСКТ органов грудной клетки и ВТС.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТИМОМАМИ С МИАСТЕНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Худайбергенов Ш.Н., Эшонходжаев О.Д.,

Аманов Б.Б., Очилов Ж.У.

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

Актуальность. Тимома – злокачественная опухоль вилочковой железы эпителиальной природы, характеризующаяся медленным ростом, склонностью к местному распространению. Типичная локализация метастазов – в пределах гемиторакса, по плевре, перикарду, диафрагме. Экстраторакальные метастазы встречаются редко. Тимома склонна к поздним рецидивам даже после радикального хирургического лечения

Тимома – крайне редкое злокачественное образование. Частота встречаемости, по данным канцер-регистра США, составляет 0,13 на 100 000 населения. На долю данного заболевания приходится 20–25% от всех опухолей средостения и до 50 % новообразований переднего средостения. Пик заболеваемости находится между 35 и 70 годами. Половая принадлежность не выражена, но отмечается небольшое увеличение предрасположенности в группе пожилых женщин. Пациенты, у которых заболевание сопровождается миастеническим синдромом, значительно моложе основной группы, у них средний возраст составляет 30 лет.

Цель работы – разработать оптимальную лечебную тактику у больных с тимоматами с миастеническим синдромом.

Материалы и методы. Основой для проведения данного научного исследования послужили 319 больных с тимоматами с миастеническим синдромом находившихся на стационарном обследовании и лечении в отделении хирургии легких и средостения

ГУ «РСНПМЦХ имени академика В. Вахидова» за период с 1994 по 2022 год включительно. Распределение больных по группам проводилось в зависимости от дифференцированного подхода к выбору диагностики, лечебной тактики и хирургического вмешательства. Так, группу сравнения составили 169 больных, находившихся на стационарном лечении в период с 1994 по 2009 год. Следует отметить, что в данном периоде не использовался дифференцированный подход при выборе хирургической тактики. Также в этот период в качестве операционного доступа применялась только продольная стернотомия.

В основную группу вошли 150 больных, находившихся на стационарном лечении в период с 2010 по 2022 год. В этот период подход к диагностике и лечению больных с тимоматами с миастеническим синдромом независимо от размеров опухоли и степени тяжести миастении кардинально изменился. В основной группе использовался дифференцированный подход при определении лечебной тактики, в зависимости от степени тяжести миастении, размера опухоли, выбора операционного доступа и характера вмешательства.

Из 319 больных, вошедших в данное исследование, оперативному лечению подвергнуто 269 больных, что составило 84,3% и 50 больных выписано без операции, что составило 15,7%. В группе сравнения оперировано 143 (84,6%) и выписано без операции 26 (15,3%). В основной группе оперировано 126 (84%) и выписано без операции 24 (16%) больных. Сравнимые группы достоверно не отличаются ($\chi^2=0,61$, $p=0,44$), т.е. являются репрезентативными. Распределение больных в группах в зависимости от хирургического доступа: в контрольной группе всем больным произведена продольная стернотомия – 143 (100%). В основной группе: боковая торакотомия слева – 15 (11,9%), боковая торакотомия справа – 12 (9,5%), продольная стернотомия – 30 (23,8%), мини верхняя Т-образная стернотомия – 28 (22,2%), видеоторакоскопия слева – 14 (11,1%), видеоторакоскопия справа – 27 (21,4%). Как видно доля продольных стернотомий в основной группе сократилась на 76,2%. При всей простоте исполнения и хорошего доступа к органам переднего средостения, продольная стернотомия является самым травматичным операционным доступом и как следствие ухудшает результаты хирургического лечения. С накоплением опыта, мы все реже используем данный операционный доступ применяя его только в случаях инвазии в безымянную вену. При анализе послеоперационных осложнений, нами установлено, что в группе сравнения, больные у которых осложнений не наблюдалось, составили 111 (77,6%) больных и у 32 (22,3%) имели место послеоперационные осложнения. В основной группе, количество больных выписанных без осложнений составило 95 (96%), а осложнения наблюдались у 5 (4%) больных.

Результаты. Таким образом, сравнимые группы по характеру послеоперационных осложнений достоверно отличались, т.е. в основной группе у больных послеоперационные осложнения наблюдались достоверно меньше, чем в сравнимой группе. Выбор оптимального хирургического доступа зависит от размера опухоли и наличия инвазивного роста. При опухолях размерами до 5 см и при отсутствии инвазии в окружающие органы и ткани возможно выполнение видеоторакоскопической тимэктомии. При опухолях размерами 5-10 см не-

зависимо от наличия инвазивного роста, операционный доступ осуществляется из министротомии. При опухолях размерами 10 см и более, в зависимости от право- или левостороннего роста по отношению к грудине доступ осуществляется из право- или левосторонней торакотомии, а также может выполняться продольная стернотомия. Продольная стернотомия выполняется во всех случаях, когда при обследовании диагностируется инвазия в безымянную вену. Анализ частоты и характера интраоперационных осложнений при стернотомном доступе показал, что в группе сравнения их число составило 11,8%, а в основной группе 4%. При анализе частоты развития послеоперационных осложнений установлено, в основной группе у 5 (4%) больных послеоперационные осложнения наблюдались достоверно меньше, чем в сравниваемой группе 32 (22,3%).

Заключение. Дифференцированный подход к выбору хирургического доступа, позволил снизить частоту как интра- так и послеоперационных осложнений. Предлагаемая лечебная тактика у больных с тимоматами с миастеническим синдромом, позволила улучшить результаты лечения на всех этапах периперативного периода.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СЛОЖНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ ПО МЕТОДИКЕ «SANDWICH»

Чертova А.Д., Гогия Б.Ш., Аляутдинов Р.Р.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» МЗ РФ,
г. Москва, Российская Федерация

Актуальность. Реконструкция сложных грыж передней брюшной стенки является актуальной проблемой герниологии. Эта проблема продиктована высоким процентом рецидивов и значительными техническими трудностями в выборе правильного подхода к тактике лечения таких пациентов. Несмотря на распространенность сложных грыж передней брюшной стенки в настоящий момент не существует единого мнения относительно наиболее подходящей техники протезирования для устранения грыжевого дефекта. Клинических рекомендаций по лечению данного вида грыж в настоящее время нет. В связи с чем, была произведена оценка результатов лечения больных со сложными послеоперационными вентральными грыжами по новой методике «Sandwich».

Цель исследования – оценить результаты лечения больных со сложными послеоперационными вентральными грыжами (ПОВГ) по методике «Sandwich».

Материал и методы. Проведен ретро- и проспективный анализ результатов лечения 13 больных со сложными ПОВГ (критерии Slater N.J. et al., 2013), оперированных по методике «Sandwich» (использовании двух эндопротезов в разных слоях передней брюшной стенки друг над другом) в период с 12.01.15 г. по 12.11.21 г.; женщин было 6, мужчин – 7; средний возраст – 59±11,2. Согласно критериям Slater N.J. et al. (2013) у 6 пациентов с первичными грыжами ширина грыжевых ворот составляла >10 см, у 3 из которых имела место «потеря домена» (соотношение объема грыжевого выпячивания к объему брюшной полости >20%), 6 пациентов имели рецидив грыжевого выпячивания после ранее выполненного эндопротезирования,

из них у 4 пациентов также наблюдалась «потеря домена», и у 1 пациента была выявлена боковая грыжа с шириной грыжевых ворот >10 см. Соотношение объема грыжевого выпячивания к объему брюшной полости у пациентов с «потерей домена» составляло от 20 до 67%. Ширина грыжевых ворот варьировала от 8 до 20 см. Клинически значимая соматическая патология: алиментарное ожирение – 8 (61,5%); сахарный диабет II типа – 4 (30,7%); ХОБЛ – 1 (7,7%); артериальная гипертония 10 (76,9%); онкология 5 (38,4%) больных. Многократное оперирование в одной области в анамнезе отмечалось у 9 (69,2%) пациентов. Длительность грыженосительства варьировала от года до 22 лет, в среднем 3,9±5,8 лет. Местные осложнения на момент поступления наблюдались у 2 (15,4%) больных, из них гнойные свищи передней брюшной стенки у 1 (7,7%) пациента, и трофическая язва у 1 (7,7%) пациента. Все больные были оперированы под эндотрахеальным наркозом. Общая продолжительность операции составляла от 115 до 645 мин. Выбор варианта пластики по методике «Sandwich» определялся индивидуально. Были использованы следующие варианты: IPOM+onlay (7 (53,8%) пациентов), Sublay+onlay (5 (38,4%) пациентов) и IPOM+sublay (1 (7,7%) пациент). В качестве пластического материала были использованы разные полипропиленовые эндопротезы (Prolene, BardMesh, BardSoftMesh), комбинированные эндопротезы (Ultrapro) и композитные эндопротезы (Proceed, PhysioMesh, Ventralight ST, Parietene composit). У 2 (15,3%) пациентов дополнительно была выполнена холецистэктомия. В отделении реанимации и интенсивной терапии первые сутки после оперативного вмешательства провели все пациенты. В связи с развитием общих осложнений 2 (15,3%) пациента провели в ОРИТ до 2 и 3 суток соответственно.

Результаты. Местные осложнения в раннем послеоперационном периоде отмечены у 8 (61,5%) больных: серома – 7 (53,8%), гематома послеоперационной раны – 1 (7,7%). В послеоперационном периоде 4 (30,7%) пациентам потребовалась чрескожная аспирация сером под УЗ-контролем. В результате все серомы разрешились в течении 1 месяца. Общие осложнения в раннем послеоперационном периоде наблюдали у 2 (15,3%) больных, которые нуждались в проведении интенсивной терапии. Летальных случаев зафиксировано не было. Длительность пребывания больных в стационаре после операции в среднем 15±5,1 дней. Сроки наблюдения за больными составили от 6 месяцев до 2 лет. У 1 (7,7%) пациента через 2 года образовался лигатурный свищ. Из числа оперированных рецидива ПОВГ зафиксировано не было. У методики «Sandwich» есть множество модификаций и общей их особенностью является то, что они используются при больших и гигантских послеоперационных грыжах, где классические методы открытой пластики, такие как метод Sublay, метод открытого IPOM и метод разделения компонентов являются недостаточными. Частота рецидивов в опубликованных исследованиях составляет от 0 до 13,3%. Методика «Sandwich», рассмотренная в данном наблюдении, заключается в использовании двух эндопротезов в разных слоях передней брюшной стенки друг над другом, обеспечивая двойное укрепление передней брюшной стенки при сложных послеоперационных вентральными грыжах.

Заключение. Методика «Sandwich» является ценным методом для пластики грыжевых ворот у больных со сложными ПОВГ. Предлагаем эту методику в качестве альтернативы к использованию у этой сложной категории больных.

ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ МЕТАСТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С КАРОТИДНЫМИ ПАРААНГЛИОМАМИ

Чупин А.В., Вердиханов Н.И., Сапелкин С.В.
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский
центр хирургии имени А.В. Вишневского» МЗ РФ,
г. Москва, Российская Федерация

Актуальность. Каротидная параанглиома – это нейроэндокринная опухоль, развивающаяся из параанглиолярных клеток каротидного тельца с распространенностью 1:30 000 – 1:100 000. До недавнего времени параанглиомы головы и шеи воспринимались хирургическим сообществом как исключительно доброкачественные новообразования. Метастазирование наблюдалось в 5-10% от всех случаев и преимущественно связано с семейным этиопатогенетическим вариантом заболевания и наследственными нарушениями. Neumann et al. и Massimo Mannelli et al. обнаружили, что около 24% от всех случаев спорадических феохромоцитом/параанглиом с отрицательным семейным анамнезом являются следствием генетических мутаций. В связи с этим Международное Агентство по изучению рака с 2017 г. больше не разделяет параанглиомы на доброкачественные и злокачественные. Напротив, все экстра-адреналовые параанглиомы рассматриваются как злокачественные опухоли с переменным потенциалом метастазирования. Вместе с тем метастатическое течение заболевания имеет крайне неблагоприятный прогноз. 5-летняя выживаемость при развитии отдаленных метастазов составляет 11,8%. 5-летняя выживаемость при развитии регионарных метастазов составляет 76,8-82,4%. К настоящему времени не существуют надежные предикторы, позволяющие прогнозировать биологическое поведение параанглиом, их метастатический потенциал и рецидивирование. Абсолютное большинство научных работ представляют собой сообщения о клиническом наблюдении. Zhang et al. и Guangchao Gu et al. предполагают, что кардинальными предикторами метастазирования являются молодой возраст пациента, периоперационные нейроваскулярные осложнения, III тип опухоли по Shamblyn W.R. и наличие пре-операционных симптомов.

Цель исследования – определить на основании серии клинических наблюдений прогностические факторы, влияющие на развитие метастатической болезни у пациентов с каротидными параанглиомами.

Материал и методы. Проанализированы данные обследования, лечения и динамического наблюдения 4 пациентов с параанглиомой шеи (2 мужчин и 2 женщины, в порядке возрастания возраст в годах пациентов: 19, 22, 33, 48 лет). Все пациенты были хирургически пролечены. Срок послеоперационного наблюдения более 5 лет.

Результаты. Семейный анамнез был отрицательный в отношении данного заболевания у всех пациентов.

По классификации Shamblyn W.R. все опухоли были III типа. У 3 из четырех пациентов было унilaterальное поражение. Только у 1 пациента была множественная параанглиома шеи. У этого пациента через 7 лет после хирургического удаления каротидной параанглиомы развился рецидив опухоли.

В порядке возрастания объем опухоли всех 4 пациентов: 24,5 см³, 44,2 см³, 70,7 см³, 73,2 см³.

Только у одной пациентки (48 лет, 24,5 см³) были обнаружены метастазы в регионарные шейные лимфоузлы. У одной пациентки (19 лет, 70,7 см³) развились метастазы в кости, легкие и печень. У одного пациента (22 лет, 73,2 см³) отдаленные метастазы в кости и легкие были обнаружены при МСКТ всего тела.

Заключение. Большой объем опухоли, молодой возраст манифестации заболевания (возраст <40 лет), III тип опухоли по Shamblyn являются факторами риска развития метастатической болезни у пациентов с каротидными параанглиомами.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Шабунин А.В.^{1,2}, Багателья З.А.^{1,2},
Бедин В.В.^{1,2}, Гугнин А.В.¹

¹ГБУЗ «Городская клиническая больница имени С.П. Боткина»,
г. Москва, Российская Федерация,

²ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия
непрерывного профессионального образования» МЗ РФ,
г. Москва, Российская Федерация

Актуальность. На сегодняшний день одним из актуальных направлений оптимизации Здравоохранения является расширение перечня плановых оперативных вмешательств, выполняемых в условиях круглосуточного многопрофильного стационара. Пациенты с грыжами передней брюшной стенки составляют до 30% от общего числа больных хирургических стационаров, из них 75-80% приходится на долю больных с паховыми грыжами, применение эндовидеохирургических методов лечения у которых признано наиболее оптимальным и представляет собой важное направление для внедрения в практику. В связи с этим, проведен сравнительный анализ различных видов хирургического лечения грыж передней брюшной стенки в ГКБ имени С.П. Боткина за 2020-2021 гг.

Цели работы – оценка эндовидеохирургического лечения пациентов, перенесших TAPP- и eTEP-герниопластику передней брюшной стенки при паховых грыжах в условиях многопрофильного круглосуточного стационара.

Материал и методы. В период с января 2020 г. по декабрь 2021 г. в плановых хирургических отделениях ГКБ имени С.П. Боткина выполнено 737 оперативных вмешательств. Из них открытым способом выполнено 229 (31,1%) операций (группа I), с применением эндовидеохирургических технологий – 508 (68,9%) (группа II). В группе I больным с первичными грыжами и рецидивными паховыми грыжами применено грыжесечение по Лихтенштейну. В группе II больным выполнялась эндовидеохирургическая eTEP-, TAPP-герниопластика. Эндовидеохирургические вмешательства выполнялись под общей анестезией в сочетании с интерфасциальными блокадами, традиционные – под спинально-эпидуральной или общей.

Результаты. В группе I у 4 (1,7%) больных из 229 в послеоперационном периоде были зарегистрированы осложнения (гематома мягких тканей). Во II группе (508) осложнения выявлены в 2 (0,4%) случаях (гематома мягких тканей). Летальный исход произошел в одном случае (в первой группе). Смерть больного с паховой грыжей наступила после открытой герниопластики по Лихтенштейну на 3 сутки после операции в результате развития

острой сердечно-сосудистой недостаточности. В 2-х случаях потребовалось применение пункционно-дренирующих методов под УЗИ-навигацией. В отдаленном периоде наблюдения рецидив возникновения грыжи в группе I установлен у 3 (1,3%) больных, в группе II – 2 (0,4%). Средняя продолжительность госпитализации в I группе составила 3,4 койко-дня, во II группе – 2,2 койко-дня.

Заключение. Проанализировав полученные результаты в исследуемых группах, отмечены более высокие показатели эффективности лечения во II группе, которые удалось достигнуть за счет применения эндовидеохирургических методик. Это отразилось в снижении показателей процента послеоперационных осложнений – 0,4%, послеоперационной летальности – 0%, а также позволило значительно сократить среднюю длительности госпитализации до 2,2 койко-дней. В этой связи рассматривается более широкое внедрение лапароскопических и мининвазивных технологий в лечении грыж передней брюшной стенки, позволяющих более быструю реабилитацию со снижением процента послеоперационных осложнений, и в связи с этим, более раннюю выписку больных. Для улучшения работы хирургической клиники, как в плановой, так и экстренной хирургии необходимо, в первую очередь, повышать профессиональный уровень каждого врача и медицинской сестры.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЭКСТРЕННОЙ КОЛОНОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Шабунин А.В.^{1,2}, Багателья З.А.^{1,2}, Бедин В.В.^{1,2},
Коржева И.Ю.^{1,2}, Галаева Е.В.^{1,2},
Чернов М.В.¹, Грачёв А.А.¹

¹ГБУЗ «Городская клиническая больница имени С.П. Боткина»,
г. Москва, Российская Федерация,
²ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия
непрерывного профессионального образования» МЗ РФ,
г. Москва, Российская Федерация

Введение. Острая толстокишечная непроходимость относится к числу наиболее тяжелых состояний в экстренной хирургии из-за высокого (по мнению разных авторов от 23 до 52%) уровня летальности.

Цель исследования – оценить эффективность ургентной видеоколоноскопии в диагностике и лечении острой толстокишечной непроходимости.

Материал и методы. В 2021 году в эндоскопическом центре Боткинской больницы было выполнено 215 ургентных колоноскопий пациентам, поступившим в стационар с диагнозом острая толстокишечная непроходимость. Мужчин было 144 (67%), женщин – 71 (33%) в возрасте от 43 до 96 лет.

Всем пациентам проводилось комплексное обследование, направленное на оценку состояния больного, установления причин непроходимости и выбора тактики лечения. Обследование включало лабораторные исследования, УЗИ брюшной полости, МСКТ и колоноскопию. Параллельно с обследованием, независимо от степени выраженности и причины кишечной непро-

ходимости, проводилась комплексная консервативная терапия, включающая внутривенную коррекцию электролитных и белковых нарушений, декомпрессию верхних отделов ЖКТ (назогастральная интубация), очистительные клизмы.

В настоящее время альтернативным методом «ликвидации» толстокишечной непроходимости являются эндоскопические методы: стентирование при опухолевых стенозах, деторсия, бужирование или баллонная дилатация при рубцовых стенозах, извлечение инородных тел, обтурирующих просвет толстой кишки, установка декомпрессионной системы.

Ургентная колоноскопия в ГКБ имени С.П. Боткина ДЗМ выполнялась в течении 12 часов от момента поступления больного в стационар. Причиной толстокишечной непроходимости у 78 /215 (36%) пациентов явился колоректальный рак. Удалось установить колоректальные стенты и разрешить кишечную непроходимость 56/78 (72%) пациентам. У 16/78 (20,5%) больных показаний к стентированию не было. Отсутствовали технические возможности установки стента у 6/78 (7,5%) пациентов.

Острая толстокишечная непроходимость (ОТКН) у 44/215 (20,5%) человек развилась вследствие спаечного процесса в брюшной полости. Эти больные были оперированы, однако частичная декомпрессия при выполнении колоноскопии, явилась хорошей предоперационной подготовкой. У 30/215 больных (14%) причиной ОТКН стал заворот петель сигмовидной кишки, 20 из них (67%) удалось во время колоноскопии выполнить деторсию. Пассаж по толстой кишке был восстановлен полностью.

Рубцовое сужение толстокишечного анастомоза при ургентной колоноскопии было выявлено у 12/215 (6%) пациентов. При дистальном рубцовом стенозе выполняли бужирование 7 пациентов, при проксимальном – баллонную дилатацию 5 пациентов. Пассаж кишечного содержимого был восстановлен у всех больных этой группы.

Оставшимся 51/215 (24%) пациенту при колоноскопии не удалось разрешить ОТКН, причинами которой стали: сдавление просвета толстой кишки за счет прорастания опухоли внекишечной локализации – 38/51 (74%), гигантские вентральные грыжи – 7/51 (14%), декомпенсированные стенозы просвета ТК на фоне воспалительно-дегенеративных поражений – 6/51 (12%) больных.

Заключение. Возможности проведения в многопрофильной клинике ургентной колоноскопии позволяет проводить хирургическое лечение сложной категории пациентов с ОТКН современными мини-инвазивными эндоскопическими методами, что значительно влияет на выживаемость больных в раннем п/о периоде и дает возможность подготовить пациента к последующим этапам лечения.

НУЖНО ЛИ ОПЕРИРОВАТЬ ИЗВИТОСТЬ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ?

Шпилянский Э.М.¹, Коньсов М.Н.², Сухарева Т.В.¹,
Морозов К.М.³, Мадешов Е.К.²

¹ГКБ №1 г. Королев, Московская область, РФ,
²КГП на ПХВ «Атырауский областной кардиологический центр»,
г. Атырау, Республика Казахстан,
³Клиника ММС, г. Москва, Российская Федерация

Актуальность. Одной из причин, приводящих к нарушениям мозгового кровообращения, являются патологические де-

формации (извитости) хода внутренней сонной артерии (ВСА), являющиеся следствием атеросклероза или дисплазии соединительной ткани.

Цель исследования – изучение эволюции извитости ВСА и динамики клинических проявлений у больных с различной этиологией извитости ВСА.

Материал и методы. Всего в исследование включили 75 больных обоего пола. Все больные были разделены на три группы: группа 1 – больные в возрасте до 50; группа 2 – больные в возрасте от 50 до 60; группа 3 – больные в возрасте старше 60 лет. В первой группе больных, перенесших ОНМК, не было, в группе 12 больных перенесли ОНМК, в группе 21 больных перенесли ОНМК. Наибольшее количество больных имели дисциркуляторную энцефалопатию (ДЭП) 2 стадии и относились ко второй и третьей группам. В группе 8,3% больных имели субкомпенсированную ДЭП, в группе 10,5% больных имели субкомпенсированную ДЭП.

Результаты. Перфузию головного мозга при стандартизированной укладке. CBF (мл/100 мл/мин) – скорость прохождения определенного объема крови через заданный объем ткани мозга за единицу времени. CBF измеряется в миллилитрах крови на 100 г мозгового вещества в минуту. CBV (мл/100 мл) – это понятие включает кровь как в капиллярах, так и в более крупных сосудах – артериях, артериолах, венах и венах. Рассчитывается: $CBV = CBF \times MTT$. MTT (с) – среднее время, за которое кровь проходит по сосудистому руслу выбранного участка мозговой ткани.

Динамика скорости по ВСА и ПА у больных с исходным гемодинамически значимым поражением одной и/или обеих ВСА (в динамике учитывали только изменения скоростей по неоперированной артерии): ВСА (в см/с): исход – $180 \pm 25,7$, мес – 210 ± 30 , более 12 мес – 161 ± 23 ; ПА (в см/с): исход – $56,7 \pm 9,5$, мес – $56 \pm 9,3$, более 12 мес – 42 ± 7 .

Мы отметили, что если в сравнительно молодом возрасте преимущественно проявляются вестибулопатические и астеновегетативные расстройства, то с возрастом появляются серьезные неврологические нарушения, вплоть до развития когнитивных нарушений. Изучена динамика скорости по ВСА и ПА у больных с исходным гемодинамически значимым поражением одной и/или обеих ВСА (в динамике учитывали только изменения скоростей по неоперированной артерии), также как и динамика скорости по ВСА и ПА у больных с исходным гемодинамически незначимым поражением обеих ВСА. Изменения степени стеноза ВСА у больных с исходным гемодинамически незначимым поражением обеих ВСА. Скоростные характеристики кровотока в динамике и степень стеноза показали прирост по ВСА при этом скорости по ПА практически не изменялись. Одновременно изменялась конфигурация извитости, в сторону образования более острых углов. Состояние системы гемостаза изучали в каждой группе соответственно. Изучали систему гемостаза в различных группах по данным стандартной коагулограммы при этом достоверных различий и отклонений не выявили.

Заключение. Учитывая все вышесказанное можно сделать вывод о том, что извитости ВСА не приводят к ОНМК, сопровождающееся грубым неврологическим дефицитом, однако приводят к ДЭП. Изменение неврологического дефицита происходит одновременно с изменением конфигурации извитости.

Подобная концепция позволяет пересмотреть тактику лечения больных с извитостями ветвей дуги аорты, с точки зрения прогнозирования естественного течения заболевания и профилактики развития тяжелых мозговых осложнений, в пользу активной хирургической тактики в максимально ранние сроки.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ ПЕРИТОНИТЕ

Эгамов Ю.С.

Андижанский государственный медицинский институт,
г. Андижан, Республика Узбекистан

Актуальность. В начале заболевания основную роль играет первичный источник интоксикации, который часто возникает вследствие деструктивного заболевания органов брюшной полости.

Однако, несмотря на своевременную ликвидацию первичного источника инфекции, у большинства больных продолжается ухудшение состояния и нарастание степени интоксикации организма. Вторичным источником интоксикации является инфицирование лимфатических узлов брюшной полости и забрюшинного пространства. При этом в лимфатических узлах образуются микроабсцессы, что в последующем ведет к вторичному очагу инфицирования и усилению интоксикации организма.

Третьим источником интоксикации острого разлитого перитонита (ОРП) является нарушение функции желудочно-кишечного тракта в послеоперационном периоде, в котором, вследствие интоксикации организма, отмечается динамическая кишечная непроходимость. При продолжительной динамической кишечной непроходимости в просвете желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) скапливается множество токсических веществ, которые в последующем усиливают степень интоксикации организма и обуславливают неудовлетворительный результат лечения заболевания.

Цель исследования – улучшение результатов лечения больных острым разлитым перитонитом путем уменьшения развития синдрома эндогенной интоксикации и оценка эффективности лимфатической терапии в комплексном лечении в послеоперационном периоде.

Материал и методы. В клинике АГМИ за период последних 10 лет проведено обследование и лечение 185 больных с распространенным перитонитом. Для сравнительной оценки результатов проводимой лечения больные были разделены на две идентичные группы.

В соответствии с поставленной целью исследования все больные с ОРП были распределены на 2 исследуемые группы: первую (контрольную) группу составили 91 (49,2%) больной, получавших общепринятое или стандартное комплексное лечение; вторую (основную) группу составили 94 (50,8%) пациента, которым произведено стандартное лечение с дополнением лечебных мероприятий по разработанной нами методике.

В обеих группах основная операция производила устранение источника перитонита, интубацию кишечника, санацию брюшной полости, дренирование.

Общепринятое стандартное лечение в I (контрольной) группе больных с ОРП складывалось из выполнения целого

комплекса лечебных мероприятий направленных на: коррекцию нарушений гомеостаза (предоперационная подготовка), раннюю ликвидацию источника перитонита (оперативное вмешательство), а также послеоперационного ведения больных, состоящего из проведения интенсивной детоксикационной, эндомезентериальной антибактериальной терапии и коррекции нарушений функции лимфатической системы органов брюшной полости.

В общей группе пациентов мужчин было 122 (65,9%), женщин – 63 (34,1%). Среди них лица пожилого и старческого возраста составили – 15,1% (28 пациентов).

Проведенный анализ клинического материала показал четкую зависимость между тяжестью состояния больных и сроком, прошедшим от начала заболевания.

По своему характеру выполненные оперативные вмешательства в большинстве случаев были радикальными: аппендэктомия – 39 (21,1%), ушивание дефектов кишечника – 20 (10,8%), резекция кишечника с наложением энтеро-энтероанастомоза – 17 (9,2%), холецистэктомия – 9 (4,9%). Из паллиативных вмешательств основными являлись ушивание прободных гастродуоденальных язв – 37 (20,0%), секвестрэктомия с дренированием сальниковой сумки и брюшной полости – 11 (5,9%).

Оперативное вмешательство включало: устранение источника перитонита, туалет и санацию брюшной полости с проведением лаважа антисептическими растворами (фурациллин, риванол) до «чистых» вод и новокаинизации корня брыжейки тонкого кишечника. Для декомпрессии ЖКТ использовали на-

зогастральную интубацию желудочным зондом, у больных с терминальной стадией ОРП накладывали один из видов разгрузочной стомы и дренирование брюшной полости.

Результаты. В основной группе в отличие от лечения контрольной группы больных, стандартное лечение было дополнено комплексом патогенетически обоснованных лечебных мероприятий на основании разработанного алгоритма, направленных на профилактику и лечение синдрома эндогенной интоксикации. Последняя, предусматривала проведение во время операции и в раннем послеоперационном периоде активной декомпрессии кишечника, и селективной деконтаминации желудочно-кишечного тракта, а также лимфотропную терапию через катетер, установленный во время операции в брыжейку тонкого кишечника.

Закключение. Таким образом, лимфотропная терапия способствовала снижению интерстициального отека и концентрации токсинов в межклеточном пространстве, блокаде потока токсинов, токсических метаболитов, бактерий и продуктов их распада, поступающих лимфогенным путем в общий кровоток, повышению дренажной функции лимфатических капилляров и нормализации лимфоциркуляции на уровне органов брюшной полости.

В целом, полученные результаты наглядно отображали эффективность предложенных патогенетически обоснованных мероприятий, позволивших улучшить качество оказываемой помощи и соответственно результаты лечения такой тяжелой патологии как ОРП путем снижения частоты гнойно-септических и кишечных осложнений с 26,4 до 12,7% и летальности с 14,6 до 7,5%.

VI. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ И ПЕЧЕНИ

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧЕК НУЖДАЮЩИХСЯ В ТРАНСПЛАНТАЦИИ

Абдуллозода Д.А., Пиров Б.С.,
Самадов А.Х., Изатшоев А.А.

Кафедра хирургических дисциплин №1 Хатлонского государственного медицинского университета, Отделение трансплантации органов и тканей человека Республиканской клинической больницы района Дангары, Хирургическое отделение Городской клинической больницы г. Худжанда, Согдийская областная клиническая больница, Республика Таджикистан

Цель исследования – проанализировать распространение пациентов с ХБП в регионах Таджикистана, которые нуждались в пересадке почек в РКБ района Дангары.

Материал и методы. Проводился ретроспективный анализ 100 историй болезни пациентов с хронической болезнью почек, оперированных пациентов с декабря 2015 г. по декабрь 2021 г. в региональном отделении трансплантации органов и тканей человека РКБ района Дангары, хирургическом отделении городской клинической больницы г. Худжанда и урологического отделения Согдийской областной клинической больницы. Среди реципиентов было 66 (66%) мужчин и 34 (34%) женщины в возрасте от 10 до 64 лет.

Результаты. Из всех 100 оперированных пациентов распределение по регионам страны было разным. Больше всего пациенты составили из Согдийской области, а меньше всего – из города Душанбе, что мы связываем с наличием в столице страны единственного национального центра трансплантации органов и тканей человека.

Большинство пациентов, которым проведена трансплантация почки, жители Согдийской области (57%), 22% – Хатлонской области, из-за границы – 12%, 10% – регионы республиканского подчинения, 4% – г. Душанбе.

Возраст пациентов варьировал от 20 до 69 лет. Больше всего пациентов болело от 20 до 29 лет – 34%, меньше всего от 60 до 69 лет – 2%. Большинство (84%) пациентов были трудоспособного возраста.

Причины заболевания были различными, но из-за отсутствия «золотого стандарта» диагностики, биопсии, большинству пациентов диагноз ставился не на основании биопсии, а на основании клинических данных: хронический гломерулонефрит – 82%, сахарный диабет – 14%, системная красная волчанка – 2%, поликистоз почек – 2%.

Заключение. Таким образом, в 82% диагноз поставлен на основании клинических данных, больше всего 68% пациентов были мужского пола. У 34% пациентов возраст составил от 20 до 29 лет. 84% пациентов были людьми трудоспособного воз-

раста. Больше всего в республиканской клинической больнице прооперированно пациентов из Согдийской области – 57%, меньше всего (2%) – из г. Душанбе.

В связи с этим необходимо улучшить работу нефрологической службы в Согдийской области, как в пред- так и в пост-трансплантационном периоде, а при необходимости создать отделение для пересадки органов в данном регионе.

РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ

Айнакулов А.Д., Мустафинов Д.А., Куттумуратов Г.М.,
Дженалаев Д.Б., Рахимжанова С.С., Исаков С.Е.,
Манайбекова Ж.А., Мустафинова Г.Т.,
Иманбердиев Ж.Ж., Абдимажитов Б.Х.,
Жарасов Д.А., Тасжуреков А.О., Тобыл А.С.

Национальный научный центр материнства и детства КФ «УМС», г. Нур-Султан, Республика Казахстан

Введение. Терминальная хроническая почечная недостаточность (ТХПН) у детей является завершающей стадией хронической болезни почек (ХБП). При естественном течении, которой исход летальный. Общеизвестно, что лучшим вариантом заместительной почечной терапии (ЗПТ) является почечная трансплантация у детей с ТХПН, которым проведена трансплантация почки уровень летальности существенно ниже. В ННЦМД реализация комплексной программы трансплантации почек у детей с ТХПН начата 2012 г.

Цель работы – проанализировать клинический опыт трансплантации почки у 101 ребенка с ТХПН, проведенных с начала реализации комплексной программы трансплантации почки у детей в Национальном научном центре материнства и детства КФ «УМС».

Материал и методы. Трансплантация почки всего выполнена у 101 ребенка в возрасте от 3 до 18 лет в период с 2012 по май 2021 годами, среди них 45 (44,5%) девочек, 56 (55,5%) мальчиков.

Средний возраст детей составил 10,2 лет. Основными заболеваниями почек, вызвавшими ТХПН, были врожденные аномалии почек и мочевыводящих путей 43 (42,6%), гломерулярные заболевания 36 (35,6%) и кистозные заболевания почек 22 (21,8%).

70 (69,3%) пациентам произведена пересадка почки от живого родственного донора забор производился лапароскопическим путем, а 31 (30,7%) трансплантировали почки от умершего донора. 54 (53,5%) детей ЗПТ начинали с перитонеального диализа (ПД) у 27 (26,8%) с гемодиализа (ГД), а 20 (19,7%) провели трансплантацию без предварительного диализа. Детям с массой тела 10-15 кг трансплантация донорской почки осуществлена через срединный лапаротомный доступ, донорская почка укладывалась в правую подвздошную ямку брюшной полости. Сосудистый анастомоз был сформирован

между почечной артерией и аортой, венами и нижней полой веной соответственно. При массе тела ребенка свыше 15 кг внебрюшинным клюшкообразным доступом формировали ложе в подвздошной ямке для донорской почки. Сосудистый анастомоз формировали «конец в бок» с общими подвздошными сосудами.

Результаты. У детей с ТХПН, которым проведена трансплантация почки летальность существенно ниже, качество жизни значительно выше чем у детей получающих ГД или ПД. Реализация комплексной программы трансплантации почек у детей с ХПН начата в 2012. 1-летняя выживаемость реципиентов / трансплантатов 95,7%/92,7%, 3-летняя выживаемость реципиентов/трансплантатов 93,0%/90%, 5-летняя выживаемость реципиентов/трансплантатов 88,6%/84,5%. Потеря трансплантата – 11 (10,8%), причины: отторжение – 6, отказ приема препаратов – 3, тромбоз сосудов – 1, хроническая нефропатия -1. Летальность составила 6 (5,9%), причины: кардиоваскулярные болезни – 3, инфекции – 1, отек легких – 1, непроходимость кишечника – 1.

Заключение. Трансплантация почки у детей является наиболее эффективным методом лечения с ТХПН. Оценивая опыт 101 трансплантации почек считаем, что усилия, которые были предприняты для реализации этой программы, были успешными. Вместе с тем, существует ряд вопросов, требующих дальнейшего разрешения – это увеличение удельного веса трансплантаций трупной донорской почки и законодательно четкого обоснования системы посмертного донорства для детей с ТХПН, нуждающихся в трансплантации почек.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ ОТ ЖИВОГО ДОНОРА

Акбаров М.М., Исмаилов С.И., Ибадов Р.А.,
Джанбеков Т.А., Нишанов М.Ш., Миролимов М.М.,
Усманов А.А., Примов З.М.

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

Цель исследования – анализ ближайших результатов хирургического лечения пациентов в декомпенсированной стадии печеночной недостаточности после родственной трансплантации печени от живого донора.

Материал и методы. Работа основана на анализе ближайших результатов лечения у 22 больных в декомпенсированной стадии печеночной недостаточности которым произведена родственная трансплантация печени от живого донора в период с 2018 по 2022 г. Возраст реципиентов варировал от 19 до 56 лет. В среднем $38 \pm 4,5$. В основном больные оперировались с диагнозом: Цирроз печени вирусной этиологии (HBV/HDV/HCV) в стадиях де- и субкомпенсации (Класс В-С по Child Pugh, MELD от 10 до 16) Портальная гипертензия. С различной степенью варикозно расширенных вен пищевода и желудка, высокой угрозой развития или состоявшимися кровотечениями в анамнезе.

Результаты. У всех доноров был произведен забор правой доли печени. Масса пересаженной правой доли варьировала от 600 до 900 гр. GWRW индекс – от 0,9 до 1,4. У доноров сохранялось левая доля в объеме не менее 35% общей массы печени.

После забора трансплантата учитывая анатомические особенности сосудов и билиарных протоков на “Back table”: в трёх случаях выполнена дополнительная реконструкция сегментарных печеночных вен (диаметром не менее 6-8 мм) протезом «Гортекс», в одном случае соединение правой печеночной вены и дополнительной сегментарной вены. В трех случаях установлено наличие трех билиарных протоков, диастаз между которыми составил 2-3 мм, в связи с чем выполнено соединение протоков между собой.

При реконструкции печеночно-кавальных анастомозов у четырнадцати пациентов наложены моновенные печеночно-кавальные анастомозы. В трех случаях печеночно-кавальные анастомозы наложены после реконструкции печеночных вен с применением PTFE-графта.

У всех пациентов наложены стандартные порто-портальные термино-терминальные анастомозы. Артериальная реконструкция выполнена с наложением прямых анастомозов с собственной печеночной артерией в 15 случаях, при этом в одном случае со спленэктомией, в шести случаях с редукцией кровотока по селезеночной артерии путем лигирования (для предотвращения синдрома «обкрадывания»). В 1 была использована инверсированная селезеночная артерия.

В 11 случаях билиарная реконструкция выполнена с наложением билидегистивных анастомозов, у 11 пациентов выполнено наложение билио-билиарных анастомозов.

В ближайшем послеоперационном периоде у 3-х реципиентов осложнения наблюдались в области артериального бассейна анастомозированной печеночной артерии. В 2 случаях при наложении артериального анастомоза в связи с несоответствием диаметров артерий реципиента и донора на 1-2 сутки после операции отмечалось резкое снижение скорости артериального кровотока. Произведена селективная ангиография печеночной артерии с баллонной дилатацией области анастомоза. Скорость кровотока восстановлена.

У 6 реципиентов в отдаленном периоде наблюдались следующие осложнения: в 2 случаях после билио-билиарной реконструкции стриктура на уровне билио-билиарного анастомоза разрешена эндоскопическим стентированием, у 1 с бигепатикоанастомозом стриктура сформировалась только на одном из анастомозов при полной проходимости второго анастомоза. С техническими трудностями было выполнено эндоскопическое стентирование, у 2 отмечалось длительное желчеистечение с образованием наружного желчного свища которые самостоятельно закрылись в сроки от 4 до 6 мес.

После неоднократных попыток стентирования сформировавшейся стриктуры у одного больного через год после трансплантации выполнено повторное вмешательство с билиарной реконструкцией – наложен гепатиконэнтероанастомоз.

Заключение. Представленные в сообщении результаты первых родственных трансплантаций правой доли печени позволяют с оптимизмом смотреть на дальнейшее развитие этого направления в Узбекистане.

СОЦИАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ ПО ПОПУЛЯРИЗАЦИИ ОРГАННОГО ДОНОРСТВА В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Анисимов А.А., Ибрагимов Р.А.,
Кузнецов М.В., Анисимов А.Ю.
ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский)
Федеральный университет»,
г. Казань, Российская Федерация

Актуальность. В 2020 году в Татарстане с числом населения 3,9 млн человек были выполнены 64 (в Российской Федерации с числом населения 146,8 млн человек – 1960) трансплантации органов или 16,4 (13,4) на 1 млн населения. Уровень донорской активности составил 6,9 (3,9) на 1 млн населения. Пересадок почек было выполнено 40 (1124) или 6,9 (7,7) на 1 млн; печени – 20 (559) или 5,1 (3,8) на 1 млн; сердца – 4 (251) или 1,0 (1,7) на 1 млн. Однако потребность в трансплантации органов, по – прежнему, превышает число выполняемых операций. При этом дефицит донорских органов, по нашему мнению, носит искусственный характер.

Цель работы – на основании изучения опыта организации системы донорства и трансплантации органов в штате Небраска Соединенных Штатов Америки разработать доступный формат взаимодействия с населением по стратегическому стимулированию потенциала органного донорства в Республике Татарстан.

Материал и методы. Изучен опыт международной стажировки по программе «Организация трансплантологической помощи и органного донорства» на базе Медицинского центра Университета Небраски (США).

Результаты. Проведенный анализ американской системы донорства и трансплантации органов с эффективным взаимодействием государственного, коммерческого и некоммерческого секторов, независимых от Национальной системы здравоохранения, позволил в 2020 году организовать первый в Республике Татарстан социальный проект по популяризации органного донорства – Центр развития органного донорства «DonateLifeRussia». В рамках проекта через доступный контент повышается информированность населения республики. В лекториях и дискуссиях участвуют специалисты в области организации здравоохранения, трансплантологии, благотворительности, добровольчества, а также юристы и лидеры мнений.

Заключение. Опыт Республики Татарстан по привлечению некоммерческого сектора к решению задач по развитию трансплантологической отрасли по примеру Соединенных Штатов Америки имеет хороший потенциал в Российской Федерации.

CURRENT STATUS OF CADAVERIC KIDNEY TRANSPLANTATION IN KAZAKHSTAN

Baimakhanov B.B., Chormanov A.T., Madadov I.K.,
Belgibaev Y.B., Nabiyeu Y.S., Syrymov Zh.M.,
Rgebyev B.G., Saduakas N.T.

JSC «National Scientific Center of Surgery named after
A.N. Syzganov», Almaty, Kazakhstan

Cadaveric donation allows effectively solve the problem of shortage of donor organs. Kidney transplantation is financially ef-

fective in contrast to hemodialysis. In USA annual expenditure for one patient on hemodialysis is 87000 dollars whereas for one patient with kidney transplantation – 29000 dollars.

1-year kidney graft and patient survival from deceased-donor is 73,5% and 88,2%, respectively. Whereas 5-year kidney graft and patient survival from deceased-donor is 58,8% and 61,7 %, respectively. Life-span of patients after kidney transplantation is longer in contrast to patients on hemodialysis. Kidney transplant patients at the age of 55 live 10 years longer more than patients on hemodialysis. In an attempt to improve cadaveric donation, criteria for donor selection were expanded. Such criteria as age and concurrent disease were now reconsidered.

Thus, according to clinical trials there were no significant differences in rates of 1-, 3- and 5-year graft survival from deceased – donors below and over 50 years old, 95% vs 90%, 65% vs 60% и 40% vs 35%, respectively.

Results of 21 kidney transplantations from extended criteria deceased-donors with concurrent diseases were investigated (hypertension, diabetes mellitus). According to the follow up for 11 months, mean creatinine level was 1.59 +/- 0.63 mg/dl. In 10 patients was delayed graft function. In 11 patients was biopsy proven acute tubular necrosis. In 7 patients there was an acute graft rejection reaction, of them 6 cases were managed by anti-rejection treatment.

In Saudi Arabia rates of cadaveric kidney transplantation comprises 35% of total number of kidney transplantations. For instance, in USA cadaveric kidney transplantation comprises 63,1%, in Europe – 69,5%, in Middle East – 30,2%, South Asia – 19,4%, in Kazakhstan – 13,1%, in Africa – 6,2%, respectively.

Legal aspect of regulation of cadaveric donation is consent of patient.

In such countries as Japan, USA and Great Britain people give informed agreement for donation in case of death. This is called informed consent (“opt-in” system). In contrast, in European countries and in Kazakhstan, if a person during his life does not give official refusal for organ donation, in case of death he is considered as cadaveric donor. This is called presumed consent (“opt-out” system). Nowadays despite the illegality of organ purchasing in some countries such as Iran, Singapore, Saudi Arabia financial incentives for the relatives of donor are now being considered. For instance, in Pakistan 50 % of cases of donations are paid donations. In Saudi Arabia government pays a compensation for about 50000 riyals (13000 dollars) to the family of deceased-donor, in order to support psychologically and reimburse funeral expenditure. In Singapore government subsidizes 50 % of expenditure on medical care to the family of deceased-donor during 5 years.

According to the Eurobarometer survey in 2010, the low level of public attitudes is influenced by several reasons which are dominated by the lack of public trust in the organ donor and transplant system and the fear of manipulation of human body. Public distrust of the system leads to an increase number of the unwilling organ donor and a protest against presumed consent system in Russia. To promote and improve the public awareness on organ donation and transplantation, educational campaign is a vital approach. Studies showed that the more the public is informed about the various aspects of organ donation and transplant, the higher the public awareness. The public distrust is also the same in Kazakhstan. People have a fear of manipulation with their body, suspecting commercial intents of transplant team. The willingness of

relatives to consent organ donation is also very low, because of ethical and religious considerations. People have very poor imagination of how donor organs can be helpful for the patients that are at high risk of mortality.

Thus, in order to increase the rates of cadaveric kidney transplantation it is necessary to inform the public to increase their awareness, elucidate the problems of the shortage of donor organs, the rates of mortality of patients on waiting list, to clarify the work of transplant team, introduce the clarity about social, ethical and religious aspects of organ donation.

ОПЫТ ВЕДЕНИЯ РЕЦИПИЕНТОВ ПОЧЕЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА С ДИАГНОЗОМ ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТЫ В И С В УСЛОВИЯХ «РСНПМЦХ ИМЕНИ АКАДЕМИКА В. ВАХИДОВА»

**Бахритдинов Ф.Ш., Маткаримов З.Т.,
Комилова Д.Н., Элмуродова Н.Б., Суюмов А.С.,
Собиров Ж.Г., Махмудов К.О., Ахмедов А.Р.,
Азимова М.Т., Абдугафуров З.У., Рустамов М.О.,
Уринов Ж.Б., Саатова У.М.**

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

Актуальность. 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 (ТП). В Узбекистане по последним данным встречаемость хронической почечной недостаточности составляет примерно 500 человек на 1 млн. населения (Сабилов М.А. и др., 2019 г.). Базовым методом заместительной почечной терапии является программный гемодиализ. Тяжелой характер патологии, частые медицинские вмешательства, непрерывный лечебный процесс, периодические гемотрансфузии по жизненным показаниям обуславливают большой риск заражения парентеральными вирусными гепатитами (Акалаев Р.Н. и др., 2020 г.). Некоторые источники сообщают о заболеваемости гепатитом С от 11% до 70% в отделениях программного гемодиализа. (Акалаев Р.Н., Арипходжаева Ф.А., 2019 г., 2021 г.). Учитывая негативные последствия вирусных гепатитов, специалисты The Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO-2018) рекомендуют проводить противовирусную терапию до и после трансплантации пациентам с терминальной стадией хронической почечной недостаточности. В Узбекистане распространенность хронических вирусных гепатитов с парентеральным путем передачи у больных после трансплантации почки, их влияние на выживаемость почечных трансплантатов и реципиентов является весьма актуальным вопросом для нефрологии и трансплантологии.

Цель работы – провести клинико-эпидемиологический и вирусологический анализ течения хронического вирусного гепатита В (ХВГВ) и хронического вирусного гепатита С (ХВГС) у реципиентов почечного трансплантата, а также оценить эффек-

тивность противовирусной терапии ХВГВ и ХВГС после трансплантации почки.

Материал и методы. С 2010 по 2022 г. в отделении хирургии сосудов и трансплантации почки РСНПМЦХ имени академика В. Вахидова выполнены 568 ТП от ЖРД. Это примерно 82,8% от всей доли ТП, выполненных за вышеуказанный период в Республике Узбекистан. Практически во всех случаях (98%) причиной развития ТХПН являлся хронический гломерулонефрит, в 5% случаях – мочекаменная болезнь, примерно 10% – хронический гломерулонефрит сочетался с хроническим пиелонефритом. Возраст больных варьировал от 10 до 69 лет и составил в среднем $39,5 \pm 1,2$ лет. Возраст доноров находился в пределах от 18 до 64 лет и составил в среднем $41 \pm 1,2$ лет. Все реципиенты и доноры были обследованы на наличие маркеров HBV и HCV.

Результаты. Хронические гепатиты широко распространены у реципиентов почечного трансплантата: ХВГВ встречался у 14,3% пациентов, ХВГС – у 17,4% пациентов. Репликация вируса после трансплантации почки определялась у 100% больных с ХВГВ и у 100% больных с ХВГС. Всем пациентам с ХВГВ проводили терапию Бараклюдом (Энтекавир) 0,5 мг или 1 мг, или Ламивудином (Зеффикс) 100 мг или 150 мг, которая была эффективной и показала снижение вирусологической и активности у всех пациентов с ХВГВ. С первых недель лечения наблюдалось снижение активности гепатита С, которое проявлялось уменьшением уровня АЛТ со $135,9 \pm 62,4$ до $15,2 \pm 9,0$ Ед/л к концу терапии. Всем пациентам с ХВГС с 1а и 1b генотипом вируса проводили терапию Софосбувир+Лидипасвир, а пациентам с ХВГС с 3 генотипом Софосбувир+Даклатасвир. Данная терапия дала стойкий вирусологический ответ на 6й неделе терапии, а полную ремиссию вируса в промежутке от 2 до 4 месяцев после начала лечения. Однако, проведение противовирусной терапии в дооперационном этапе может показать более лучшие результаты операции, так как необходимо учитывать также и тот факт, что все больные в дальнейшем пожизненно должны принимать иммуносупрессанты и другие группы препаратов в послеоперационном периоде.

Заключение. Во избежание возможных осложнений со стороны гепатобилиарной системы, связанной с репликацией HBV- и HCV после ТП, проведение вирусологических исследований и терапии направленной на подавление репликации вирусов является одним из ключевых моментов, влияющих на посттрансплантационное течение и исход заболевания.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕДЕНИЯ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ С РАЗЛИЧНОЙ ВАРИАНТНОЙ АНАТОМИЕЙ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ

**Бахриддинов Ф.Ш., Маткаримов З.Т., Азимова М.Т.,
Собиров Ж.Г., Ахмедов А.Р., Махмудов К.О.,
Саатова У.М., Абдугафуров З.У., Рустамов М.О.,
Уринов Ж.Б., Комилова Д.Н., Элмуродова Н.Б.**

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

Актуальность. На сегодняшний день выживаемость трансплантатов и пациентов после трансплантации почки значитель-

но улучшилась благодаря усовершенствованию хирургической техники и иммуносупрессивной терапии. Однако, в последнее время уделяется большое значение вариантной анатомии сосудов почек. По данным литературы, кроме основной почечной артерии в большинстве случаев встречаются добавочные почечные артерии. Исследования последних лет свидетельствуют о том, что добавочные почечные артерии могут явиться причиной развития патологии почек при увеличении длительности наложения анастомозов. Поэтому при пересадке почки особенно важно учитывать вариантную анатомию почечных артерий и наличие добавочных артерий. Знание вариантов анатомии почечных артерий помогут предупредить послеоперационные осложнения при пересадке почки человека. Наш клинический анализ показывает результаты трансплантации почки с использованием аллотрансплантатов с множественными почечными артериями.

Цель работы – проанализировать вариантную анатомию почечных артерий донорских почек, а также выявить взаимосвязь между количеством почечных артерий у донора и развитием посттрансплантационных осложнений у реципиента.

Материал и методы. Нами были изучены 349 МСКТ-ангиографий забрюшинного пространства при использовании 128-срезового томографа GE Optima 660 и «Aquilion one – 640» версии Genesis, и 349 сцинтиграфий почек, проведенных на однофотонном эмиссионном компьютерном томографе SPECT Гамма-камера Nucline TM SPIRIT DH-V. Эти исследования были выполнены донорам почки в дооперационном периоде. Полученные результаты были сравнены с показателями трансплантата у реципиентов в послеоперационном периоде.

Результаты. Мы рассмотрели 339 случаев, проведенных в нашем учреждении за период с 2021г по сегодняшний день. Из них у 270 пациентов (79,6%) были одиночные почечные артерии, в 67 (19,7%) случаях реконструкция выполнялась в виде анастомозов с двумя почечными артериями различного диаметра, а в 2 (0,59%) случаях – в виде анастомозов 1-го основного и 3 добавочных артерий. У 1 (0,29%) донора обнаружена подковообразная почка, у 3 (0,88%) доноров диаметр почечных артерий составлял до 1 мм, и еще у 3(0,88%) потенциальных доноров сцинтиграфия показала ниже 40%. Эти данные послужили противопоказаниями для донорской нефрэктомии. Средний возраст доноров в группе с одиночным сосудом составил $29 \pm 10,3$ лет, тогда как средний возраст в группе доноров с множественными почечными артериями составил $34 \pm 10,7$ год. Всего добавочные почечные артерии обнаружены в 69 (20,4%) случаях. Хирургическая тактика при дополнительных почечных артериях была различной. Типы артериальной реваскуляризации органа подбирались индивидуально. Использовались наружная, внутренняя и общая подвздошная артерии. Большинство нефрэктомий у доноров были выполнены открытым хирургическим путем. В 2 (0,59%) случаях выполнена лапароскопическая нефрэктомия. Среди общего числа выявленных добавочных почечных артерий в 42 (60,8%) случаях были добавочные нижнеполюсные артерии; в 27 (39,1%) – добавочные верхнеполюсные. Анализ половых особенностей строения почечных артерий показал, что добавочные артерии встречаются у мужчин в 70% случаев, а у женщин – в 30%. Средний период наблюдения составил $8 \pm 3,5$ месяцев. Средние уровни креатинина в первые месяцы составили $130 \pm 25,1$ мг/л в группе реципиентов с добавочными артериями, и $120 \pm 27,4$ мг/л в группе с одиночными артериями. Среднее систолическое артериальное давление составило $132,3 \pm 23,8$

мм рт. ст. В послеоперационном периоде наблюдались следующие осложнения: лимфорей у 2 (0,59%) реципиентов и гематома в ложе трансплантата – у 3 (0,88%), потребовавшее хирургического вмешательства. Других осложнений, в том числе урологических, не было. Приживаемость трансплантатов также проанализировали между группами в соответствии с методикой реконструкции. Клинико-лабораторные данные в отдаленном послеоперационном периоде показали высокую выживаемость трансплантатов у пациентов с соединенными как одиночными, так и множественными анастомозами.

Заключение. Проанализировав полученные данные можно сделать следующее заключение о том, что одиночные почечные артерии встречаются чаще, чем неклассический вариант строения почечных артерий. Среди вариантов добавочных артерий почки в большинстве случаев выявляется нижнеполюсной вариант строения. В 39,1% случаях среди неклассических вариантов анатомии почечных артерий обнаруживается верхнеполюсной вариант строения артерий почки. Наличие добавочных артерий существенно увеличивает сложность и время проведения трансплантации почек. Определение количества почечных артерий и их расположение до операции может предотвратить ненужную потерю почечной функции в послеоперационном периоде. Наши результаты показывают, что посттрансплантационная гипертензия и осложнения, связанные с трансплантацией почки, не различаются между пациентами, получающими почки от доноров с множественными почечными артериями, и теми, кто получает почки от доноров с одиночными почечными артериями. Основываясь на вышеуказанные данные добавочные почечные артерии существенно осложняют трансплантацию почки и требуют применения сложных технических приемов, направленных на адекватную реваскуляризацию всего органа. Однако не являются противопоказаниями к донорству.

ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПЕЧЕНИ ОТ ЖИВОГО ДОНОРА

Донбай А.¹, Байтуреев Б.¹, Муканова У.²,
Умбетжанов Р.¹, Шауенов Т.¹

¹Городская клиническая больница №1,
г. Шымкент, Республика Казахстан,

²Международный Казахско-Турецкий университет
имени Х.А. Ясави,
г. Шымкент, Республика Казахстан

Актуальность. Общий объем печени имеет относительно постоянное отношение к массе тела, колеблющееся в пределах 2-2,7% у здоровых людей. Минимальный объем трансплантата для успешной трансплантации печени является спорным, и у живых доноров желательнее оставлять 1% или более. По нашим данным объем остатков печени приблизительно 35-40% от общего объема печени достаточно для выживания донора при условии, что паренхима печени нормальная без признаков жировой инфильтрации или фиброза. Небольшой трансплантат может привести к нарушению работы и может не поддерживать адекватную метаболическую функцию у реципиента (синдром малого размера) в послеоперационном периоде. Первостепенное значение для успеха трансплантации печени от живого донора – это подбор донора и реципиента. Помимо основных требований к донорской печени, большое значение имеют сле-

дующие факторы: возраст донора (<50 лет, >10 лет), пребывание донора в отделении интенсивной терапии <5 дней, гипернатриемия <170 ммоль/л и гемодинамически стабильный донор. Интраоперационно подходящая печень должна иметь мягкую консистенция (жир <20%), острый край и отсутствие признаков гипоперфузии печени. Согласно законодательству Республики Казахстан, трансплантацию от живого донора получают только реципиенты близкие родственники (брат, сестра, отец, мать, дочь, сын), п.13, статьи 169 Кодекса Республики Казахстан.

Клинический случай. Мы бы хотели поделиться одним случаем из нашей практики трансплантации печени от живого донора. Во время операции при заборе печени у донора по техническим причинам (соскользнул сосудистый зажим) произошло бесконтрольное кровотечение из нижней полой вены, попытки ушить повреждение кровоточащей вены не нарушая просвет и проходимость оказались безуспешными.

Кровотечение продолжалось и гемодинамика начала дестабилизироваться, пришлось полностью пережать нижнюю полую вену. В результате резкого спада венозного возврата в правое предсердие артериальное давление резко упало до 60 мм рт.ст, появилась тахикардия.

Для стабилизации гемодинамики было решено поставить наружную by-pass систему для быстрого переливания крови. Пациент был гепаринизирован для предотвращения тромбоза наружного шунта, АСТ достигло 390. Дистальнее поражения НПВ был наложен кисетный шов проленом 6/0 и канюлирована системой для быстрого переливания крови и кровезаменителей, кисет затянут турникетом, а второй конец системы был подсоединены к катетеру в яремной вене. Пациент помещен в положение Тренделенбурга и в виду разницы давления наружный шунт начал функционировать и гемодинамика стабилизировалась в результате полноценного венозного возврата. Тем самым нам удалось при стабильной гемодинамике и остановленного кровотечения восстановить физиологическую целостность нижней полой вены. Состояние больного в послеоперационном периоде стабильное, донор выписан домой у удовлетворительном состоянии.

Заключение. Сосудистые и билиарные осложнения могут привести к потере ценных трансплантатов и вызвать значительную заболеваемость и смертность. При увеличении опыта в сочетании с совершенствованием техники и глубоким знанием и применением анатомии, современные диагностические инструменты, такие как трехмерная визуализация печени, приводят к улучшению результатов для пациентов, перенесших частичную трансплантацию печени. Наиболее острой проблемой является сохраняющаяся нехватка донорских органов.

АНАЛИЗ ТРАНСПЛАНТАЦИЙ ПЕЧЕНИ И ПОЧЕК ОТ ЖИВОГО ДОНОРА

Донбай А.¹, Муканова У.², Айтуов К.¹,
Ли В.¹, Байтуреев Б.¹

¹Городская клиническая больница №1,
г. Шымкент, Республика Казахстан,

²Международный Казахско-Турецкий университет имени
Х.А. Ясави, г. Шымкент, Республика Казахстан

Цель работы. В этой статье будут обобщены предыдущие и недавние исследования, а также представлены обоснование и

рамки для расширения трансплантации печени живого донора для решения растущей критической нехватки органов.

Материал и методы. Количество больных нуждающихся в трансплантации органов в настоящее время по Республике Казахстан увеличивается, в трансплантации почек, нуждается 3017 взрослых и 97 детей, в трансплантации печени – 127 взрослых и 8 детей, в листе ожидания для трансплантации сердца состоит 135 взрослых, 7 детей, в трансплантации легких нуждаются 16 взрослых. Трансплантацию печени от живого донора (ТПЖД) можно проводить с достаточно высоким уровнем успеха, обусловленным разумным отбором донора и реципиента, тщательная предоперационная оценка, адекватное обезболивание, опытные хирурги и быстрое выявление и лечение осложнений. Сегодня многие пациенты становятся непригодными для трансплантации в результате полиорганной недостаточности или инфекционных осложнений. В результате нехватки, когда трупная печень недоступна, ТПЖД предоставляет возможность трансплантации пациентам до начала сепсиса, почечной недостаточности или других осложнений, которые препятствуют трансплантации. В результате нехватки и не развитости трупного донорства в Республике Казахстан, летальность больных нуждающихся в пересадке и находящихся в листе ожидания достигает к сожалению 80%.

Результаты. Население г. Шымкент на февраль 2021 года состоит из 1 млн. 74 тысяч человек, население Туркестанской области состоит из 2 млн. 44 тысяч человек. В тоже время городская клиническая больница №1 г. Шымкент, является единственной больницей в городе оказывающую круглосуточную экстренную помощь населению г. Шымкент и близлежащих районов Туркестанской области. Проведен анализ летальности за период с 2019 по 2020 г., при этом выявлено 85 потенциальных доноров в возрасте от 18 до 40 лет, была возможность спасти жизни 340 пациентов, нуждающихся в трансплантации различных органов. Первая трансплантация почки началась в 2013 году с участием коллег из Южной Кореи, госпиталя Анам Корейского Университета (г. Сеул) под руководством трансплантолога Пак Хван Тэ. За этот период с 2013 года по май 2022 года произведено 185 трансплантаций почек от донора, из них 2 трансплантации от трупных почек и 24 трансплантации печени от живого донора. Удаление нативной печени является первым этапом трансплантации печени. Трансплантаты, как правило, имплантируются в виде копилок. Анастомоз печеночной вены может быть выполнен двумя различными методами. Реконструкция воротной вены выполняется сквозным способом. После реперфузии печени анастомоз печеночной артерии выполняется между трансплантированной печеночной артерией и правой печеночной артерией реципиента в зависимости от выравнивания и соответствия размера. В большинстве случаев анастомоз желчных протоков выполняется «конец в конец».

Заключение. Существует растущее количество доказательств, демонстрирующих хорошие результаты выживаемости при ТПЖД в дополнение к множеству других преимуществ, включая более короткое время холодной ишемии, возможность оптимизации лечения до трансплантации и расширение прав на трансплантацию. Кроме того, эти результаты продолжают улучшаться с увеличением объема и опыта работы в этом направлении.

ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПЕЧЕНИ В НАЦИОНАЛЬНОМ НАУЧНОМ ЦЕНТРЕ ХИРУРГИИ ИМЕНИ А.Н. СЫЗГАНОВА

Досханов М.О., Баймаханов Б.Б.,
Баймаханов Ж.Б., Скакбаев А.С., Каниев Ш.А.,
Серикулы Е.С., Исматов А.У., Абжаппарова Б.С.,
Ильясова Б.С., Чорманов А.Т., Сейсембаев М.А.,
Тилеуов С.Т., Хаджиева А.А., Мусина А.С.,
Мукажанов Д.Е., Кабдекенова Ж.Б.

АО «Национальный научный центр хирургии
имени А.Н. Сызганова»,
отделение гепатопанкреатобилиарной хирургии и
трансплантации печени,
г. Алматы, Республика Казахстан

Актуальность. Трансплантация печени (ТП) является радикальным методом лечения для реципиентов с конечной стадией заболевания печени. В Казахстане ТП впервые была выполнена в декабре 2011 года. Наш центр имеет опыт более 10 лет по ТП к маю 2022 г.

Цель работы. Настоящее исследование отражает результаты после ТП в ведущей клинике Казахстана.

Материал и методы. С декабря 2011 г. по май 2022 г. в ННЦХ имени А.Н. Сызганова выполнено 217 различных вариантов трансплантации печени, из них от посмертного 24 (11,2%) и живого донора 154 (70,9%), детская ТП от живого донора выполнялись в 39 случаях (17,9%). Из них по типу графта: правая доля – 138, левая доля – 14, задне-латеральный сектор – 1, dual-graft – 1, левый латеральный сектор – 39, целая печень – 24. Показаниями к трансплантации печени были цирроз в исходе: HCV – 18, HBV-18, HBV+HDV – 84, первичный билиарный цирроз – 29, ПСХ – 5, криптогенный цирроз печени – 6, алиментарно-токсический гепатит – 2, синдром Бадда-Киари – 1, миофибробластная опухоль – 1, стеатогепатит – 2, Вильсона-Коновалова – 1, билиарная атрезия – 39, вторичный билиарный цирроз – 2, аутоиммунный гепатит – 9. Клинические результаты были ретроспективно анализированы.

Результаты. Общая 5-летняя выживаемость пациентов после ТПЖД составила 74,3%. Послеоперационные осложнения были следующие: билиарные осложнения 33 (15,2%), сосудистые осложнения 16 (7,3%), кровотечения 16 (7,3%) и криз отторжения 8 (3,6%).

Общая выживаемость после трансплантации печени от посмертного донора составила 80%, а послеоперационные осложнения развились в 8 (3,6%) случаях.

Заключение. На сегодняшний день, ТП в Казахстане и нашей клинике развивается активно. Основной проблемой в настоящее время является необходимость развития трансплантации органов от посмертных доноров.

БИЛИАРНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПРАВОЙ ДОЛИ ПЕЧЕНИ ОТ ЖИВОГО ДОНОРА

Досханов М.О., Баймаханов Б.Б.,
Баймаханов Ж.Б., Скакбаев А.С., Каниев Ш.А.,
Серикулы Е.С., Исматов А.У., Абжаппарова Б.С.,
Ильясова Б.С., Чорманов А.Т., Сейсембаев М.А.,
Тилеуов С.Т., Хаджиева А.А., Мусина А.С.,
Мукажанов Д.Е., Кабдекенова Ж.Б.

АО «Национальный научный центр хирургии имени
А.Н. Сызганова», отделение гепатопанкреатобилиарной
хирургии и трансплантации печени,
г. Алматы, Республика Казахстан

Актуальность. Билиарные осложнения (БО) являются одной из частых и серьезных проблем после трансплантации печени (ТП). Задачи по выявлению, профилактике и коррекции БО являются до сих пор актуальными.

Цель работы. Настоящее исследование отражает результаты коррекции БО в нашем центре.

Материал и методы. С декабря 2011 г. по май 2022 г. в ННЦХ имени А.Н. Сызганова выполнены 217 ТП. От живого родственного донора взрослым выполнена 154 (70,9%) пациентам, из них 138 (63,5%) правая доля печени. По типам желчных протоков доноров установлены: тип А в 109 (78,9%), тип В в 6 (4,4%), С 23 (16,7%). Билиарная реконструкция проводилась: на каркасном дренаже в 73 (52,8%) случаях, и в 65 (47,1%) случаях каркасный дренаж не использовался.

Результаты. 5-летняя выживаемость пациентов после ТП составила 74,3%; 10 летняя – 71,7%. В послеоперационном периоде у 33 (21,4%) пациентов развились БО, из них у 32 (96,9%) рубцовые стриктуры билио-билиарного анастомоза и в 9 (3,1%) случаях наблюдались желчеистечения. По типам желчных протоков БО развились: тип А в 22 (66,7%), тип В в 3 (9%), С 8 (24,3%).

Коррекция БО проводилась 23 (69,6%) пациентам с билиарными стриктурами выполнена ЭРХПГ+эндобилиарное стентированием, 15 (45,4%) пациентам чрескожным методом, 3 (9%) пациентов была выполнена Рандеву метод, холангиоеюноанастомоз у 5 (15,1%) пациентов и 2 (6%) пациентам использовался метод магнитно-компрессионного анастомоза. В группе с каркасным дренажем из 73 пациента БО развились у 15 (20,5%) пациентов, в группе без каркасного дренажа из 65 пациентов БО развились в 18 (27,6%) случаях.

Заключение. Типы желчных протоков В и С не являются противопоказанием к ТП. В большинстве случаев БО корригируется миниинвазивными способами, что является основной тактикой лечения, однако если невозможно ее провести прибегаем к открытой хирургической операции. БО считается основной проблемой после ТП и встречается до 30-35% по данным литературы, но хорошо корригируется миниинвазивными технологиями, что редко приводит к открытой операции.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ЭКСТРААНАТОМИЧЕСКАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА ТРАНСПЛАНТАТА ПЕЧЕНИ

Жумуков А.Р., Жексембаев А.А., Спатаев Ж.С.,
Сапарбай Д.Ж.

ТОО «Национальный научный онкологический центр»,
г. Нур-Султан, Республика Казахстан

Введение. Тромбоз печёночной артерии после трансплантации печени встречается в 4-12% случаях у взрослых, а летальность при тромбозе печёночной артерии составляет около 33%. Что делают его очень грозным осложнением, так как артериальный кровоток в первую очередь обеспечивает кровоснабжение желчных протоков, которые являются одной из основных структур печени. Данный метод формирования реанастомоза трансплантата печени был применен в первые в нашей клиники.

Клинический случай. Больной К., 43-х лет, мужского пола, поступил в отделение трансплантации печени с диагнозом цирроз печени в исходе вирусного гепатита В с Дельта агентом, MELD-На 20, осложненный синдромом портальной гипертензии, спленомегалией, синдромом гиперспленизма, 3-х ростковая цитопения. Гепатоцеллюлярную карциному, которому 3 декабря 2019 года произведена трансплантация печени от живого донора. При выполнении сосудистой реконструкции производилась пристеночное отжатие НПВ для формирования гепато-кавального анастомоза. Портальный анастомоз сформирован по тмпу «конец в конец». Артериальный анастомоз сформирован со второй попытки, при первичном формировании между собственной печёночной артерией реципиента и печеночной артерией трансплантата, интраоперационно образовался тромб в анастомозе на фоне диссекции собственной печеночной артерией реципиента. После резекции участка диссекции, образовался диастаз между реципиентской и донорской печеночной артерией, который был протезирован аутовеной. Гепатоцеллюлярная карцинома исключена послеоперационным патолого-гистологическим исследованием.

Время операции составила 600 мин. Время тепловой ишемии 50 мин. Время холодной ишемии 80 мин. Кровопотеря 1500 мл, реинфузия – 450 мл.

У больного в послеоперационном периоде по данным ультразвуковой доплерографии сосудов трансплантата печени были косвенные признаки нестабильного кровотока по печеночной артерии, которые расценены как синдром обкрадывания селезеночной артерии, учитывая раннее у больного спленомегалию и синдром гиперспленизма.

Профилактика тромбозомболических осложнений проводилась с первых суток гепарином, с третьих суток низкомолекулярным гепарином. Показатели свертывающей системы были в пределах гипокоагуляции за два дня до тромбоза отмечалось приближение показателей больше к нормокоагуляции. На шестые сутки после операции у больного отмечалось повышение трансаминаз, по данным ультразвуковой доплерографии выявлен тромбоз артериального анастомоза трансплантата печени, гепатоангиографически, была попытка реканализации анастомоза путем аспирационной тромбэкстракции, безуспешно. 09.12.2019 года в экстренном порядке произведена операция релапаротомия, тромбэктомия из артерии трансплантата пече-

ни. Артериальный анастомоз трансплантата печени сформирован с правой желудочно-сальниковой артерией.

После наложения реанастомоза гемодинамические показатели трансплантата печени стабилизировались. После операционной период протекал относительно гладко, без осложнения. Больной выписан на 40-е сутки после госпитализации в удовлетворительном состоянии.

Заключение. Метод формирования артериального анастомоза трансплантата печени с использования правой желудочно-сальниковой артерией, является безопасным и хорошим альтернативным выбором, с учетом невозможности формирования классического артериального анастомоза трансплантата печени между донорской и реципиентской артерией.

РЕНОПОРТАЛЬНЫЙ АНАСТОМОЗ ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ ОТ ПОСМЕРТНОГО ДОНОРА

Зубенко С.И., Салимов В.Р., Хубезов Л.Д.,
Болдырев М.А., Монахов А.Р., Готье С.В.

ФГБУ «Национальный медицинский центр
трансплантологии и искусственных органов
имени академика В.И. Шумакова» МЗ РФ,
г. Москва, Российская Федерация

Введение. Выполнение портальной реконструкции при трансплантации печени от посмертного донора в ряде состояний представляет собой тяжелую задачу. Использование левой почечной вены в качестве источника кровотока в трансплантат печени позволяет обеспечить адекватный афферентный приток и, при наличии портальных шунтов, разрешить проблему портальной гипертензии.

Цель исследования – провести ретроспективный анализ результатов применения ренопортального анастомоза при трансплантации печени от посмертного донора

Материал и методы. С октября 2017 г. по февраль 2022 г. в НИИЦ ТИО ренопортальная транспозиция (ренопортальный анастомоз, РПА) выполнена у 8 пациентов. В 7 случаях имел место распространенный тромбоз воротной вены (ВВ) (Yerdell 3 – 1; Yerdell 4 – 6), у 1 пациента – дисфункция трансплантационной печени с развитием значительного размера спонтанного спленоренального шунта. Во всех случаях, за исключением одного для ренопортального анастомоза использована донорская воротная вена, у одного пациента – сосудистый PTFE-протез. У половины пациентов с целью обеспечения максимальной девиации портального кровотока в трансплантат печени РПА дополнен шунтированием вен портальной системы в донорскую ВВ. У 2 пациентов выполненная трансплантация не обеспечила восстановление физиологического портального кровотока.

Результаты. Срок госпитализации составил: 49,7±40 суток. Госпитальная летальность составила 1 случай (12,5%, пациент погиб на 20-е сутки от инфекционных осложнений). 90-дневная летальность – 25% (+1 пациент погиб от ОНМК без признаков нарушения функции трансплантата). Comprehensive complication index score (комплексный индекс осложнений) составил 33,3+35 баллов (от 0 до 100). У 2 пациентов при невозможности восстановления физиологического портального кровотока в раннем послеоперационном периоде отмечено развитие рецидивирующих кровотечений из верхних отделов

ЖКТ, потребовавшее эндоскопического гемостаза. Проявления портальной гипертензии разрешились в течение 3 месяцев. Лишь в 1 случае развился рецидив портального тромбоза – у пациента с сосудистым протезом. Предварительно наложенный шунт позволил компенсировать портальный кровоток и обеспечивает нормальную функцию органа более 3 лет. Срок наблюдения от 3 до 54 месяцев, у всех наблюдаемых пациентов регрессировали явления портальной гипертензии, функция трансплантированной печени удовлетворительная.

Заключение. Выполнение ренопортального анастомоза позволяет обеспечить адекватный портальный кровоток при трансплантации печени даже в условиях отсутствия спонтанного/хирургического порторенального шунтирования. При выполнении РПА в условиях распространенного портального тромбоза хирургу необходимо стремиться обеспечить сохранение физиологического портального кровотока для предотвращения варикозных кровотечений в послеоперационном периоде. Ренопортальная транспозиция обеспечивает удовлетворительные отдаленные и непосредственные результаты трансплантации печени в высокорисковых пациентах с тромбозом воротной вены.

АНАЛИЗ НЕПОСРЕДСТВЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ ОТ ЖИВОГО РОДСТВЕННОГО ДОНОРА, ВЫПОЛНЕННЫХ В ГУ «РСНПМЦХ ИМЕНИ АКАДЕМИКА В. ВАХИДОВА»

Исмаилов С. И., Бахритдинов Ф. Ш.,
Маткаримов З. Т., Собиров Ж. Г., Махмудов К. О.,
Ахмедов А. Р., Абдугафуров З. У., Саатова У. М.,
Рустамов М. О., Уринов Ж. Б., Комилова Д. Н.,
Элмурадова Н. Б.

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

Цель работы – оценка хирургической активности, тактики и ближайших послеоперационных результатов у больных перенесших ТП от ЖРД.

Материал и методы. С 2010 по 2022 г. в отделении хирургии сосудов и трансплантации почки РСНПМЦХ имени академика В. Вахидова выполнены 730 ТП от ЖРД. Это примерно 81,25% от всей доли ТП, выполненных за вышеуказанный период в Республике Узбекистан. В 8-х случаях произведена лапароскопическая, в 722 – 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 – $17 \pm 0,6$ мин, продолжительность вторичной тепловой ишемии – $23 \pm 0,5$ 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. Мочеточничково-пузырный неоуретероцистоанастомоз формировали по методике Lich, с применением мочеточничкового стента «морской конек» размером 5-6F.

Результаты. Осложнения раннего послеоперационного периода составили: урологические (обструкция мочевыводящих путей) – 3 (0,41%) случаев, острые иммунологические – 23 (3,2%) случаев, инфекционные – 4 (0,05%) случая, лимфоцеле – 7 (0,96%) случаев, летальный исход – 7 (0,96%) случаев. Сосудистые (артериальные и венозные) осложнения не наблюдались. Иммунологические осложнения в 42 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, 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, быстрое разрешение 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.

ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИКИ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ТРАНСПЛАНТАТА ПРАВОЙ ДОЛИ ПЕЧЕНИ

Котенко О. Г., Минич А. А., Григорян М. С.,
Мыхайлюк О. С., Котенко И. О., Матвиенкив А. О.,
Шарапов А. В., Дыховичная Н. Ю.

Медицинский центр «Универсальная клиника «Обериг»,
г. Киев, Украина

Введение. Трансплантация печени – единственный радикальный способ лечения терминальных стадий заболеваний печени. Для взрослых реципиентов трансплантат правой доли печени адекватного объема при условии оптимального кровотока обеспечивает все метаболические потребности организма.

Цель работы – проанализировать результаты трансплантации правой доли печени от живого родственного донора с и без срединной печеночной вены.

Материалы и методы. Проанализированы данные 100

реципиентов, которым была трансплантирована правая доля печени в период с 2001 по 2022 год. Пациенты были разделены на 2 группы: группа 1 – которым была трансплантирована правая доля без срединной вены ($n=42$) и группа 2 – реципиенты, получившие трансплантат с срединной печенью веной ($n=58$). Функциональное состояние трансплантатов оценивалось на основе анализов биохимических показателей крови; гемодинамические изменения – по объемному воротному кровотоку ($Q_{вв}$), линейной скорости кровотока (ЛСК) и индексу резистентности в печеночной артерии ($RI_{па}$) в трансплантатах обеих групп в течение первой недели, и на 10, 14, 21, 30 сутки после трансплантации.

Результаты. Были проанализированы результаты 100 пациентов (42 в группе 1 и 58 в группе 2). Группы были однородны по возрасту ($30,2 \pm 8,0$ лет в группе 1; $28,4 \pm 9,0$ в группе 2, $p=0,997$) по гендерному распределению (25/18 мужчины/женщины в группе 1; 21/22 в группе 2, $p>0,05$), массой трансплантатов ($705,1 \pm 170$ г группа 1; $735,1 \pm 150$ г группа 2, $p>0,05$) и баллами по шкале MELD (16 и 15 в группе 1 и 2 соответственно, $p>0,05$). Установлено, что пиковые значения АЛТ, АСТ и уровня общего билирубина были выше в группе 2 (384,43; 399,77 и 206,70 соответственно), по сравнению с группой 1 (212,64; 285,57; 203,18 соответственно). Не было обнаружено никакой существенной разницы между уровнем ГГТП, ЩФ, ПВ и INR. В группе 1 наблюдались более высокие значения $Q_{вв}$ – 687 ± 220 мл/мин, 1251 ± 491 мл/мин; 1324 ± 372 мл/мин; 1231 ± 284 мл/мин; 1042 ± 211 мл/мин; 1131 ± 301 мл/мин по сравнению с группой II – 647 ± 230 мл/мин; 1128 ± 385 мл/мин; 1132 ± 372 мл/мин; 1019 ± 263 мл/мин; 967 ± 254 мл/мин; 935 ± 293 мл/мин на 0, 1, 3, 5, 7, 30 день после трансплантации соответственно. Показатели ЛСК_{па} и $RI_{па}$ поднимались на первые сутки после трансплантации к более высоким значениям в группе 2 (с $0,53$ м/с до $0,66$ м/с с $0,63$ до $0,72$ соответственно) по сравнению с группой 1 (с $0,57$ м/с до $0,58$ м/с с $0,62$ до $0,66$ соответственно).

Выводы. Использование правой доли печени от живого родственного донора требует тщательного подхода при выборе трансплантата с учетом венозного оттока от графта, что и определяет его функциональную массу.

THE ROLE OF CMV INFECTION IN RENAL ALLOGRAFT DYSFUNCTION

Madadov I.K., Belgibayev E.B., Dabyltayeva K.S.,
Nabiyev Y.S., Rgebaev B.G., Saduakas N.T.

JSC «National Scientific Center of Surgery named after
A.N. Syzganov», Almaty, Kazakhstan

Introduction. Kidney transplantation nowadays is the best therapeutic option for end-stage kidney disease. Allograft survival after transplantation has improved substantially over the past few decades due to improved therapeutic management, more precise follow up and increased awareness of patients about their disease. On the other hand, prevention of infectious complications are now more potent, despite more intense and efficacious immunosuppressive regimen.

Despite advances in short-term outcomes after transplantation, long-term allograft survival has improved only minimally. In a large US transplant registry, the yearly attrition rate for allograft failure at 5–10 years after transplant changed between 1989 and 2008, respectively, from 4,7% to 4,3% for liver, from 10,9% to 10,1% for lung

and from 6,4% to 5,1% for kidney transplant recipients.

In our experience there is also an improvement in graft and patient survival. For instance, 1-year graft survival increased from 59,4% in 2012 to 94,80% in 2017. Similar increase was seen in rates of 1-year patient survival, from 75% in 2012 to 100% in 2017.

Chronic allograft dysfunction has multifactorial etiology: immunological (acute and chronic antibody- and T cell-mediated rejection) and non-immunological factors (delayed allograft function, infections, hypertension and others comorbidities). The great majority of renal transplant recipients have latent cytomegalovirus (CMV) infection, which in 20–60% of patients causes CMV disease with clinical signs and symptoms of fever, leucopenia and organ involvement.

Material and methods. We conducted a retrospective study of 54 kidney transplant patients with graft dysfunction. All patients presented with elevated creatinine, proteinuria, signs of graft rejection on ultrasound. Of all patients, 33 were male and 21 female patients. Mean age was 33.52 ± 10.78 years. We performed graft biopsy with Pro*Mag TM Biopsy Needle 16G. All microslides were evaluated for CMV infection.

Biopsy material was sustained in 10% neutral formalin solution. Further samples were dehydrated by standard method in automatic tissue processor with closed contour Termo SCIENTIFIC Excelsior AS. 4–5 μ m thick paraffin-embedded sections were made on rotational microtome Sakura Accu-Cut SRM 200.

For a review study hematoxylin staining was made on Termo SCIENTIFIC Gemini AS staining station. Luminescence: section of material was made on cryostat Leica CM 1950, with reagents from TermoFischer Company. Finished microslides were reviewed by microscope: ZEISS AXIO Imager Z 2 (Germany) with camera AxioCam 506 color and software ZEISS ZEN Imaging Software. Luminescence was performed by Leica DM 4000 B with dark-field microscopy Leica DFC 310 – FX.

Results. All patients were divided into 4 groups according to the results. First group were patients with acute graft rejection (TCMR) ($n=12$), the second group – were patients with chronic graft rejection ($n=22$), the third group – chronic rejection associated with focuses of acute rejection ($n=12$) and the fourth group – patients with miscellaneous reasons of graft dysfunction (De novo glomerulonephritis, acute tubular necrosis, interstitial nephritis and etc.) ($n=8$).

All patients were evaluated for serological matchings as to the IgG status (D=donor and R=recipient): D+/R+=45,3%, D-/R+=24,7%, D+/R-=17,4%, and D-/R-=12,6%.

In first group in 2 cases CMV infection was detected, whereas in second group no CMV infection was seen. However, in third group, in patients with chronic graft rejection + focuses of acute rejection also in 2 cases CMV infection was detected. In fourth group no CMV infection was detected. Thus, CMV infection can be estimated as the one of the reasons of acute graft rejection, but not chronic rejection or other factors of graft rejection.

The serological status is a long-term prognostic marker regardless of the development of the disease. When D+/R- are compared with D-/R-, there is a 28% increase in risk of graft loss, 36% in the risk of death due to all causes, and eight-fold the risk of dying by a viral infection. Serological typing, therefore, is indicated for all donors and recipients.

Primo-infection refers to new-onset infection and reactivation is considered as activation previously persisting infection. CMV disease is characterized by the clinical syndrome in which there are

symptoms, such as fever, asthenia, myalgia, leukopenia, thrombocytopenia, or hepatic enzyme alterations, or by the invasive disease, in which there is evidence of viral inclusion in cells of organs or tissues, such as in the gastrointestinal tract, liver, in the renal graft, lungs, bone marrow and retina. The effects of CMV infection can be classified as direct or indirect. The direct effects are infection and disease, as mentioned above. The indirect effects observed are increased risk of secondary infections, such as pneumocystosis and other herpesviruses, and increased risk of acute rejection and of chronic graft dysfunction.

Quantitative blood polymerase chain reaction (PCR) for cytomegalovirus (CMV) is used to direct therapy in kidney transplant patients, but cytomegalic inclusions are rarely found in allograft renal biopsies even with an elevated serum creatinine and apparent CMV disease. The relationship between quantitative blood CMV and renal allograft pathology is unknown. Liapis H. et. al. have studied thirteen biopsy samples from patients suspected of CMV disease, who had a buffy coat CMV-PCR drawn within 2-5 days of a renal allograft biopsy for an elevated creatinine. All were evaluated for CMV pathologically, by light microscopy, immunohistochemistry, in situ hybridization and tissue PCR. Qualitative and quantitative buffy coat CMV-PCR were positive in 10/13 (77%) patients. Tissue CMV-PCR was positive in five (50%) biopsies, including two with CMV inclusions and three with no inclusions. Quantitative buffy coat CMV-PCR levels did not correlate with detection of CMV inclusions in renal tissue. Paradoxically, quantitative buffy coat CMV-PCR was low (239 and 538 copies/microg of DNA) when CMV inclusions were detected. All five biopsies with acute rejection were associated with CMV viraemia and two of the five with allograft CMV inclusions. A quantitative buffy coat CMV-PCR of <100 copies/microg of DNA ruled out disease with CMV inclusions.

Conclusion. Pathologic investigation of CMV infection in renal biopsy material is an alternative or additional measure for approving of infection. In cases of inability to diagnose infection by laboratory, working pathologic study is feasible alternative.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ИЗЪЯТИЕ ФРАГМЕНТОВ ПЕЧЕНИ В ПРАКТИКЕ ПРИЖИЗНЕННОГО ДОНОРСТВА: ОПЫТ ОДНОГО ЦЕНТРА

Монахов А.Р., Семаш К.О., Хизроев Х.М., Готье С.В.

*ФГБУ «Национальный медицинский центр
трансплантологии и искусственных органов
имени академика В.И. Шумакова» МЗ РФ,
г. Москва, Российская Федерация*

Введение. В последние несколько лет лапароскопический подход к резекции фрагментов печени у живых доноров широко распространился среди медицинских центров по всему миру и доказал свою безопасность как для доноров, так и для реципиентов. В нашем центре программа лапароскопического изъятия фрагментов печени была запущена в 2016 году. С этого периода метод накоплен значимый опыт выполнения подобного рода вмешательств.

Цель исследования – проанализировать собственный опыт лапароскопических резекций печени у родственных доноров.

Материал и методы. В нашем центре с мая 2016 г. по май 2022 г. выполнено 540 родственных трансплантаций печени.

Лапароскопическая левосторонняя секторэктомия была выполнена в 221 случае, включая два комбинированных изъятия ЛЛС+нефрэктомия, левосторонн у одного и того же живого донора.

Изъятие левой доли печени выполнялось у 62 доноров, из них в 25 случаях была использована малоинвазивная лапароскопическая методика, а также в двух случаях выполнена полностью лапароскопическая одновременная левосторонняя гемигепатэктомия и нефрэктомия.

Также, за этот же период в педиатрической когорте было выполнено 49 трансплантаций правой доли печени. Лапароскопическая правосторонняя гемигепатэктомия выполнена в 10 случаях.

Результаты. Медиана времени операции при лапароскопическом взятии ЛЛС – 203 минуты (120-475 минут). Средняя кровопотеря при открытом взятии ЛЛС составила 150 мл (50-500) мл, при лапароскопическом – 50 мл (20-400 мл).

В группе доноров, которым выполнена открытая левосторонняя латеральная секторэктомия было 4 осложнения 1-й степени, 2 осложнения 2-й степени и 9 осложнений IIIa степени по классификации Clavien-Dindo.

Среднее пребывание в стационаре составило 7 (4-30) дней для открытой группы и 5 (3-22) дней для группы лапароскопического взятия ЛЛС. Среднее время операции при лапароскопической – 322 минуты (210–515 минут). Средняя кровопотеря составила 110 мл (50-500) при лапароскопической операции. Среднее время пребывания в стационаре в группе лапароскопического взятия – 7 (4-13) дней.

У доноров, которым выполнялась открытая правосторонняя гемигепатэктомия, медиана времени операции составила 370 (290-630) минут, а при лапароскопическом взятии правой доли – 425 (280-570) минут.

Кровопотеря при открытой правосторонней гемигепатэктомии составила 300 (100-800) мл, а при лапароскопической – 200 (100-400) мл.

После открытой правосторонней гемигепатэктомии у доноров было 3 осложнения 1 степени по классификации Clavien-Dindo и 2 осложнения 3a степени. У доноров после лапароскопической правосторонней гепатэктомии было только 1 осложнение 3a степени.

Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 11,9 (7-27) дней для группы открытой резекции и 8,4 (5-21) дня для группы лапароскопической резекции правой доли печени.

Заключение. Лапароскопическое изъятие фрагментов печени зарекомендовало себя как безопасная и эффективная методика для большинства живых родственных доноров. При этом, резекция ЛЛС может выполняться вполне рутинно и эту операцию можно считать «золотым стандартом» взятия трансплантата у родственного донора.

Долевые резекции требуют более строгой селекции доноров. При этом, лапароскопическая гемигепатэктомия у живого родственного донора представляется важным методом, позволяющим для уменьшить хирургическую травму и ускорение реабилитации доноров. В то же время, этот вид оперативного пособия остается сложной и высокотехнологичной процедурой, требующей качественного технического оснащения и высокого уровня опыта хирургической бригады.

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ТРАНСПЛАНТАТА ПЕЧЕНИ

Муқанова У.², Байбекова Ж.¹, Шауенов Т.¹,
Байбеков А.¹, Умбетжанов Р.¹

¹Городская клиническая больница №1,
г. Шымкент, Республика Казахстан,

²Международный Казахско-Турецкий университет
имени Х.А. Ясави,
г. Шымкент, Республика Казахстан

Цель работы – определение ультразвуковых критериев оценки состояния трансплантата печени, полученного от живого родственного донора в различные сроки послеоперационного периода.

Материал и методы. Материалом для данной работы стали результаты комплексного УЗИ 24 пациентов после родственной трансплантации печени. Сроки наблюдения составили от 1 мес до 2 лет. Средний возраст реципиентов составил 20±13 лет (от 30 лет до 61 года). Среди них было 11 мужчин и 13 женщин. Комплексное УЗИ проводили с использованием основных стандартных режимов сканирования: цветное доплеровское картирование скоростей и энергии кровотока, спектральное доплеровское исследование. Первое УЗИ выполнялось после окончания операции в условиях реанимационного отделения. В течение 1-й недели после операции УЗИ проводились ежедневно. При благоприятном течении посттрансплантационного периода, в течение 2-й недели УЗИ проводились через день, а затем 1 раз в неделю вплоть до выписки из стационара. При наличии показаний УЗИ проводились чаще, иногда несколько раз в день. После выписки из стационара УЗ-контроль производился 1 раз в 3-4 мес, а при наличии показаний – чаще.

Результаты. Оценивая состояние паренхимы трансплантата печени, выявили диффузные и локальные изменения эхогенности. Диффузное повышение эхогенности трансплантата печени было выявлено только в позднем посттрансплантационном периоде у 1 (4,2%) пациента. Регионарные изменения эхогенности паренхимы трансплантата печени в раннем посттрансплантационном периоде (30 дней) были отмечены у 5 (20,8%) реципиентов и заключались в снижении эхогенности в области V и VIII сегментов печени. В позднем посттрансплантационном периоде регионарные изменения эхогенности паренхимы трансплантата печени также были выявлены у 2 (8,3%) пациентов, однако в данном случае имело место повышение эхогенности в области V и VIII сегментов трансплантата. Участок неоднородной структуры в подпеченочном пространстве в виде гематомы выявлено в раннем посттрансплантационном периоде у 1 (4,2%) пациента. Стеноз печеночной артерии в раннем посттрансплантационном периоде диагностирован у 1 (4,2%) пациента. У 23 (95,8%) реципиентов кровотока в печеночной артерии визуализировался в виде доплеровских волн с низким сопротивлением и непрерывным диастолическим потоком. В нашей серии наблюдений диффузное повышение эхогенности трансплантата правой доли печени было отмечено у 5 (20,8%) пациента в раннем посттрансплантационном периоде. Выявленные изменения сопровождались повышением уровня трансаминаз, ферментов холестаза и билирубина. В таких случаях, наряду с данными УЗИ, необходим тщатель-

ный анализ клинических и лабораторных показателей, а при их неспецифичности окончательный ответ может быть получен только после морфологического исследования биоптата ткани печени. Очаговое изменение эхогенности подпеченочного пространства в виде гематомы выявлено у 1 (4,2%) реципиента в раннем посттрансплантационном периоде. Определение стеноза печеночной артерии в раннем посттрансплантационном периоде способствовало определению дальнейшей тактики лечения (назначение гепарина с целью профилактики развития тромбоза печеночной артерии).

Заключение. Комплексное УЗИ, включающее в себя серошкальное сканирование, цветное и спектральное доплеровские исследования, является основным инструментальным методом, позволяющим своевременно и достоверно оценивать состояние трансплантата печени в различные сроки посттрансплантационного периода (размеры, экоструктуру, состояние сосудистых анастомозов и внутривнутрипеченочных желчных протоков). Применение при цветном и спектральном доплеровском исследовании критериев оценки нормально функционирующих сосудистых анастомозов позволяют достоверно диагностировать наличие их дисфункции.

РЕТРОГРАДНАЯ ВЕНОЗНАЯ РЕПЕРFUЗИЯ ПОЧКИ – ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Рысмаханов М.С.¹, Мусин Н.М.¹,
Жакиев Б.С.¹, Haberal M.²

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

²Университет «Baskent»,
г. Анкара, Турецкая Республика

Актуальность. Почечный трансплантат до включения в процесс жизнедеятельности организма реципиента неизбежно подвергается ишемии, которая всегда сопровождает хирургический процесс трансплантации почки. Основная стадия повреждения ткани трансплантата происходит при реперфузии органа. В результате ишемия и реперфузия инициируют каскад различных реакций, которые в дальнейшем могут привести к тяжелым последствиям вплоть до полной потери трансплантата. Весь этот сложный процесс определяется как ишемически-реперфузионное повреждение (ИРП).

Цель работы – представление результатов по изучению влияния ретроградной венозной реперфузии почки на ее ИРП.

Материал и методы. Семи самцам кроликов белой новозеландской породы после лапаротомии проведена изоляция левой и правой почки с мобилизацией почечных сосудов и выделением надпочечниковых вен. После 15 минутной ишемии почки промывали перфузионным раствором (с эвакуацией перфузата через надпочечниковые вены). Затем проводилась предварительная ретроградная венозная реперфузия левой почки с последующей типичной антеградной артериальной реперфузией обеих почек.

Через 24 часа проводилась эвтаназия и забор обеих почек кроликов для гистологического исследования. Гистологические изменения оценивались по 7 параметрам (десквамация эпителия, проходимость канальцев, вакуолизация, интерстициаль-

ный отек, сморщивание клубочков, апоптоз ядер, состояние щеточной каемки) с градацией от 0 до 3, где: 0 – нет изменений; 1 – минимальные; 2 – средней выраженности; 3 – выраженные изменения.

Результаты. При сравнительной характеристике гистологических изменений по четырем параметрам существенных различий между двумя группами не отмечено. Однако, степень вакуолизации, сморщивания клубочков и апоптоза ядер в образцах тканей группы с РВРП менее выражены по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$).

Заключение. Результаты экспериментального исследования показали, что применение РВРП позволяет уменьшить степень ИРП почки.

HLA ANTIBODIES IN KIDNEY TRANSPLANTATION OUTCOMES

Saparbay J., Assykbayev M., Abdugafarov S.

*National Research Oncology Center,
Hepatobiliary and transplant surgery department,
Nur-Sultan, Kazakhstan*

Introduction. Chronic kidney disease is one of a great socio-demographic burden in Kazakhstan. The number of patients with CKD increases annually. Among renal replacement approaches, kidney transplantation (KTx) is the best treatment approach. Nearly 100 kidney transplantations from living donors and 30 kidney transplantations from deceased donors are performed annually in Kazakhstan. Currently, 3012 patients are waiting for kidney transplantation in Kazakhstan. There is a burden of organ shortage, mostly due to the low rate of cadaveric transplantation, this feature is very common for all Asian countries. Moreover, there is one more obstacle for recipients to receive either cadaveric or living graft-sensitization to the human-leucocyte antigens. There are 3,5% highly sensitized patients among 3012 patients on the waiting list for kidney transplantation in Kazakhstan.

Material and methods. The data for this retrospective study was taken from the archives of the National Research Oncology Center and Research Center for Transfusiology, Nur-Sultan, Kazakhstan. The initial database consisted of blinded data of 308 people. Those, who did not have information about class I and II antigens were excluded from the study, leaving the analysis for 253 patients. All ethical principles of the Helsinki Declaration have been followed. The Ethical Committee of the National Research Oncology Center (permit number #12) approved the study.

Results. In total more than 450 KTx were performed in our center. 253 recipients were included in this study, based on existence of complete preoperative and follow-up data, including immunological status. We have found that the presence of HLA class I antibodies was significantly related to the graft loss ($p=0,046$). It was revealed that there are no relationship between presence of HLA class II antibodies and the graft loss ($p=0,324$). Acute postoperative rejection was highly correlated with graft loss ($p < 0,001$). Of the cohort, 18 (7%) had acute rejection, and 13 (72%) of them were women ($p < 0,001$). The graft survival was statistically significantly related to the gender of the recipient with ($p=0,002$). The 5-year survival of a graft in females was 80,2%, while for males it was 95,3%. In addition, post-operational complications remarkably influenced the graft loss with $p=0,005$.

Conclusion. Overcoming the HLA incompatibility is one of the approaches to decrease the organ shortage. Our data showed that donor characteristics, such as age, gender and donor type, had no impact on kidney survival. Recipients' gender, immunological status and acute graft rejection episodes after transplantation were predictors of a worse kidney function 1 year after transplantation.

HLA DESENSITIZATION IN KIDNEY TRANSPLANTATION

Saparbay J., Assykbayev M., Abdugafarov S.

*National Research Oncology Center,
Hepatobiliary and transplant surgery department,
Nur-Sultan, Kazakhstan*

Introduction. For many patients with end-stage renal disease (ESRD) sensitization to human leukocyte antigens (HLA) antigens is the main obstacle to getting the kidney either from a living or deceased donor. HLA sensitization occurs as the result of repeated pregnancy, blood transfusion, or previous transplantation. Overcoming the HLA incompatibility is one of the approaches to decrease the organ shortage. There are 3,5% highly sensitized patients among 3012 patients on the waiting list for kidney transplantation in Kazakhstan.

Purpose: discuss the current state of desensitization therapy for patients with HLA antibodies and assess 2-stage desensitization method.

Material and methods. 27 patients with ESRD were included in this study. All candidates were tested for cross-match serological compatibility. Cross-match analysis was performed with T- and B-cells of the donor and native serum of the recipient and dilutions of 1:2, 1:4, 1:8, 1:16. Prior to cross-matching, recipient sera were treated with DTT to detect IgG class antibodies. The results were evaluated on an inverted microscope on an 8-point scale.

The specificity of HLA antibodies was determined by Luminex technology using the Single Antigen Bead Assay (Luminex, One Lambda Inc). C1qScreen₄ kits (One Lambda Inc) were additionally used to detect complement-binding anti-HLA antibodies in C1q serum. In the sera of the recipients, HLA antibodies of class I and II were determined. The results were considered positive if they showed a Mean Florescent Intensity of more than 500.

Patients underwent 2-stage desensitization therapy, including rituximab injection, followed by plasmapheresis and 2-component immunosuppression therapy.

HLA antibody-specificity and cross match test was performed before and after treatment.

Results. The cohort consists of 27 patients with ESRD. The male: female ratio 1:2 with 38,5 % men and 61,5 % women. The mean age of patients was 48,5 years old.

In 30,8% of patients, a decrease in the level of leukocyte antibodies was observed after the administration of rituximab and three sessions of citrate plasmapheresis. In 23,1%, the level of sensitization remained at the same level. An increase in the level of leukocyte antibodies is noted in 15,4% of the participants.

In 53,8% of patients, a positive cross-match test persists, which leads to the impossibility of kidney transplantation from a living related donor. A significant decrease in leukocyte antibodies was found in 53,8% of patients after repeated plasmapheresis

sessions. Eight patients had antibodies to the HLA I class A locus, 10 to HLA I class B, and 5 patients to the HLA I class Cw locus. Among the sensitization to HLA class II, antibodies to DQ and DR prevailed. Antibodies to the HLA II class DP locus are noted in 1 patient. Before the introduction of rituximab, the initial level of CD 20 expression was determined: the maximum was 98,6, the minimum was 5,6. During the study, the panel of reactive antibodies in all recipients was (PRA) $\geq 30\%$ and MFI > 3000 .

Conclusion. According to preliminary data, the combination of plasmapheresis and rituximab was not sufficient to achieve a negative cross-match test and perform kidney transplantation. This research is ongoing.

THE OUTCOMES OF THROMBOTIC MICROANGIOPATHY AFTER LIVER TRANSPLANTATION:

A NATIONWIDE SURVEY IN JAPAN

Mitsuhsu Takatsuki¹, Susumu Eguchi², Masakazu Yamamoto³, Hiroki Yamaue⁴, Yasutsugu Takada⁵

¹Department of Digestive and General Surgery, Graduate School of Medicine, University of the Ryukyus, Okinawa, Japan,

²Department of Surgery, Nagasaki University Graduate School of Biomedical Sciences, Nagasaki, Japan,

³Department of Surgery, Institute of Gastroenterology, Tokyo Women's Medical University, Tokyo, Japan,

⁴Second Department of Surgery, Wakayama Medical University, Wakayama, Japan,

⁵Department of Hepato-Biliary-Pancreatic and Breast Surgery, Ehime University Graduate School of Medicine, Toon, Japan

Background. Although liver transplantation (LT) has become the standard procedure for end-stage liver diseases, we occasionally encounter a situation in which it is difficult to control the graft function and eventually observe graft loss. Thrombotic microangiopathy (TMA) is recognized as one of such poor-prognosis factors after LT, and the precise outcome of TMA is unclear. We sought to elucidate the factors affecting the outcome of TMA after LT in Japan, based on the data from a nationwide survey.

Material and methods. Of the 231 institutions with board-certified surgeons of the Japanese Society of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery in Japan in February 2018, 17 centers (7,4%) had 5,667 LT cases and provided the case details of 100 patients (1,8%) who developed TMA after LT during the 27 years from January 1990 to December 2016, and we enrolled the 100 cases in this nationwide survey. All 100 patients underwent living donor LT; there were 53 males and 47 females with the median age at transplantation of 53 (range 0–67) years. The patient survival after the development of TMA and the factors that affected the patients' outcomes were retrospectively analyzed.

Results. The 1-, 3-, and 5-year patient survival rates after transplantation were 66,5%, 64,3%, and 62,0%, respectively. These rates are generally poor compared to the overall patient survival after LT registered with the Japanese Liver Transplantation Society as of December 2017: 85,0%, 80,9%, and 78,5%, respectively. In a multivariate analysis, the requirement of renal replacement therapy during TMA treatment was the only factor that was significantly related to poor outcome after the development of

TMA. Thirty-four patients died after developing TMA, and the main causes of death were infection (n=17), hepatic arterial thrombosis (n=3), cerebral bleeding (n=3), cardiac complication (n=2), respiratory complication without infection (n=2), antibody-mediated rejection (n=3), tacrolimus-associated encephalopathy in one and not specified (n=3).

Conclusion. The outcomes of TMA were generally poor. The progression of renal dysfunction despite intensive treatment might be the only factor related to the poor prognosis after the development of TMA.

ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПОЧКИ ОТ ЖИВОГО РОДСТВЕННОГО ДОНОРА: НАШ ОПЫТ

Туртабаев Б.У.¹, Баймуратова А.О.², Нарбаев Д.А.¹, Устемиров Е.Б.¹, Азходжаев А.А.¹, Капусиди К.Г.¹, Тулебеков Б.Т.¹, Джошибаев С.¹

¹ТОО «Научно-клинический центр кардиохирургии и трансплантологии», г. Тараз, Республика Казахстан,

²Городская многопрофильная больница, г. Тараз, Республика Казахстан

Введение. Трансплантация от живого родственного донора получила широкое распространение среди большинства стран с развитой системой здравоохранения. В Казахстане на сегодняшний день наблюдается большая очередь пациентов, ожидающих трансплантацию почки. По статистике приведенной Республиканским координационным центром по трансплантации РК на июнь 2022 г. 3174 взрослых человека и 63 детей нуждаются в трансплантации почки, из них по Жамбылской области 91 взрослый и 8 детей. В связи с этим трансплантация от живого родственного донора приобретает особую значимость.

Цель работы – оценить первичные результаты трансплантации почки от живого родственного донора в ТОО «Научно-клинический центр кардиохирургии и трансплантологии».

Материал и методы. В период с апреля по сентябрь 2018 г. в НКЦКТ 13 пациентам с диагнозом ТХПН была проведена трансплантация почки от живого родственного донора. Донорами почки выступили родственники реципиентов, имевшие 1-3 степени генетического родства. Возраст реципиентов варьировался от 20 до 71 лет, со средним значением равному 57,7 годам, в то же время тот же показатель у доноров варьировался от 24 до 43 лет со средним показателем равному 31,7 году. Дифференциация реципиентов по клиническому диагнозу была следующая: из 13 реципиентов, 5 – в исходе нефропатического диабета, 3 – в исходе хронического гломерулонефрита, 4 – в исходе артериальной гипертонии и 1 – в исходе синдрома Альпорта со сниженной функцией визуализации и слуха. Помимо этого, у всех реципиентов до и во время операции проводилась иммуносупрессивная терапия, которая основывалась на следующих препаратах: базовая терапия – ингибиторы калцневрина (адваграф и циклоспорин А), микофеноловая кислота (майфортик), глюкокортикоид (преднизолон, метилпреднизолон), индукционная терапия – базиликсимаб и метилпреднизолон (солумедрол). Тактика оперативного вмешательства и дальнейшего ведения больного были тщательно согласованы с хирургическим советом. Операции были допущены только при наличии информированного и добровольного нотариального согласия донора и реципиента на операцию. Также до операции повторно контрольно определялась группа крови пациентов и были

получены согласия больных на оперативное вмешательство и переливание компонентов крови. Во всех 13 случаях для забора почки у доноров производилась нефроуректомия слева с использованием параректального забрюшинного доступа. Донорская почка в 12 случаях пересаживалась в правую подвздошную ямку, и только в одном случае в левую подвздошную полость.

Результаты. Из 13 случаев, возникло только 1 осложнение, не связанное с несостоятельностью пересаженного трансплантата. Осложнение возникло при экстубации ИВЛ трубки по причине анатомически узкой трахеи реципиента. В дальнейшем данное состояние было купировано реинтубацией и постсимптоматической терапией в ОРИТ. Помимо этого за отчетный период, уровень летальности составил 0%. Все пациенты были выписаны с рекомендациями по дальнейшему наблюдению по месту жительства.

Заключение. Учитывая катастрофическую нехватку донорских органов наряду с пока что неразвитой системой трупного донорства в стране, опыт нашего Центра продемонстрировал, что трансплантация от живого родственного донора является рациональной и дееспособна стимулировать развитие трансплантационной службы в РК, эффективно и целенаправленно сокращая количество пациентов в листе ожидания. Применяя данную технологию, эффективное количество пациентов, находящихся в листе ожидания может быть значительно снижено за счет более частой вероятности тканевой совместимости среди родственных пар. Еще одним преимуществом трансплантации от живого родственного донора является тот факт, что данная операция планируется заранее, что позволяет в большинстве случаев полностью избежать терапии диализом. Наконец, сама подготовка к операции проходит более эффективно, так как есть время все спланировать заранее в отличие от экстренной трупной трансплантации. Вышеперечисленные факторы, несомненно, определяют экономическую целесообразность данной высокоспециализированной технологии.

ПРОБЛЕМЫ ПОДБОРА ДОНОРА В ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ

Хаджибаев А.М., Хаджибаев Ф.А., Султанов П.К.,
Эргашев Д.Н., Исмаев А.А.

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

Введение. Несмотря на большое количество ежегодно проводимых операций по трансплантации почки ежегодный прирост и омоложение терминальной стадии хронической почечной недостаточности постепенно увеличивается, соответственно потребность к донорским органам возрастает. По данным Global Observatory on Donation and Transplantation за 2020 год из проведенных трансплантаций органов (31,7%) составило трансплантация почки от живых доноров. Постоянная нехватка трупных донорских органов увеличивает потребность к более широкому использованию живых доноров. Донором почки могут стать практически любой человек, который соответствует определенным критериям.

Цель исследования – изучение особенностей живых родственных доноров для трансплантации почки в материале одного центра.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ данных 290 родственных потенциальных доноров, которые были обследованы за период с января 2020 г. по декабрь 2021 г. в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи. Изучалась частота встречаемости противопоказаний донорской нефрэктомии в условиях нашего центра.

Результаты. Из всех обследованных 290 доноров, 137 (47,24%) составили братья и сестры, 73 (25,17%) – родители, 27 (9,31%) – дети, 23 (7,93%) – дяди и тети, 18 (6,2%) – супруги, 7 (2,41%) – племянники(цы) и 5 (1,72%) – двоюродные братья и сестры. Разделение по полу: 163 (56,2%) потенциальных доноров женского пола и 127 (43,79%) – мужского пола. Средний возраст составил $42,8 \pm 10,4$ (минимальный возраст – 23 года, максимальный – 65 лет). В данном материале были исключены доноры с возрастной группой моложе 18 и старше 65 лет. Из всех обследованных больных был проведен донорская нефрэктомия 101 (34,82%) больному и 23 (7,93%) в листе ожидания для операции. Донорская нефрэктомия было противопоказано 166 (57,24%) первично обследованных больным. Из них у 68 (40,9%) больных выявлено артериальная гипертония, 28 (16,8) повышенный индекс массы тела, 19 (11,4%) диабет, 13 (7,8%) тромбозы и тромбэмболии в анамнезе, 10 (6,2%) положительный HbsAg (поверхностные антигены к гепатиту В), 9 (5,4%) положительные антитела к HCV-гепатиту, 9 (5,4%) снижение функции почек (клиренс креатинина ниже 80 мл/мин), 5 (3%) беременность, 3 (1,8%) злоупотребление алкоголем, 2 (1,2%) наличие HIV антител (антитела к вирусу иммунодефицита человека).

Выводы. По результатам нашего исследования большинство родственных доноров на трансплантацию почки составили братья и сестры. При тщательном обследовании и при сборе подробных анамнестических данных практически у каждого второго потенциального донора почки выявляется противопоказание к донорской нефрэктомии. Артериальная гипертония явилось наиболее часто встречаемой причиной исключения кандидатов от донорство. Выявление противопоказаний у потенциальных доноров при первичном обследовании даёт возможность предупредить возникновение послеоперационных осложнений и уменьшает риск потери почечного трансплантата и отрицательное влияние проведенной операции на здоровье донора.

ОТСРОЧЕННАЯ ФУНКЦИЯ ПОЧЕЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА ОТ ПОСМЕРТНОГО ДОНОРА. МНОГОФАКТОРНАЯ ПРОБЛЕМА – КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД

Шабунин А.В.^{1,2}, Дроздов П.А.¹, Нестеренко И.В.¹,
Макеев Д.А.¹, Журавель О.С.¹

¹ГБУЗ «Городская клиническая больница имени С.П. Боткина»,
г. Москва, Российская Федерация,
²ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия
непрерывного профессионального образования» МЗ РФ,
г. Москва, Российская Федерация

Актуальность. Трансплантация почки – наилучший метод заместительной почечной терапии (ЗПТ) у больных терминальной стадией хронической почечной недостаточности, ассоциирующая с наилучшими отдаленными результатами по

сравнению с другими методами ЗПТ. Самым частым осложнением трансплантации почки от посмертного донора является отсроченная функция почечного трансплантата (ОФПТ).

Цель работы – выявить факторы риска развития ОФПТ, полученного от посмертного донора и разработать комплекс профилактических мероприятий по снижению частоты развития данного осложнения.

Материал и методы. С июня 2018 по май 2022 г. в городской клинической больнице имени С.П. Боткина было выполнено 286 трансплантаций почки от посмертного донора. Из них 178 мужчин (62,2%) и 108 женщин (37,8%), средний возраст реципиентов составил $46,7 \pm 11,5$ (19-73) лет. В I группу наблюдения вошло 181 больной, оперированный с июня 2018 по май 2021 года, где не проводилась комплексная профилактика развития ОФПТ, во II группу – 105 больных, оперированных с июня 2021 по май 2022 года, где проводилась комплексная профилактика ОФПТ. Группы были сравнимы по возрастному-половому составу, этиологии хронической почечной недостаточности, ИМТ.

Результаты. При многофакторном анализе факторов риска развития ОФПТ достоверно влияли на развитие данного осложнения: время статической холодовой консервации почечного трансплантата, полученного от донора с расширенными критериями более 9 часов ($p=0,018$), время вторичной тепловой ишемии более 45 минут ($p=0,025$), максимальная концентрация ингибитора кальциневрина более 23 нг/мл в первые 7 дней после операции ($p=0,041$), индекс резистентности (ИР) почечного трансплантата после операции более 0,85 ($p=0,047$). В I группе наблюдения ОФПТ зафиксирована у 53/181 больных (29,3%). В комплексную профилактики развития ОФПТ во II группе наблюдения входило применение: машинной оксигенированной перфузии почечного трансплантата, полученного от донора с расширенными критериями, устройства для элиминации вторичной тепловой ишемии, персонализированного алгоритма назначения пролонгированной формы ингибитора кальциневрина, постоянной инфузии алпростадилла при ИР более 0,85 после операции. Во II группе наблюдения ОФПТ зафиксирована у 11/105 больных (10,4%), что было достоверно ниже данного показателя в I группе ($p=0,02$).

Заключение. Комплексный подход с применением машинной оксигенированной холодовой перфузии почечного трансплантата, устройства для элиминации вторичной тепловой ишемии, персонализированного алгоритма назначения ингибитора кальциневрина, алпростадилла позволяет снизить частоту развития отсроченной функции почечного трансплантата, тем самым улучшить как непосредственные так и отдаленные результаты трансплантации почки от посмертного донора.

ПРОГРАММА ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СКОРОПОМОЩНОМ ГОРОДСКОМ СТАЦИОНАРЕ.

ОРГАНИЗАЦИОННАЯ НЕОБХОДИМОСТЬ И ПРЕИМУЩЕСТВА В РЕАЛИЗАЦИИ

Шабунин А.В.^{1,2}, Парфенов И.П.², Бедин В.В.^{1,2},
Минина М.Г.¹, Дроздов П.А.¹, Левина О.Н.¹,
Цуркан В.А.¹

¹ГБУЗ «Городская клиническая больница имени С.П. Боткина»,
г. Москва, Российская Федерация,

²ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия
непрерывного профессионального образования» МЗ РФ,
г. Москва, Российская Федерация

Актуальность. Трансплантация печени – единственный радикальный метод лечения больных терминальной стадией диффузных заболеваний печени, ассоциирующая с наилучшими отдаленными результатами по сравнению с другими методами лечения.

Цель работы – проанализировать результаты внедрения программы трансплантации печени от посмертного донора в работу городского круглосуточного многопрофильного стационара.

Материал и методы. С июля 2018 г. по май 2022 г. в Городской клинической больнице имени С.П. Боткина было выполнено 126 трансплантаций печени от посмертного донора. Из них 71 мужчина (56,3%) и 55 женщин (43,7%), средний возраст реципиентов составил $49,04 \pm 8,39$ (24-68) лет. Цирроз печени в исходе ХВГС диагностирован у 66 больных (52,3%), аутоиммунные заболевания печени – 18 больных (14,2%) алиментарный генез – 16 больных (12,7%), ХВГВ – 13 больных (10,3%), ЦПР – 6 больных (4,9%), другая патология – 7 больных (5,6%). За описываемый период времени обследовано и включено в лист ожидания на трансплантацию трупной печени 171 больной. Для снижения смертности в листе ожидания широко использовались следующих хирургические процедуры: эндоскопическое лигирование вен пищевода – 38 больных (22,2%), трансюгулярное внутривенное портосистемное шунтирование (TIPS) – 21 больной (12,2%), частичная эмболизация селезенки (ЧЭС) – 6 больных (3,5%), совместное использование TIPS и ЧЭС – 18 больных (10,5%), регионарная химиотерапия – 7 больных (4,1%), радиочастотная абляция – 4 больных (2,3%).

Результаты. Летальность в листе ожидания составила 2,9% (5 больных). Во всех случаях причиной летального исхода являлось прогрессирование печеночной недостаточности. Послеоперационные осложнения (Clavien-Dindo >II) после трансплантации печени наблюдались у 15 больных (11,9%). Послеоперационная летальность зафиксирована у 3 больных (2,3%). В 2 случаях причиной летального исхода явилась острая сердечно-сосудистая недостаточность, в одном случае – септический шок. В процессе динамического наблюдения зафиксировано 8 летальных исходов в период от 3 до 35 месяцев после пересадки. В настоящее время динамическое наблюдение проходят 115 реципиентов почечного трансплантата

Заключение. Внедрение программы трансплантации печени в городской круглосуточный многопрофильный стационар позволяет создать замкнутый цикл лечения больных терминальной стадией диффузных заболеваний печени, что в свою очередь улучшает отдаленные результаты лечения данной категории больных.

ВОПРОСЫ ПРИМЕНЕНИЯ «СПАСИТЕЛЬНОЙ» ГЕПАТЭКТОМИИ И ВРЕМЕННОГО ПОРТОКАВАЛЬНОГО ШУНТА ПРИ УРГЕНТНЫХ ПОКАЗАНИЯХ К РЕТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Щерба А.Е., Коротков С.В., Штурич И.П.,
Ефимов Д.Ю., Федорук Д.А., Бучкина Е.И.,
Дзяздыко А.М., Руммо О.О.

ГУ «Минский научно-практический центр хирургии,
трансплантологии и гематологии»,
г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Ургентная трансплантация (ТП) и ретрансплантация (РеТП) для пациентов с острой печеночной недостаточностью и нефункционированием трансплантата является единственным шансом спасения жизни при разумном взвешивании операционных рисков. Нерешенной проблемой остается высокая периоперационная летальность и морбидность у данной категории реципиентов. Одной из стратегий формирования «моста» к РеТП является временный портокавальный шунт (ВПКШ).

Цель работы – проанализировать результаты применения ВПКШ при ТП и РеТП пациентам с ургентными показаниями.

Материал и методы. За период с 04.2008 по 04.2022 г. в центре выполнено 917 ТП. По ургентным показаниям выполнено 98 (10,6%) операций, в данной группе балл MELD составил 29 [26;38], 6 мес. – летальность 26% (26), частота ИСМП – 31% (31). Из них 33 (33,6%) ТП – по поводу фульминантной печеночной недостаточности (ФПН, отравление бледной поганкой 40%) и 48 (50%) – РеТП по поводу нефункционирования и дисфункции трансплантата (билиарной, септической, иммунологической этиологии, рецидив). Показанием к ВПКШ у 4 пациентов служили прогрессирующий СПОН, гемодинамическая нестабильность и ацидоз при ясности показаний к РеТП.

Результаты. Госпитальная и 6-месячная летальность при Ре-ТП и ФПН составила 43% и 24% соответственно ($p=0,07$). Медиана выживаемости в обеих группах была сопоставима 18 [1;30] дней при Ре-ТП и 12[3;18] при ФПН ($p=0,33$). Пациенты группы ФПН имели незначительно больший балл MELD – 37

[26;40] чем группы Ре-ТП – 32 [27-40], ($p=0,8$). Частота ранней дисфункции трансплантата (РДТ) в группе ФПН – 55% (16/29) и доля тяжелых форм РДТ – 50% были незначительно больше чем при Ре-ТП – 36% (15/41) и 40% соответственно ($p=0,1$).

Трое из 4 пациентов с ВПКШ умерли. Главным отличием их от выжившей пациентки были длительный период функционирования ВПКШ до РеТП (№1 и 4 пациента: 27 и 13 часов), тяжелый и длительный СПОН (4 и 5 суток, №1 и 2, тяжелый СПОН после РеТП №4), суммарный тяжелый функциональный дефицит вследствие отравления поганкой (№2), абдоминальная инфекция и сепсис после РеТП (№1), возраст (73 года, №4). Причинами гепатэктомии и применения ВПКШ явились – сверхострое гуморальное отторжение (AMR №1 и №4), СПОН на фоне отравления поганкой (№2).

Четвертой, выжившей пациентке гепатэктомия и ВПКШ были применены по поводу AMR после ТП по причине ЦП вирусной С этиологии с балом MELD 8. Время от ТП до ВПКШ составило 30 часов. Время функционирования ВПКШ – 12 часов. После РеТП не было инфекционных осложнений. Пациентка выписана на 74 сутки.

Во всех случаях кроме №4 гепатэктомия и ВПКШ привели к выраженной стабилизации гемодинамики и КОС несмотря на персистирующий высокий уровень молочной кислоты (более 20 ммоль/л), который сохранялся до появления признаков функционирования трансплантата при РеТП.

Отсутствие инфекции, короткий период от ВПКШ до РеТП (13 часов), неразрешившаяся сосудистая недостаточность после РеТП у пациентки №4 ставит вопрос о применении ЭКМО у данной категории пациентов.

Заключение. Ургентная ТП по поводу ФПН и РЕ-ТП сопровождается высокой морбидностью и госпитальной летальностью. Применение гепатэктомии и временного портокавального шунта являются единственным эффективным способом стабилизации гомеостаза и гемодинамики в ожидании РеТП при ясности тактики. Скорейшая РеТП (до 12 часов после ВПКШ), отсутствие инфекции и суммарного функционального дефицита (физиологического или вследствие длительного СПОН) являются предпосылками положительного результата.

VII. АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ В ХИРУРГИИ

NPWT – ТЕРАПИЯ

ПРИ ПАНКРЕАТОГЕННОМ СЕПСИСЕ

Анисимов А.Ю.¹, Якубов Р.А.², Ибрагимов Р.А.¹,
Кузнецов М.В.¹, Анисимов А.А.¹

¹ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский)

федеральный университет»,

г. Казань, Российская Федерация,

²ГАУЗ Республики Татарстан

«Больница скорой медицинской помощи»,

г. Набережные Челны, Российская Федерация

Актуальность. Исходя из того, что стандартизированная хирургическая тактика использования терапии отрицательным давлением (Negative pressure wound treatment – NPWT) при панкреатогенном сепсисе (ПС) отсутствует, а в доступной литературе имеются лишь единичные публикации по этому вопросу, целью нашего сообщения явился клинический анализ собственных результатов лечения больных ПС методом NPWT.

Материал и методы. Мы обладаем клиническим опытом лечения 11 пациентов ПС в комплексной лечебной программе которых была использована NPWT. Мужчин было 7 (63,6%), женщин – 4 (36,6%). По шкале APACHE II больных до 20 баллов было 8 (72,7%), более 20 баллов – 3 (27,3%). По классификации Baltazar: со степенью тяжести С-3 (27,3%), D-6 (54,55%), E-2 (18,2%). Клинические признаки сепсиса по Bone R.C. были у 11 (100%). Прокальцитонин в сыворотке крови 0,5 нг/мл – у 4 (36%), от 0,5 до 2 нг/мл – у 2 (18,2%), от 10 нг/мл и выше – у 5 (45%). Пресепсин в сыворотке крови от 400 до 999 пг/мл – у 4 (36%), от 1000 пг/мл и выше – у 7 (63%). Всем больным выполняли оперативное вмешательство в объеме лапаротомии, некрсеквестрэктомии, оментобурсостомии, санации и дренирования сальниковой сумки. Метод NPWT в нашем исполнении подразумевал выполнение повторных операций «по программе» для смены вакуум системы через трое суток. В среднем – 3-4 за весь период лечения. Критерием окончания режима программируемых операций считали очищение забрюшинной клетчатки от детрита и некроза, появление грануляций. После этого закрывали окончательно брюшную полость.

Результаты. Включение в комплексную лечебную программу ПС метода NPWT позволило перевести лечение открытой абдоминальной раны в контролируемый, управляемый процесс во временно закрытой среде. Это способствовало более раннему купированию синдрома системной воспалительной реакции. Отрицательное давление обеспечивало непрерывную эвакуацию экссудата и эффективное очищение раневой полости, стимуляцию пролиферации грануляционной ткани, уменьшало риск развития компартмент-синдрома, сокращало сроки стационарного лечения у больных с благоприятным исходом и улучшало качество жизни пациентов во время пребывания в стационаре.

Из 11 больных ПС выжило 4 (36,4%). 7 (63,6%) пациентов умерли. Среди умерших на первом этапе хирургического лечения 3 (43%) больным проведено традиционное дренирование полости малой сальниковой сумки трубчатыми и «сигарными» дренажами, что затруднило эффективную детоксикацию. Длительность стационарного лечения для выживших пациентов составила 53±9 суток. У 3 (43%) больных развились арозивные кровотечения, у 1 (14,3%) – кишечный свищ. В то же время мы не установили статистически значимых различий в частоте развития вышеперечисленных осложнений и уровнем летальности с использованием NPWT и без него.

Заключение. Наш клинический опыт позволяет говорить о том, что наилучшие клинические результаты лечения больных панкреатогенным сепсисом были получены от комплексной интенсивной терапии с использованием метода терапии отрицательным давлением, начиная с первого этапа хирургического лечения.

ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ ВЫСОКОПОТОЧНОЙ НАЗАЛЬНОЙ ОКСИГЕНОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ПИЩЕВОДЕ

Гейзе А.В.¹, Королева Ю.В.²

¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» МЗ РФ,

г. Москва, Российская Федерация,

²ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр «Лечебно-реабилитационный центр» МЗ РФ,

г. Москва, Российская Федерация

Цель исследования – оценка клинических преимуществ и недостатков высокопоточной назальной оксигенотерапии (ВПО) у пациентов с дыхательной недостаточностью после экстирпации пищевода с одномоментной пластикой на этапе постоперационной реабилитации.

Материал и методы. Проспективное двухцентровое исследование, одобренное локальными этическими комитетами учреждений (протокол №002-2019 от 08.02.2019 г.) при информированном согласии пациентов, включало 90 человек, которым выполнялась эзофагэктомия с одномоментной гастрозофагопластикой. Все вмешательства при стандартизированных условиях анестезиологического обеспечения и интенсивной терапии ближайшего послеоперационного периода. Рандомизацией методом конвертов, две группы последовательных пациентов: 1-я (n=45) со стандартной респираторной терапией (СРТ) – побудительная спирометрия (нагрузочные, высокообъемные спирометры), назальная оксигенотерапия с короткими сеансами НИВЛ с незначительным давлением в конце выдоха (до 6 мм рт.ст.). 2-я (n=45) – с ВПО (аппарат AIRVO-2, Fisher and Piker, Новая Зеландия) че-

рез носовые канюли. Параметры респираторной терапии подбирались индивидуально, по значениям $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$, SaO_2 ; оценивались длительность сеанса и субъективная переносимость методов респираторной терапии (баллы от 1 до 10), динамика рентгенологической картины органов грудной клетки, частота изменения методов РТ, продолжительность лечения пациента в реанимационной палате, связанная с легочными осложнениями. Критерии включения: пациенты с эзофагэктомией и гастроэзофагопластикой, не имеющих хирургических осложнений, мужского пола, возраст 25-80 лет, на самостоятельном дыхании после операции (экстубированные), гемодинамически стабильные. Критерия исключения: женский пол, возраст <25 >80 лет, с нестабильной гемодинамикой в послеоперационном периоде, находящиеся на продленной искусственной вентиляции легких; отсутствие согласия. Группы сопоставимы по основным клинико-антропометрическим данным, для всех значений $p > 0,05$.

Результаты. Показаны определенные преимущества ВПО: пациенты не испытывали дискомфорта в течение длительного сеанса, тогда как СРТ периодически приходилось прекращать (раздражение лицевой маской, сухость носоглотки, ощущение переполнения желудка воздухом, невозможность приема пищи и питья при одновременной инсуффляции O_2) и продолжать сеанс после определенного перерыва. Непрерывность процедуры ВПО позволяла постепенно снижать поток O_2 , необходимый для поддержания адекватного уровня оксигенации, тогда как при СРТ фракция кислорода оставалась постоянной и относительно высокой без понимания реальной дозы поступления. В группе пациентов с ВПО высокий поток с управляемой фракцией O_2 позволяет в первые послеоперационные сутки быстрее достигать целевых значений индекса оксигенации при сопоставимых значениях сатурации ($94 \pm 3\%$; min – 91; max – 97) при СРТ и $96 \pm 4\%$ (min – 92; max – 100) при ВПО. Поступаемая увлажненная и согретая воздушная смесь с постоянным давлением на выдохе профилактирует ателектазирование за счет умеренного рекрутирования альвеол, что влияет на возникновение/развитие инфильтративных изменений в легких, респираторного дистресс-синдрома ($p=0,01$), там самым снижает случаи перевода пациентов на ИВЛ (9 vs. 13), и, соответственно, время нахождения в ОРИТ (304,3[55,8] vs. 279 [56,06]). В обеих группах наиболее частая причина перевода на ИВЛ – прогрессирование дыхательной недостаточности до ДН 3, связанное с развитием полиорганной недостаточности на фоне сепсиса в рамках несостоятельности эзофагогастроанастомоза (10 – 45,45%), а также внутрибольничной двусторонней полисегментарной пневмонии (8 – 36,4%); в единичных случаях (4 – 18,2%) – тотальный пневмогидроторакс (с экстубацией после его разрешения), что не связано напрямую с методиками респираторной реабилитации.

Заключение. Применение ВПО оправдано в составе комплексной респираторной терапии у пациентов с дыхательной недостаточностью легкой и средней степени. Преимущества ВПО по сравнению с обычными системами доставки кислорода включают повышенный комфорт, повышенное увлажнение секрета трахеобронхиального дерева для облегчения отхаркивания, уменьшении мертвого пространства для повышения эффективности вентиляции, обе-

спечение небольшого положительного эффекта давления в дыхательных путях. Однако показания к проведению ВПО не являются абсолютными, и большая часть доказанной пользы является субъективной и физиологической. Выбор между этими методами должен быть индивидуализирован и зависит от состояния пациента, предпочтений пациента, тяжести гипоксемии, потребности в вентиляции и положительного давления в конце выдоха.

ИНДЕКС ВАРИАЦИИ ПЛЕТИЗМОГРАММЫ КАК СПОСОБ ОЦЕНКИ ОТВЕТНОЙ РЕАКЦИИ НА ИНФУЗИОННУЮ ТЕРАПИЮ У ПАЦИЕНТОВ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ

Ералина С.Н., Исмаилов Е.Л.,
Еспенбетов Е.Б., Аскарбеков Ж.С.

*Институт дополнительного и профессионального
образования Казахского Национального медицинского
университета имени С.Д. Асфендиярова,
Городская клиническая больница №7,
г. Алматы, Республика Казахстан*

Цель работы – оценить достоверность неинвазивного динамического показателя индекса вариации плетизмограммы по сравнению с индексом растяжения нижней полой вены.

Материал и методы. В исследование были включены 26 взрослых пациентов, поступивших в отделение интенсивной терапии с признаком развития гипотензии (САД <65 мм рт.ст.). Индекс вариации плетизмограммы (PVI) регистрировали с использованием монитора Masimo Radical-7, а измерения индекса растяжения нижней полой вены (dIVC) проводились помощью УЗИ аппарата Terason. Исходя из порогового измерения индекса dIVC в 18%, пациенты были распределены на две группы: реагирующие и не реагирующие на инфузионную нагрузку. Гемодинамические данные, индекс PVI и индекс dIVC регистрировались в заранее определенные моменты времени после введения жидкости – 20 мл/кг кристаллоидного раствора.

Результаты. Исходные значения индекса PVI были значительно выше у первой группы, пациенты реагирующие на инфузионную нагрузку ($22,3 \pm 8,2$) по сравнению со второй группой, пациенты не реагирующие на инфузионную нагрузку ($10,1 \pm 2,9$) ($p < 0,001$) и показали тенденцию к снижению во всех временных точках у пациентов реагирующих на инфузионную нагрузку. Аналогичная тенденция к снижению наблюдалась в показателях индекса dIVC. В целом, график корреляции Пирсона показал отличную корреляцию между значениями индекса dIVC и индекса PVI во всех временных точках ($r=0,678$, $p=0,001$). Кривая ROC между значениями индекса dIVC и индекса PVI показала, что значение индекса PVI более 15,5% является пороговым значением для определения реагирующих и не реагирующих пациентов с чувствительностью 90,2% и специфичностью 75% с AUC 0,84 (0,72-0,96) ($p < 0,001$).

Заключение. Существует значимая взаимосвязь между значениями индекса PVI и измеренными значениями индекса dIVC на исходном этапе и во время инфузионной терапии. Таким образом, данный индекс PVI может быть альтернативным методом для оценки инфузионной нагрузки у критических больных пациентов в реальном времени.

МНОГОПАРАМЕТРИЧЕСКАЯ ОБЩАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПОД КОНТРОЛЕМ ОБРАБОТАННОЙ ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАММЫ КАК ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ДЕЛИРИЯ

Ералина С.Н., Рамазанов М.Е., Исмаилов Е.Л.

Институт дополнительного и профессионального образования
Казахского Национального медицинского университета
имени С.Д. Асфендиярова,
Городская клиническая больница №7,
г. Алматы, Республика Казахстан

Цель работы – изучить влияние анестезии под контролем электроэнцефалограммы на частоту послеоперационного делирия.

Материал и методы. В этом клиническом исследовании с участием 55 пациентов, перенесших нейрохирургическую операцию под общей анестезией, сравнивались результаты мониторинга индекса состояния пациента (PSI) [SEDLiNE Brain Function Monitor (Masimo Inc, Ирвайн, Калифорния)] (стандартная группа, n=28) с PSI в сочетании с мониторингом под контролем спектрограммы с частотной модуляцией (DSA) (контрольная группа, n=27) для снижения риска интраоперационного подавления (супрессии) электроэнцефалограммы (ЭЭГ). Все пациенты находились под наблюдением с помощью непрерывной церебральной оксиметрии на основе спектроскопии в ближнем к инфракрасной области (NIRS), чтобы избежать периоперационной гипоперфузии или гиперперфузии головного мозга. Первичной целью была частота послеоперационного делирия по алгоритму Confusion Assessment Method в первые 3 дня после операции, вторичной целью – другие неврологические осложнения и продолжительность пребывания в стационаре.

Результаты. Во время операции ни в одной из групп не наблюдалось эпизодов церебральной гипоперфузии или гиперперфузии по данным мониторинга NIRS. Частота послеоперационного делирия в течение 3 дней после операции была значительно ниже в контрольной группе по сравнению со стандартной группой (7,87% против 28,91%, $p < 0,01$). Различий между группами по частоте неврологических осложнений и длительности послеоперационного пребывания в стационаре не было.

Заключение. Ведение общей анестезии под контролем обработанной электроэнцефалограммы, состоящее из PSI в сочетании с мониторингом DSA, может значительно снизить риск послеоперационного делирия у пациентов, перенесших нейрохирургическую операцию. Пациентам, особенно с гемодинамическими колебаниями или перенесшим хирургические вмешательства, нарушающие церебральную перфузию, может помочь мониторинг нескольких параметров ЭЭГ во время операции.

РОТАЦИОННАЯ ТРОМБОЭЛАСТОМЕТРИЯ В ХИРУРГИИ ОСТРОЙ ДИССЕКЦИИ АОРТЫ I ТИПА ПО ДЕБЕЙКИ

Зацаринный А.В.^{1,2}, Мейрамбек М.Б.²

¹ГКП на ПХВ «Городской кардиологический центр»,
г. Алматы, Республика Казахстан,

²Казахстанско-Российский медицинский университет,
г. Алматы, Республика Казахстан

Цель работы – оценить систему гемостаза с помощью ротационной тромбоэластометрии (ROTEM) при экстренном хирургическом лечении пациентов с острой диссекцией аорты I типа по ДеБейки в сравнении с плановыми операциями на аорте в качестве контроля.

Материал и методы. Исследование является ретроспективным анализом клинических случаев (n=24) – 13 пациентам было проведено экстренное хирургическое лечение по поводу острой диссекции аорты I типа по ДеБейки, 11 пациентам выполнена плановая хирургическая коррекция аневризмы восходящего отдела аорты на базе ГКП на ПХВ «Городской кардиологический центр» г. Алматы в 2019-2021 годах, оценка гемостаза при этом осуществлялась под контролем ротационной тромбоэластометрии.

Результаты. Тромбоэластометрия (INTEM, EXTEM, HEPTEM, APTEM и FIBTEM) проводилась до, во время и после операции по поводу острой диссекции аорты I типа по ДеБейки или плановой операции на восходящем отделе аорты. В группе I типа по ДеБейки отмечался гиперкоагуляционный паттерн ROTEM при поступлении в операционный блок, что характеризовалось ускоренным образованием сгустка, его высокой прочностью и удлинением времени фибринолиза. В обеих группах во время операции наблюдалась активация внешнего и внутреннего пути коагуляции, но в группе острого расслоения имелся прогрессирующий дефицит факторов свертывания крови. Пациентам в группе диссекции аорты I типа по ДеБейки проводилось больше трансфузий во время операции и в первые 24 часа после неё. Переливание эритроцитарной массы (3,2 дозы ($\pm 3,8$) против 1,2 дозы ($\pm 1,5$), $p < 0,05$) и свежезамороженной плазмы (1380 мл (± 180) против 940 мл (± 150 мл), $p < 0,05$) было больше в группе экстренной операции. Лечение развившейся коагулопатии в обеих группах было успешным, исходный уровень показателей гемостаза был достигнут до 1-го дня в послеоперационном периоде. Остаточное действие гепарина по результатам HEPTEM в послеоперационном периоде инактивировалось дополнительной дозой протамина сульфат.

Заключение. Исследование продемонстрировало, что острое расслоение аорты I типа по ДеБейки ассоциируется с развитием коагулопатии. Хирургическое вмешательство на аорте, применение искусственного кровообращения, гипотермия и циркуляторный арест наносят дополнительный ущерб системе гемостаза пациента. Необходима дальнейшая разработка локальных протоколов трансфузии для лечения этого сложного коагуляционного нарушения. Применение вискоэластических тестов для оценки гемостаза не отменяет необходимости в проведении рутинных лабораторных тестов.

СМЕНА ПАРАДИГМЫ ТАКТИКИ РЕСПИРАТОРНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ COVID-19 АССОЦИИРОВАННОМ ОСТРОМ РЕСПИРАТОРНОМ ДИСТРЕСС СИНДРОМЕ

Ибадов Р.А.¹, Ибрагимов С.Х.¹, Бурхонов Б.Б.²

¹ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В. Вахидова», г. Ташкент, Республика Узбекистан,

²ГУ «Республиканская специализированная инфекционная больница Зангиота №1», г. Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования – разработать схемы и алгоритмы респираторной терапии при COVID-19 ассоциированном острым респираторном дистресс синдроме (ОРДС) путем сравнительного анализа механики дыхания и газообмена у пациентов с пневмонией COVID-19 и типичным ОРДС, не связанным с COVID-19.

Материал и методы. Критерии включения пациентов в исследование: возраст старше 18 лет; наличие ОРДС (на основе показателя индекса оксигенации, согласно Берлинскому определению). Критерии исключения пациентов из исследования: интубация трахеи сразу же при поступлении в ОРИТ, достичь уровня насыщения артериальной крови кислородом более чем 93%. Проведена статистическая обработка и сопоставление полученных исходных характеристик пациентов (средний возраст, пол, баллы по SAPS II, доля случаев с легким, средним и тяжелым течением, давление плато (P_{plato}), PaO₂/FiO₂ и A-aO₂). Из двух групп исследования в основной группе 48 пациентов с COVID-19 ассоциированным ОРДС могли быть сопоставлены с таким же количеством 48 пациентами с типичным ОРДС, не связанными с COVID-19, и были включены в исследование. Рекомендации по начальному ведению интубированных пациентов включали седацию и ИВЛ в режиме контролируемой по объему с ДО 6-8 мл/кг прогнозируемой массы тела пациента и ЧД до 35 мин⁻¹ (регулируется в зависимости от pH артериальной крови (7,30-7,45) или по давлению. Группы исследования отличались со статистически значимой разницей по следующим показателям: у больных COVID-19 ассоциированным ОРДС дыхательные объемы были больше (9,7 против 5,1 мл/кг, p<0.001), ЧД был больше (38 против 30 мин⁻¹, p<0.001), соответственно отмечались более высокие цифры минутной вентиляции легких (27,7 против 10,5 л/мин, p<0,001), гиперкапнический тип был больше характерен для типичного ОРДС (PaCO₂ 38 против 43 мм рт. ст., p<0,001), комплайнс дыхательной системы был выше в группе COVID-19 ОРДС (48 против 30 мл/смH₂O, p<0,001), а также вентиляционный коэффициент (VR) был ниже в когорте COVID-19 ОРДС (1,5 против 2,0, p<0,01).

Результаты. Пациенты с COVID-19 ассоциированным ОРДС в первые сутки показали значительно более высокий уровень CRS, чем пациенты с ОРДС, не связанным с COVID-19, сопоставимые по возрасту, SAPS II, соотношению PaO₂/FiO₂ и уровню PEEP. На 7 день CRS не отличался между группами, но гипоксемия была более выраженной у пациентов с COVID-19, что свидетельствует о сохранении возможной диссоциации между гипоксемией и респираторной механикой. Пациенты с COVID-19 ассоциированным

ОРДС демонстрировали более низкий уровень VR в первый день по сравнению с пациентами без COVID-19. Далее VR при COVID-19 ОРДС значительно увеличился в течение первой недели развития и, однако не был выше на 7-й день, чем у пациентов без COVID-19. Статистические различия в CRS и VR, наблюдаемые в первые сутки респираторной терапии больше не определялись на 7-й день в процессе коррекции уровней давления в дыхательных путях и PEEP. Учитывая различные ассоциации респираторной механики, тяжести гипоксемии и возможности вовлечения легких у пациентов с ОРДС, связанным с COVID-19, наши результаты свидетельствуют в пользу систематической оценки респираторной механики и возможности персонализации настроек аппарата ИВЛ у этих пациентов.

Заключение. На ранних стадиях COVID-19 ассоциированного ОРДС пациенты сохраняют относительно хороший статический респираторный комплайнс и высокую минутную вентиляцию легких, несмотря на крайне низкую оксигенацию. Легочная инфильтрация часто ограничена по протяженности и в начале, как правило, характеризуется картиной матовых стекол на КТ, что указывает скорее на интерстициальный, чем на альвеолярный отек. У многих пациентов нет выраженной одышки, отмечается сниженная эластичность легких (высокий комплайнс), более низкая масса легких, определяемая при КТ, и плохой ответ на PEEP.

Разработанные в ходе исследования схемы и алгоритмы респираторной поддержки, основанные на особенностях механики дыхания и газообмена, позволяют улучшить результаты лечения больных с COVID-19 ассоциированным ОРДС с повышением индекса оксигенации, снижением доли случаев тяжелого ОРДС, сократить частоту летальности и длительность пребывания больных в ОРИТ.

При построении схем и протоколов применения различных режимов ИВЛ, необходимо ориентироваться на достижение целевых показателей ДО, что обеспечивается за счет индивидуальной установки уровней управляющих давлений (P_{supp}, PEEP и P_{insp}, P_{high} и P_{low}).

ОСОБЕННОСТИ СЕДАТИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПНЕВМОНИЕЙ COVID-19 И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Ибадов Р.А.¹, Ибрагимов С.Х.¹, Хакимов Б.Б.²

¹Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В. Вахидова, г. Ташкент, Республика Узбекистан,

²Республиканская специализированная инфекционная больница Зангиота-2, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования – провести сравнительный анализ эффективности дексметомидина при коррекции психоэмоциональных нарушений у больных с пневмонией COVID-19.

Материал и методы. Фундаментом исследования послужили результаты лечения 333 больных с психоэмоциональными расстройствами различной степени тяжести на фоне тяжелого

и крайне тяжелого клинического течения пневмонии COVID-19, пролеченных в отделениях реанимации и интенсивной терапии Республиканской специализированной многопрофильной инфекционной больницы Зангиота за период с июля 2020 года по январь 2021 года. Для оценки эффективности предлагаемого протокола седативной терапии проведено проспективное исследование с разделением пациентов на две группы. Группу сравнения составили пациенты, лечение психоэмоциональных нарушений у которых осуществлялось по традиционным методам и седацией пропофолом. В основной группе пациентов в комплексе лечения применен препарат дексмететомидин. Для достижения цели исследования использованы общеклинические, лабораторные, инструментальные, специальные и статистические методы исследований.

Результаты. Анализ клинического течения психоэмоциональных нарушений у пациентов с COVID-19 на фоне интенсивной терапии с применением режимов седации показал, что в группе пропофола в большинстве случаев сочетания депрессивного синдрома, тревожного расстройства и ПТСС (12 из 17, 70,6%) отмечено прогрессирование патологии, тогда как в основной группе данный показатель составил 47,4% (9 из 19) без статистической разницы ($p=0,159$). В группе дексмететомидина наблюдался сравнительно низкий процент случаев с ухудшением общего состояния. Статистически значимая разница в показателях улучшения клиники психоэмоциональных нарушений отмечалась в случаях депрессивного синдрома ($p=0,028$), тревожных расстройств ($p=0,018$), ПТСС ($p=0,011$), при сочетании депрессивно-тревожных расстройствах ($p=0,032$) и депрессии/ПТСС ($p=0,011$). Полученные результаты свидетельствуют о том, что тревожные расстройства и ПТСС являются наиболее сложно поддающейся лечению разновидностями психоэмоциональных нарушений у реанимационных больных с COVID-19. В группе дексмететомидина сводное значение доли прогрессирования психологически осложненного течения COVID-19 составило 21,8% (36 из 165), что имело статистически значимую разницу ($p<0,001$) и было ниже, чем в группе пропофола – 47,6% (80 из 168). Не отмечено межгрупповой разницы ($p=0,15$) во времени достижения и нахождения пациентов в целевом диапазоне седации (оценка по шкале RASS от -2 до +1). Также не отмечено статистически значимой разницы ($p=0,54$) по доле случаев, при которых требовалось прерывание приема исследуемого препарата для поддержания балла по шкале RASS от -2 до +1. При этом в группе дексмететомидина средняя продолжительность седации исследуемым препаратом составила 4,2 суток, тогда как в группе пропофола данный показатель составил 6,2 суток ($p=0,01$). В отношении сроков от начала седации и до отлучения от СРАР поддержки была получена достоверная разница в пользу дексмететомидина (4,6 против 7,6 суток, $p=0,01$). Соответственно была сокращена и длительность пребывания пациентов в ОРИТ с 12,6 до 9,4 суток ($p=0,028$). Седация дексмететомидином оказалась более эффективной в плане профилактики делирия. Так, в основной группе частота данного осложнения составила 43,0% против 67,2% в группе пропофола ($p<0,001$). Дополнение седативной терапии морфином потребовалось у 65,8% пациентов в группе дексмететомидина и 91,7% – в группе пропофола ($p<0,001$). В группе дексмететомидина частота интубаций трахеи со-

ставила 7,3% (12 из 165), в группе пропофола – 17,3% (29 из 168). Частота интубаций была выше в группе пропофола и на ранних стадиях лечения, и на более поздних периодах пребывания больных в ОРИТ – 5,36% против 1,8%.

Заключение. Применение дексмететомидина в качестве основного препарата при обеспечении седации больных с психоэмоциональными нарушениями, ассоциированными с тяжелым течением COVID-19, позволило расширить возможности неинвазивной респираторной поддержки, сократить частоту интубаций трахеи и сократить длительность реанимационного лечения, включая длительность респираторной терапии.

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ЗАЖИВЛЕНИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ТРАХЕОБРОНХИТА НА ФОНЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ПОВРЕЖДЕНИЯ СЛИЗИСТОГО СЛОЯ ТРАХЕИ

Ибадов Р.А., Ибрагимов С.Х.,
Мардонов Ж.Н., Азизова Г.М.

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

Цель исследования – экспериментальная макроскопическая оценка влияния гемостатического средства «Гепроцел» в экспериментальной модели раны слизистого слоя трахеи.

Материал и методы. Экспериментальные исследования выполнены в отделе экспериментальной хирургии и патоморфологической лаборатории ГУ «РСПМЦХ имени академика В. Вахидова». Методика эксперимента состояла в том, что под общей анестезией экспериментальных животных (собак и свиней) в соответствии с этическими нормами первоначально слизистую оболочку трахеи осматривали путем проникновения в дыхательные пути с помощью специального бронхоскопического прибора. После определения области повреждения слизистую оболочку царапали круговыми движениями через дыхательную трубку с помощью специального приспособления (гибкая стерильная металлическая проволока). Затем слизистую оболочку трахеи снова исследовали с помощью бронхоскопа. При осмотре выявлена расцарапанная рана на поверхности, а также начавшееся серозное кровотечение из этих участков. Затем, после снятия бронхоскопического аппарата, через дыхательную трубку вводили специальное устройство для распыления отечественного гемостатического порошка на основе и распыляли 0,5 г порошка на слизистую оболочку трахеи. Для мониторинга слизистую оболочку трахеи исследовали с помощью бронхоскопического аппарата. Всего проведено 5 экспериментов. На 1-й, 3-й, 5-й и 7-й день эксперимента макроскопически оценивали очаги поражения, образовавшиеся в трахее, с помощью специального бронхоскопического прибора.

Результаты. В 1-е сутки эксперимента при обследовании слизистой трахеи с помощью бронхоскопического аппарата через трахею было обнаружено наличие порошка

и тонкого слоя в области раны, а также кровотечение остановилось. На 3-й день эксперимента было установлено, что раневые участки представляли собой незаметно тонкослойные осколки и большинство участков начали заживать. Этот процесс начинал полностью завершаться к 5-м суткам эксперимента, а к 7-м суткам более глубокая рана на отдельных участках заканчивалась тонкой соединительной тканью розового цвета.

Заключение. Из приведенных опытов установлено, что при поверхностных ранениях трахеи под действием специального порошка кровотечение останавливается рано, а заживление этих участков ускоряется без грубых спаек.

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ДЕТЕЙ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Ибраимова А.Б., Алимханова Г.Н., Динабеков А.М.,
Сұлтанқұл М.С., Токобаева М.Т.

АО «Научный центр педиатрии и детской хирургии»,
г. Алматы, Республика Казахстан

Актуальность. Одна из важнейших задач и проблем современной интенсивной терапии – это обезболивание пациентов в послеоперационном периоде. На сегодняшний день наиболее часто для послеоперационной анальгезии обширных операций применяют опиоидные анальгетики как растворы промедола и морфина, или фентанила. Эти препараты, особенно морфин и фентанил, оказывают отрицательное влияние у детей на гемодинамику и дыхание, что ограничивает их использование в педиатрии в дозировках, способных обеспечить адекватное обезболивание. Кроме того, существенный отрицательный момент в применении наркотических анальгетиков – путь их введения. Традиционное внутримышечное введение этих препаратов вызывает в большинстве случаев негативную реакцию у детей и соответственно влияет на нежелание ребенка сообщать персоналу об имеющейся у него боли после операции. Кроме того, и морфин и в чуть меньшей степени фентанил, способны вызывать депрессию дыхания, что может существенно осложнить течение послеоперационного периода.

Цель исследования – оценка характера и эффективности послеоперационного обезболивания у детей после операций внутримышечного введения промедола и его постоянной внутривенной инфузии.

Материал и методы. Послеоперационный анализ проведен у двух групп детей в количестве 60 человек в возрасте от 1 года до 18 лет, которым были выполнены различные оперативные вмешательства планового характера. У детей первой (основная) группы (30 человек) использовали пролонгированную внутривенную инфузию промедола. Вторую (контрольную группу) составили 60 детей, которым использовалось внутримышечное введение 2% раствора промедола. Детям 1-й группы сразу после поступления в ОРИТ начинали внутривенную инфузию промедола из расчета 0,1-0,2 мг/кг/час. Общая продолжительность использования внутривенной инфузии промедола в 1-й группе составила от 12-24 часов. Детям 2-й группы обезболивание проводили через равные промежутки времени (традиционно рекомендуемый интервал – 6 часов), из расчета 0,25 мг/кг промедола в/м. Длительность обезболивания составляла от 12 до 24 часов послеоперационном периоде.

Результаты. В основной и в контрольной группах больных величина ЧСС в послеоперационном периоде была выше, чем до операции. В промежутке между 4-м и 8-м часами исследования величина ЧСС во 2-й группе была достоверно более высокой, чем в 1-й группе ($p=0,01-0,04$), что было связано с меньшей эффективностью обезболивания. Показатели АД на протяжении всего исследования оставались стабильными с незначительными отклонениями. Различия между группами были выявлены через 8 часа использования обезболивания ($p=0,01$) – в контрольной группе значения артериального давления были выше, чем в основной. Постоянное внутривенное введение промедола (1 группа) не оказывало заметного влияния на оцениваемые гемодинамические параметры, но эффективность обезболивания была заметно выше.

Вывод. В сравнении с традиционно используемым в детской практике болюсным внутримышечным введением промедола, постоянное внутривенное введение этого препарата в дозе 0,1-0,2 мг/кг/час обеспечивает более комфортное течение послеоперационного периода, более эффективную послеоперационную анальгезию и не оказывает влияния на оцениваемые гемодинамические параметры.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПРИ ОТКРЫТОЙ ХИРУРГИИ БРЮШНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ

Кожанова А.В., Плотников Г.П.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» МЗ РФ,
г. Москва, Российская Федерация

Цель исследования – оптимизация послеоперационного обезболивания при открытой хирургии аорты.

Материал и методы. В анализ включены данные 51 пациента после открытой хирургии на брюшном отделе аорты. Всем пациентам хирургия была выполнена через лапаротомию. Всем пациентам в послеоперационном периоде проводилась мультимодальная схема обезболивания по схеме кеторолак 30 мг x 2 р/сутки, парацетамол 1000 мг x 3 р/сутки, трамадол по требованию. Как дополнительная методика к схеме обезболивания выделено 3 группы: 1) лидокаин – 1 мг/кг/час; 2) блокада прямых мышц живота (БПМЖ) – 0,2% ропивокаином по 10 мл в каждый катетер каждые 4 часа, не более 3 мг/кг/сутки; 3) эпидуральная анальгезия (ЭА) – 0,2% ропивокаин 4-6 мл/час. При оценке групп по возрасту, индексу массы тела (ИМТ), риску развития респираторных нарушений, фракции выброса (ФВ), ASA, времени анестезии, времени пережатия аорты, по шкале психического статуса группы сопоставимы.

Уровень боли статистически отличался в группах при различных видах применяемых методик обезболивания ($p=0,03^*$). Выявленные различия объяснялись более высоким количеством пациентов, испытывающих легкую боль (по визуально-аналоговой шкале – (ВАШ) – 1-3 балла) в группе с БПМЖ (58,6%) по сравнению группой лидокаина в/в (9,2%, $p=0,015^*$) и группой ЭА (18,2%, $p=0,033^*$). Разработана прогностическая модель зависимости вероятности $ВАШ \leq 4$ баллов или >4 баллов после операции на брюшном отделе аорты при пробуждении от различных факторов методом бинарной логистической регрессии с отбором факторов методом ис-

ключения. Получена следующая регрессионная функция, описываемая уравнением:

$$P = 1 / (1 + e^{-z}) * 100\% \quad z = 8,15 - 5,13 * X_{ЭА} + 0,42 * X_{АДср} - 1,16 * X_{НА} - 0,3 * X_{АДсист} + 0,91 * X_{СОЭ} - 2,64 * X_{Лидокаин}$$

(где P – вероятность выявления ВАШ (%), XЭА – эпидуральная анальгезия (0 – отсутствие, 1 – наличие), XАДср – АД среднее по окончании анестезии (мм рт.ст.), XНА – количество норадреналина во время анестезии (мг), XАДсист – АД систолическое по окончании анестезии (мм рт.ст.), XСОЭ – СОЭ до оперативного вмешательства, XЛидокаин – лидокаин в/в (0 – отсутствие, 1 – наличие))

Результаты. Полученная модель была статистически значимой ($p < 0,001$). Исходя из коэффициента детерминации R², в модели были учтены 67,9% факторов, оказывающих влияние на вероятность ВАШ > 4 баллов. Согласно коэффициентам регрессии, увеличение СОЭ и АД среднее сопровождалось ростом вероятности ВАШ > 4 баллов. Наличие ЭА, применение для анальгезии лидокаина в/в, а также увеличение норадреналина во время анестезии сопровождали снижение вероятности ВАШ > 4 баллов после окончания операции.

Исходя из значений регрессионных коэффициентов, увеличение АД среднего на 1 мм рт.ст. по окончании анестезии увеличивает шансы ВАШ > 4 баллов в 1,523 раза (95% ДИ: 1,042-2,227), увеличение СОЭ на 1 мм/час – увеличивает шансы ВАШ > 4 баллов в 1,095 раза (95% ДИ: 0,999-1,201).

Пороговое значение логистической функции P составило 50%. При значениях P, равных или выше 50%, делался вывод о наличии высокого риска ВАШ > 4 баллов после окончания операции, а при значениях P < 50% предполагалось ВАШ ≤ 4 балла. Чувствительность и специфичность модели составили при выбранном пороговом значении 71,4% и 88,2%, соответственно. Общая диагностическая эффективность модели составила 80,6%.

Заключение. Разработанная модель позволяет оптимизировать применение анальгезирующих препаратов в послеоперационном периоде при открытой хирургии брюшного отдела аорты.

ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С НИЗКИМ УРОВНЕМ СОЗНАНИЯ

Кожанова А.В.¹, Аль-хаддад Хамед А.²

¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» МЗ РФ,

г. Москва, Российская Федерация,

²ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов»,
г. Москва, Российская Федерация

Цель исследования – определение возможности применения мониторинга анальгезии-ноцицепции (ANI) для оценки необходимости послеоперационного обезбоживания у пациентов с длительным нарушением сознания.

Материал и методы. Пилотное проспективное рандомизированное исследование последовательно поступавших 34 пациентов с хроническим нарушением сознания (вегетативное состояние/состояние минимального сознания, которым проводились нейрохирургические вмешательства.

Средняя продолжительность нарушения сознания – 16 мес. Одна анестезиолого-хирургическая бригада в стандартизированных условиях: премедикация – омепразол 40 мг, кетролак 30 мг за 15-20 мин до начала операции; индукция – пропофол 100-150 мг, фентанил 100 мкг, миорелаксация – рокуроний бромид 0,6 мг/кг; далее в течение операции инфузия пропофола 2-2,5 мкг/кг/ч, фентанил – 50 мкг перед разрезом, в течении операции 100 мкг каждые 30 мин и в конце операции 50 мкг. Степень анестезиологического риска для всех III по классификации ASA. В обеих группах осуществлялась ИВЛ 35% O₂ в режиме SIMV+PC (аппарат Dragger Fabius-plus, Германия). Рандомизация методом конвертов на 2 группы: исследуемая группа (ИГ, n=17) – в послеоперационном периоде с целью обезбоживания в/в парацетамола 1000 мг по показателям ANI; группа сравнения (ГС, n=17) – без дополнительного обезбоживания в послеоперационном периоде. Критерии исключения – наличие аритмий. Группы сопоставимы по основным клиническим показателям, для всех параметров $p > 0,05$. Индекс ANI (Analgesia Nociception Index, ANI) (аппарата MetroDoloris, Франция) регистрировали в 1, 4, 8, 12 и 24 ч после операции; оценку по пересмотренной шкале оценки боли при коме – Nociception Coma Scale – Revised (NCS-R) – через 4, 12 и 24 часа. Кроме этого, при поступлении из операционной и через 4 часа определяли уровень кортизола (автоматический иммунохимический анализатор ARCHITECT i1000sr, Abbott Laboratories, США, с использованием реагента этой же фирмы по методике, согласно инструкции производителя), и альфа-амилазы слюны (автоматический биохимический анализатор ARCHITECT c4000 Abbott Laboratories, США, с использованием, реагента этой же фирмы по методике, согласно инструкции производителя).

Результаты. При внутригрупповом сравнении изменений ANI в течение 1-х послеоперационных суток отмечался адекватный уровень обезбоживания (60,1 [55,3;62,5]), тогда как в группе без послеоперационного обезбоживания парацетамолом к 4 часу после операционного периода ANI опускался до нижней границы (46,3 [40,2;51,9]). При межгрупповом сравнении в первые 8 часов после операции ANI значимо выше, чем в группе без обезбоживания ($p=0,04$) и имел показатели более 55, что говорит об отсутствии выраженных вегетативных реакций, свидетельствующих о наличии болезненных ощущений. С 12 часа значения выравниваются, не выходя за границы показателей неадекватного обезбоживания ($p=0,69$). При оценке ноцицепции по шкале NCR-R в течение послеоперационных суток в обеих группах отмечена тенденция к появлению слабых вегетативных ответов (6[5;8] в ИГ и 6 [5;7] в ГС, соответственно), значимо не отличающихся. В то же время при послеоперационном обезбоживании в ИГ практически отсутствие болезненных ощущений (2 [1;4]) уже к 12 ч (прекращение действия парацетамола) сменяется слабыми вегетативными реакциями (5 [4;7]). При межгрупповом сравнении достоверная разница в ответе на стимуляцию зафиксирована только на 4-ом часе послеоперационного периода ($p=0,03$). Наличие болезненных ощущений через 4 часа после операции подтверждают повышенные значения кортизола и альфа-амилазы слюны у пациентов без послеоперационного обезбоживания ($p=0,03$). Изменения значений в группе без анальгезии на 4 ч послеоперационного периода коррелируют

совпадают по направлению с изменениями индекса ноцицепции и баллов NCS-R.

Заключение. Оценка интенсивности боли у пациентов с хроническим нарушением сознания не имеет общепризнанных и доступных доказательных инструментальных методик. Нет единой позиции профессионального сообщества по необходимости послеоперационного обезболивания у таких больных. Дальнейшие исследования оценки эффективности использования системы мониторинга ANI Metro Doloris при значительном количестве наблюдений приведет к определению адекватных схем периоперационной анальгезии у пациентов с различными формами длительного нарушения сознания.

ОЦЕНКА ГЕМОСТАЗА И ЕГО КОРРЕКЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Куандыков Т.К., Мутагиров В.В.

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

Актуальность. Основными факторами высокого риска коагулопатических кровотечений при циррозе печени и трансплантации печени, являются недостаточный синтез основной массы белков свертывающей системы, портальная гипертензия и гиперспленизм, недостаточный синтез печенью тромбозина, наличие периода реперфузии, во время которого прогрессирует гипотермия и идет выброс в кровь гепарина. В последнее время большое распространение получила стратегия целевой коррекции гемостаза по данным тромбоэластографии и использования концентратов протромбинового комплекса.

Цель исследования – изучение состояния гемостаза и потребность в донорских компонентах крови для коррекции коагулопатических кровотечений у пациентов при трансплантации печени.

Материал и методы. Мы исследовали 16 пациентов с циррозом печени, которым была выполнена трансплантация печени на базе городской клинической больницы №7, г. Алматы. Возраст пациентов составил $44,0 \pm 15,4$ года. Масса тела $63,2 \pm 8,7$ кг. Во время операции и в послеоперационном периоде исследовали показатели коагулограммы, показатели тромбоэластографии и потребность компонентах крови. Все исследуемые показатели фиксировали на определенных этапах: начало операции, мобилизация печени, агепатический период, негепатический период, конец операции, послеоперационный период (12 суток).

Результаты. При исследовании гемостаза во время операции показатели коагулограммы и тромбоэластограммы претерпевали изменения в следующих интервалах: АЧТВ $41,6-84,3$ сек, ПИ $15,2-36,6\%$, МНО $3,27-5,98$, фибриноген А $1,28-2,7$ г/л, время R $6,3-11,2$ мин, время K $3,1-4,5$ мин, угол альфа $40,8-58,9^\circ$, интервал MA $41,6-56,4$ мм.

При анализе данных гемостаза мы выявили наиболее значительные изменения всех показателей в агепатический период операции с последующим улучшением к концу операции. Потребность в компонентах крови составила: 1500 мл СЗП, 1320 мл донорских эритроцитов, 20 мл тромбоцитов.

В послеоперационном периоде исследуемые показатели претерпевали изменения в следующих интервалах: АЧТВ $26,3-$

$40,9$ с, ПИ $31,6-64,1\%$, МНО $1,7-2,7$, фибриноген А $2,5-4,5$ г/л, время R $3,8-6,5$ мин, время K $1,8-3,2$ мин, угол альфа $47,3-721^\circ$, интервал MA $58,8-69,3$ мм. Показатели тромбоэластограммы нормализовались на 4 послеоперационный день, однако показатели коагулограммы демонстрировали гипокоагуляцию до 10 послеоперационного дня. Средняя потребность в компонентах крови за весь послеоперационный период составил: 370 мл СЗП, 280 мл донорских эритроцитов.

Заключение: 1) У больных с циррозом печени наблюдаются нарушения свертывающей системы крови выражающиеся изменениями коагулограммы даже при относительно нормальных показателях тромбоэластограммы; 2) Во время операции трансплантации печени происходит значительные гипокоагуляционные нарушения, иногда приводящие к кровопотере, которые могут потребовать коррекции компонентами крови; 3) При трансплантации печени интраоперационная потребность в СЗП составляет 1500 мл, в эритроцитной взвеси 1320 мл, в тромбоконцентрате 20 мл послеоперационная потребность в СЗП 370 мл, в эритроцитной взвеси 280 мл; 4) Послеоперационный период после трансплантации печени характеризуется нормализацией показателей тромбоэластограммы раньше на 7 дней, чем показатели коагулограммы.

КЛИНИЧЕСКОЕ ПИТАНИЕ КАК КОМПОНЕНТ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Куандыков Т.К., Мутагиров В.В.

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

Введение. Нарушение питания у больных в критическом состоянии приводит к угнетению функции иммунной системы, угнетению дыхательного паттерна, ослаблению дыхательной мускулатуры, что влечет за собой удлинение сроков вентиляции, увеличению количества инфекционных осложнений и летальности на 40%.

Цель исследования – оценка эффективности парентерального питания в комплексном лечении пациентов с острым поражением поджелудочной железы.

Материал и методы. Мы исследовали 11 пациентов с острым поражением поджелудочной железы в виде острого панкреатита, инфицированного и неинфицированного панкреонекроза. В исследование вошли пациенты обоих полов в возрасте 38-68 лет, которым были показаны искусственная вентиляция легких и полное парентеральное питание.

Парентеральное питание начинали на 3-5 сутки пребывания пациента в отделении интенсивной терапии и осуществлялось оно 10% растворами глюкозы с инсулином и электролитами и 10% растворами аминокислот, которые вводились непрерывно в центральный венозный катер.

Исследовали расход энергии, азотистый баланс, количество осложнений проводимого парентерального питания. Расход энергии рассчитывали методикой, основанной на измерении потребления кислорода (VO_2) и образования углекислого газа (VCO_2): Расход энергии = $(3,94 \times VO_2) + (1,11 \times VCO_2)$. Потребление кислорода рассчитывали по формуле: $VO_2 = CB \times Hb \times 13$

(SaO_2-SvO_2), где SvO_2 – сердечный выброс, SaO_2 – насыщение кислородом артериальной крови, SvO_2 – насыщение кислородом венозной крови. VCO_2 рассчитывалось встроенной в дыхательный аппарат Gamilton G5 программой.

Сердечный выброс определяли реографом «Реоспектр» (Нейрософт) методом Тищенко М.И. (1973 г.). Азотистый баланс рассчитывали по формуле: введенный белок (г)/6,25 – азот мочевины (г) – 4. Азот мочевины определяли путем умножения суточного количества мочевины (в граммах) на коэффициент 0,466, а общее количество азота в моче – путем умножения полученной величины на коэффициент 1,25. Исследуемые показатели регистрировали на протяжении 10 дней.

Результаты. У исследованных пациентов осложнений парентерального питания не наблюдали.

Расход энергии в первые сутки составил 1670 ± 528 ккал/сутки и достигал максимальных значений на 4 день – 2200 ± 365 ккал/сутки. В дальнейшем расход энергии постепенно уменьшался, к 10 дню он составил 1790 ± 453 ккал/сутки.

Азотистый баланс на протяжении 10 суток был отрицательным. В первые сутки $-3,2 \pm 0,3$ г/сутки, максимальное значение – $9,7 \pm 0,8$ г/сутки наблюдалось на третьи сутки, к 10 дню азотистый баланс составил $-4,6 \pm 0,5$ г/сутки.

При проведении нутритивной поддержки пациентов с острой патологией поджелудочной железы нам пришлось столкнуться с проблемой несоответствия между получаемой пациентом энергией и истинной потребности в энергии. Такая ситуация сложилась из-за возможности жидкостной перегрузки организма, при применении препаратов для парентерального питания.

Заключение. Преобладание катаболических процессов у пациентов с острой патологией поджелудочной железы продолжается более 10 суток. Азотистый баланс первую декаду заболевания остается отрицательным что наиболее выражено со 2 по 5 сутки. Расход энергии первые 10 суток у пациентов с острой патологией поджелудочной железы может достигать 2200 ккал/сут.

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛИНЕЗОЛИДА У ПАЦИЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Куандыков Т.К., Мутагиров В.В.

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

Введение. Грамположительная полирезистентная микрофлора является основным причинным патогеном у больных с госпитальной пневмонией, перитонитом, катетерассоциированной инфекцией, бактериемией и менингитом. Кроме того, значительно возросла полилекарственная резистентность среди грамположительных инфекционных агентов.

Цель работы – изучить клиническую эффективность линезолида у пациентов хирургического профиля с инфекцией, вызванной грамположительной флорой.

Материал и методы. Исследовано 11 пациентов, находящихся в отделении интенсивной терапии, с доказанной бактериологически грамположительной инфекцией в послеоперационном периоде. Средний возраст пациентов составил $54,32 \pm 24,8$ лет. Изучали микробиологический пейзаж в очаге

инфекции, проявления воспалительной реакции пациента, длительность применения линезолида, нежелательные и побочные эффекты линезолида, исход терапии.

Критериями эффективности были: срок эрадикации грамположительных инфекционных агентов из очага инфекции и клинические данные, указывающие на снижение воспалительного ответа у пациента.

Результаты. Чаще всего наблюдалась респираторная (36,4%) и раневая (27,3%) инфекция. Возбудителями являлись: *Staphylococcus aureus* 36,36%; *Staphylococcus epidermidis* 36,36%; *Streptococcus pneumoniae* 18,18%; *Streptococcus pyogenes* 9,09%. Выделенные штаммы микроорганизмов имели высокую полирезистентность к бета-лактамам антибиотикам. Курс терапии линезолидом составил $8,62 \pm 4,88$ (5-14) суток.

Побочных явлений и аллергических реакций при использовании линезолида не наблюдалось ни у одного пациента. Летальность у исследуемых пациентов составила 45,45% (5 пациентов). Причинами летального исхода послужили: сепсис и полиорганная недостаточность – 3 случая, кровотечение – 1 случай, острый инфаркт миокарда – 1 случай.

На фоне проводимой терапии у всех выживших пациентов (54,55%) был получен положительный эффект. Клинические симптомы имели положительную динамику, в среднем, к 7-му дню назначения препарата: снижалась (либо нормализовалась) температура тела, исчезали клинические проявления воспалительной реакции.

Заключение. Грамположительная инфекция у хирургических больных является мультирезистентной. При применении линезолида была отмечена высокая эффективность. Линезолид является эффективным резервным препаратом при подтвержденной мультирезистентной грамположительной инфекции.

МЕСТО МАЛООБЪЕМНОЙ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Куандыков Т.К., Мутагиров В.В.

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

Концепция «малообъемной» инфузионной терапии, в последнее время приобретает все большую популярность в интенсивной терапии неотложных состояний.

Цель исследования – оценить клиническую эффективность инфузионных препаратов на основе многоатомных спиртов у пациентов с парезом желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), интоксикацией, гиповолемией и нарушенной микроциркуляцией.

Материал и методы. Исследовали 22 пациента в возрасте 25-68 лет после различных хирургических вмешательств на органах брюшной полости, пищеводе, органах забрюшинного пространства, сердце и магистральных сосудах.

Сорбилакт и Реосорбилакт применяли внутривенно, в составе комплексной инфузионной терапии, в объеме 400-800 мл/сутки. Скорость инфузии 400 мл/час. Исследовали частоту побочных явлений, количество осложнений, электролитный состав плазмы, кислотно-основное состояние крови до и после применения исследуемых препаратов, гемодинамические по-

казатели (АД, ЧСС, ЦВД), часовой диурез, силу перистальтики кишечника по пятибалльной шкале, исход лечения и длительность пребывания в ОРИТ.

Результаты. В группе пациентов, получавших Сорбилакт (n=10), показанием был парез ЖКТ. В группе пациентов, получавших Реосорбилакт (n=12), у 8 пациентов показанием были ССВО/сепсис и гиповолемиа, у 4 – гиповолемиа и нарушение микроциркуляции. Длительность применения исследуемых препаратов составила 3,4±1,2 суток. Осложнений и побочных явлений при применении Сорбилакта и Реосорбилакта не наблюдали.

Показатели пациентов при применении сорбилакта были следующими: ЦВД увеличилось с 59,3±16,3 до 78,5±12,1 мм вод. ст.*; Диурез увеличился с 64,2±14,5 до 121,8±38,4 мл/час*; натрий плазмы увеличился с 138,7±13,9 до 153,9±26,7 ммоль/л*. Остальные показатели были без изменений.

Показатели пациентов при применении реосорбилакта были следующими: ЦВД увеличилось с 30,1±26,8 до 67,5±30,1 мм вод.ст.*; Бикарбонат увеличился с 15,4±7,5 до 19,7±12,5 ммоль/л*; Лактат снизился с 2,9±0,8 до 2,4±1,7 ммоль/л*; Дефицит оснований уменьшился с -10,5±6,4 до -6,2±1,8 ммоль/л*. Также наблюдали уменьшение С-реактивного белка с 259,7±42,8 до 209,2±39,6 мг/л* и снижение лихорадки с 37,8±4,5 до 37,5±2,2 С°. Остальные показатели были без изменений. Летальность среди пациентов составила 9,1% причиной летальности явился сепсис. Длительность пребывания пациентов в ОРИТ составила 9,7±6,4 суток.

Заключение: 1) Применение инфузионных препаратов Сорбилакт и Реосорбилакт не вызывает побочных и нежелательных явлений; 2) При использовании препарата Сорбилакт повышается центральное венозное давление, увеличивается часовой диурез и улучшается перистальтика желудочно-кишечного тракта, но при этом наблюдали транзиторную гипернатриемию; 3) При использовании препарата Реосорбилакт центральное венозное давление повышается, метаболический ацидоз уменьшается.

FRESH FROZEN PLASMA TRANSFUSION IN PATIENTS WITH LIVER CIRRHOSIS AFTER LIVER TRANSPLANTATION

Kuandykov T.K., Mutagirov V.V.

JSC «National Scientific Center of Surgery named after A.N. Syzganov», Almaty, Kazakhstan

Background. Optimal coagulation management remains one of the greatest challenges in orthotopic liver transplantation. Use coagulation tests and thrombelastography (TEG) may be beneficial in determining the optimal coagulation management.

Aim of study: to estimate need of fresh frozen plasma (FFP) transfusion in patients after liver transplantation.

Material and methods. After local Ethic Committee approval and informed consent we studied 34 patients with liver cirrhosis, aged 44,0±15,4 (24-60) yo, weight 54,8±7,3 (48-58) kg. We studied activated partial prothrombine time (APPT), international normalized ratio (INR), fibrinogen A (FGA), platelets count (PLT), thrombelastography (K; R; α angle; MA; LY30), plasma volume transfused postoperatively, ICU stay and in-hospital stay duration.

Results. The coagulation tests showed significant prolongation of APPT, decreased of FGA level, increased of INR through

10 days after liver transplantation; while thromboelastography showed slight hypocoagulation status in patients through 1-4 postoperative days. By the postoperative day 12 APPT decreased from 57,3±22,7 sec to 31,5±9,2 sec; PI increased from 32,2±16,4% to 58,3±10,2%; INR decreased from 2,7±0,8 to 1,7±0,2; Fibrinogen increased from 0,8±1,1 g/l to 3,9±0,9 g/l; platelets count increased from 80,5±47,9 to 111,3±88,4 thousand/mcl; reaction time R decreased from 8,7±2,5 min to 6,5±0,5 min; kinetic value K decreased from 5,8±3,6 min to 1,8±0,7 min; alpha angle increased from 48,2±16,9 deg to 72,1±8,3 deg; maximum amplitude MA increased from 36,3±21,9 mm to 64,9±6,5 mm.

Mean volume of FFP transfused postoperatively was 248,5±704 ml. FFP transfusion (1200-2500 ml) was performed in 4 patients on day 1 after surgery with severe coagulation impairment. ICU stay duration 16,6±8,4 days. In-hospital stay duration 58,3±19,6 days.

Conclusion. Patients after liver transplantation with coagulation tests disorders and normal values of TEG do not require FFP transfusion.

COAGULATION TESTS IN PATIENTS UNDERWENT LIVER TRANSPLANTATION. COAGULOGRAMM VS THROMBOELASTOGRAMM

Kuandykov T.K., Mutagirov V.V.

JSC «National Scientific Center of Surgery named after A.N. Syzganov», Almaty, Kazakhstan

Introduction. Optimal coagulation management remains one of the greatest challenges in orthotopic liver transplantation. Using coagulation tests and thrombelastography (TEG) may be beneficial in determining the optimal coagulation management.

Objectives. To evaluate coagulation state after liver transplantation in patients who was not admitted transfusing FFP.

Material and methods. After local Ethic Committee approval and informed consent, we studied 90 patients with liver cirrhosis, aged 52,1±9,9 (18-65) y.o., weight 62,3±6,9 (48-85) kg. MELD 26,8±6,9. We studied activated partial prothrombine time (APPT), international normalized ratio (INR), fibrinogen A (FGA), platelets count (PLT), thrombelastography (K; R; α angle; MA; LY30), ICU stay and in-hospital stay duration.

Results. The coagulation tests showed significant impairment of coagulogram tests: prolonged of APPT, increased of INR and decreased of FGA level through 10 days after liver transplantation. While thromboelastography tests showed slight hypocoagulation status in patients only through 1-4 postoperative days. There was no any bleeding in postoperative period in all patients. ICU stay duration was 16,4±5,7 days. In-hospital stay duration was 42,7±14,3 days.

By the postoperative day 12 APPT decreased from 58,1±18,3 sec to 32,9±3,7 sec; PI increased from 34,8±19,1% to 59,0±9,9%; INR decreased from 2,7±0,7 to 1,5±0,7; Fibrinogen increased from 0,7±1,3 g/l to 2,6±0,5 g/l; platelets count increased from 55,7±26,3 to 106,0±48,2 thousand/mcl; reaction time R decreased from 8,1±1,9 min to 5,3±0,7 min; kinetic value K decreased from 4,9±3,8 min to 2,2±1,1 min; alpha angle increased from 51,6±19,4 deg to 70,3±10,2 deg; maximum amplitude MA increased from 39,7±19,6 mm to 66,9±18,8 mm.

Conclusions. In this trial TEG tests showed a sufficient potential of haemostasis in patients after liver transplantation on

4th postoperative day in contrast to coagulogram tests. Despite of impaired coagulogram tests coagulation status in patients after liver transplantation presents not critical disorders which does not require active management.

WHEN DO WE USE BLOOD PRODUCTS FOR COAGULATION MANAGEMENT AFTER LIVER TRANSPLANTATION

Kuandykov T.K., Mutagirov V.V.

JSC «National Scientific Center of Surgery named after A.N. Syzganov», Almaty, Kazakhstan

Background. End stage liver disease is associated with severe coagulation impairment, and optimal coagulation management remains one of the greatest challenges in liver transplantation. Recently restricted transfusion strategy become common in many transplant centers, this allowed to avoid many unnecessary transfusions. But some patients after liver transplantation still need active replacement of coagulation factors due number of reasons.

Aim of study: to specify conditions when fresh frozen plasma (FFP) or cryoprecipitate transfusion are used in patients after liver transplantation.

Material and methods. We studied retrospectively 87 adult patients with liver cirrhosis, aged 38,2±17,3 (24-60) yo, weight 65,8±7,9 (48-78) kg underwent liver transplantation. We studied activated partial prothrombine time (APPT), prothrombine time (PT), international normalized ratio (INR), level of serum fibrinogen A (FGA), platelets count (PLT), thromboelastography (K; R; α angle; MA; LY30), volume of FFP and cryoprecipitate transfused postoperatively.

Results. 12 (13,8%) of patients with MELD score 24,8±2,7 had severe coagulopathy and 8 (66,6%) of them had active bleeding, all of these patients were transfused FFP and/or cryoprecipitate. The coagulation tests showed significant prolongation of APPT and PT, decreased of FGA level, increased of INR and thromboelastography showed significant hypocoagulability. APPT 102,5±57,2 sec, PT 19,6±10,8%, INR 5,7±4,2, FGA 0,7±1,0 g/l, R 9,2±1,8 min, K 12,1±4,6 min, α angle 31,5±13,0 degree, MA 30,9±8,0 mm, LY30 0,1±0,3%.

Mean volume of transfused FFP postoperatively was 3222,5±3274,8 (690-8650) ml. Transfused cryoprecipitate volume was 80±193,7 (0-600) ml. FFP and cryoprecipitate transfusion was performed during 72h after surgery.

Conclusion. 13,8% of cirrhotic patients after liver transplantation presented severe coagulopathy and 66,6% of them had active bleeding. In case of active bleeding and severe coagulopathy (APPT 102 sec, PT 19,6%, INR 5,7, R 9,2 min, K 12,1 min, α angle 31,5 degree) FFP and/or cryoprecipitate might be transfused.

WHEN PLATELETS TRANSFUSION IN LIVER TRANSPLANTATION IS NEEDED?

Kuandykov T.K., Mutagirov V.V.

JSC «National Scientific Center of Surgery named after A.N. Syzganov», Almaty, Kazakhstan

Background. Blood platelets are of critical importance in the first step of normal haemostasis, a process known as primary haemostasis. Haemostasis is tightly regulated and in balance but in

patients with severe liver disease and during liver transplantation, multiple changes in haemostasis occur. Changes in platelet count and function may contribute to increased blood loss requiring the transfusion of platelets.

The aim of study is to indefinite trigger for platelets transfusion in liver transplantation surgery.

Material and methods. We studied 6 out of 108 cases of liver transplantations when we used platelets transfusion between 2012 and 2018 in our Centre.

We studied platelets count (PLT), thrombelastography (MA; K; R; α angle; LY30), activated partial prothrombine time (APPT), international normalized ratio (INR), fibrinogen A (FGA), platelets transfused perioperatively, bleed during and after surgery, ICU stay and in-hospital stay duration.

Results. All these patients had moderate or severe thrombocytopenia prior surgery 48,3±26,7 $\times 10^9/l$ (40-70). Mean MELD score was 26,4±3,9. In all patients rationale for platelets transfusion was perioperative bleeding. In 1 patient platelets were transfused intraoperatively. All patients received platelets transfusion after surgery.

After platelets transfusion APPT decreased from 77,2±24,9 sec to 41,5±17,2 sec; PI increased from 40,8±15,4% to 48,6±9,7%; INR decreased from 2,9±0,8 to 2,5±0,7; Fibrinogen increased from 1,5±1,7 g/l to 2,3±1,5 g/l; platelets count increased from 42,3±39,6 to 65,2±39,3 thousand/mcl; reaction time R decreased from 8,1±2,3 min to 7,5±1,9 min; kinetic value K decreased from 6,6±3,6 min to 5,3±2,4 min; alpha angle increased from 48,2±16,9 deg to 50,4±11,7 deg; maximum amplitude MA increased from 18,3±4,4 mm to 35,7±9,1 mm.

Mean blood loss prior to transfusion was 1102,4±289,7 ml. Mean volume of transfused platelets was 257,3±87,1 ml. Mean duration of ICU stay was 16,5±3,4 days. Mean in-hospital stay was 24,7±12,4 days. One patient has died due to multiorgan failure associated with massive bleeding and hemorrhagic shock.

Conclusion. Platelets transfusion may require in patient underwent liver transplantation when thrombocytopenia $42,3 \times 10^9/l$ associated with low MA 18,3 mm and active bleeding.

GENETIC RISK FACTORS OF CEREBROVASCULAR EVENTS

Kuandykov T.K., Mutagirov V.V.

JSC «National Scientific Center of Surgery named after A.N. Syzganov», Almaty, Kazakhstan

Background. Cerebrovascular events are extremely frequent cause of death and disability around the world. Unfortunately further increase of cerebrovascular morbidity rate is predicted. At the date, risk factors control is the only efficient management to improve morbidity and mortality. We studied whether gene polymorphism rs1537378 has influence on cerebrovascular atherosclerosis (CA) in Kazakh population.

Material and methods. We prospectively studied 51 adult patients after Local Ethic committee approval. 44 patients with cerebral atherosclerosis (CA group) and 7 patients with no atherosclerosis (noCA group). We studied demographic data, risk factors for atherosclerosis and ischemic stroke, cerebrovascular events, data of cerebral arteries imaging for atherosclerosis. In all patients we studied rs1537378 gene polymorphism.

Results. In CA group was 15 female and 29 male patients, mean age of CA group was $61,6 \pm 8,6$ y, mean BMI $27,2 \pm 3,6$ kg/m², 12 pts previously had ischemic stroke, 20 pts had no signs of CA, other 12 pts had minimal neurological manifestation of CA (decreased memory, headache, dizziness), 32 have one or more risk factors for ischemic stroke (ischemic heart disease, arterial hypertension, diabetes mellitus, hyperlipidemia, obesity and smoking).

Mean age of patients of noCA group was $61,3 \pm 11,6$ y, mean BMI $22,1 \pm 1,6$ kg/m²; 5 of pts have risk factors for ischemic stroke. 21 pts of CA group underwent elective surgery: 9 carotid procedures, 6 aorta and branches procedures, 6 cardiac procedures. Non of pts have cerebral events after surgery. In all patients of noCA group we found normal CC-allele of rs1537378 gene. In 20 patients of CA group we found pathological CT-allele of rs1537378 gene. The odds ratio for CA with polymorphism of rs1537378 is 21,0 (95% CI 1,15-382,6; z-statistic 2,1; p=0,04).

Conclusion. Gene polymorphism rs1537378 may appear as a risk factor for cerebrovascular atherosclerosis and ischemic stroke in Kazakh population. Further investigations are needed.

GENETIC PREDISPOSITION FOR BACTERIAL INFECTION IN CIRRHOTIC PATIENTS

Kuandykov T.K., Mutagirov V.V.

JSC «National Scientific Center of Surgery named after A.N. Syzganov», Almaty, Kazakhstan

Background. Patients with liver cirrhosis have an increased incidence of infections that are a major cause of morbidity and mortality. About 30% of inpatient cases of cirrhotic patients suffer an infection. Some studies, recently, showed association between altered toll-like receptors 2 and 4 and susceptibility to bacterial infections. However, there are small amount of such studies in cirrhotic patients.

The aim of study was to analyze the relationship between the presence of TLR2 rs4696480/AT, TLR4 rs4986791/CT and TLR4 rs4986790/AG polymorphisms and the incidence of bacterial infections in cirrhotic patients of Kazakh population.

Material and methods. After the Local Ethic Committee approval, we prospectively studied 120 adult patients of Kazakh population with liver cirrhosis. We studied incidence of bacterial infections, site and etiology of infection, presence of TLR2 rs4696480/AT, TLR4 rs4986791/CT and TLR4 rs4986790/AG polymorphisms.

Results. We studied 120 patients with liver cirrhosis. Mean age was $52,4 \pm 8,3$ years, 61,7% of males and 38,3% of females, mean MELD score was $23,7 \pm 8,4$, mean CLIF-SOFA score $6,5 \pm 4,2$, 85,8 of patients had ascites, 81,7% of patients had Hypersplenism, 6,7% of patients had hepatorenal syndrome, 78,3% had coagulopathy, 10% had encephalopathy. Mean ICU-stay duration was $9,6 \pm 15,5$ days, mean in-hospital stay was $26,3 \pm 18,9$ days.

Causes of liver cirrhosis were: Hepatitis B virus 29,2%, Hepatitis B+D virus 25,8%, Hepatitis C virus 15,8%, Non alcoholic fatty liver disease 7,5%, Fatty liver disease 4,2%, Autoimmune hepatitis 13,3%, Primary biliary cirrhosis 4,2%.

57 out of 120 examined patients had presented bacterial infections, which is 47,5%. 5 (8,7%) patients were hospitalized with or due to an infectious complication. 52 patients (43,3%) presented in-hospital infections. In 39 (32,5%) cases, infectious complica-

tions occurred after an invasive procedure.

Most common were respiratory infections – 56,1%, abdominal infections 17,5%, blood stream infections 26,3%, urinary tract infections 8,8% and others 14%. In some cases, we observed several sites of infection such as pneumonia and sepsis, peritonitis and sepsis, peritonitis and pneumonia.

In studied patients, most common was gram-negative bacteria – 66,7%, *Enterobacter spp.*, *Citrobacter spp.*, *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli*, *Haemophilus influenza*. Gram-positive bacteria in 17,5%. *Fungi*, *Candida albicans*, was revealed in 8,8%. In 7% of patients presented inflammatory response, all cultures probes were negative.

90 prospectively studied patients underwent genetic screening for TLR2 and TLR4 polymorphisms. We revealed normal genotype in 47 (52,2%) patients, and pathological genotype in 43(47,8%) patients. In those 43 patients with pathological genotype, 42 had presented bacterial infections. We have found the pathological genotype TLR2 rs4696480 in 38,3%, genotype TLR4 rs4986791 in 11,1% and genotype TLR4 rs4986790 in 7,8% of studied cases.

Pathological genotype TLR2 rs4696480/AT in patients with liver cirrhosis was revealed in 38,3% of patients, pathological genotype TLR4 rs4986791/CT was revealed in 11,1% of patients, and pathological genotype генотип TLR4 rs4986790/AG was revealed in 7,8% of patients.

In some patients we identified combinations of several pathological polymorphisms of TLR2 и TLR4 genes. Relative risk (RR) of bacterial complications in patients with liver cirrhosis and presence of pathological genotype of TLR2 and TLR4 is 4,59 (CI 95%; 2,64-7,97). Odds ratio (OD) for pathological genotype in patients with liver cirrhosis and bacterial complications is 155,4 (CI 95%; 18,9-1272,3). The pathological genotype TLR 2 rs4696480/AT plays most relevant role in the development of bacterial complications in patients with liver cirrhosis, with RR = 4,57 and OD 133,2.

Conclusion. In patients with liver cirrhosis, polymorphisms of TLR2 and TLR4 may significantly influence the tactics of treatment and prevention of bacterial complications. Pathological genotypes of TLR2 and TLR4 receptors genes increase the risk of bacterial complications in patients with liver cirrhosis. Most relevant for patients with liver cirrhosis is pathological polymorphism TLR 2 rs4696480.

PEDIATRIC LIVER TRANSPLANTATION PATIENTS' ISSUES IN OUR PRACTICE

Kuandykov T.K., Mutagirov V.V.

JSC «National Scientific Center of Surgery named after A.N. Syzganov», Almaty, Kazakhstan

Background. Liver transplantation has become an effective and definitive treatment of choice for children with end-stage liver disease. Pediatric liver transplantation in Almaty, until the present time, has been centered at the National Scientific Center of Surgery.

The aim is to highlight the perioperative patients' problems that face our multidisciplinary team in the pediatric liver transplantation program.

Material and methods. We analyzed our experience of liver transplantation in 40 patients from 2016 till now and studied the severity of the initial condition, the number of postoperative prob-

lems, and the length of stay of patients in the ICU and hospital.

Results. 29 patients were aged under 2 years (mean $7,8 \pm 2,3$ wk), weight $7,9 \pm 1,1$ kg, PELD score $23,6 \pm 6,2$. And 11 patients were aged $7,5 \pm 3,5$ y, weight $25,2 \pm 9,3$ kg, PELD score $16,3 \pm 2,9$. Preoperatively 43,9% of children have tensed ascites, 75,6% – encephalopathy, 48,8% – infections, 12,2% – severe malnutrition, 65,9% – anemia.

After surgery patients presented next complications: exacerbation of chronic liver failure 61% of patients, gastrointestinal paresis – 68,3%, acute renal failure – 41,5%, great and prolonged ascites loss – 34,1%, circulatory failure – 29,3%, SIRS – 31,7%, acute encephalopathy – 24,4%, intraabdominal hypertension – 48,8%, gastrointestinal bleeding – 17,1%, pneumonia – 12,2%, postoperative bleeding – 12,2%, intestinal perforation – 7,3%, stroke – 7,3%. Mean ICU stay was $28,1 \pm 28,0$ days (6-139), mean in-hospital stay was $34,5 \pm 628$ days (18-163).

Conclusion. In our opinion, the trigger for the development of complications is gastrointestinal paresis which causes intraabdominal hypertension, acute renal failure, SIRS, and exacerbation of chronic liver failure.

РЕСПИРАТОРНАЯ ПОДДЕРЖКА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДВУХСТОРОННЕГО ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ

Миербеков Е.М., Батырханов М.М.

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

Актуальность. Эхинококкоз легких является серьезной краевой патологией Казахстана. Нередкими осложнениями при хирургическом лечении эхинококкоза легких являются – прорыв больших и гигантских кист в бронхи или плевральную полость. Стандартные способы и режимы ИВЛ при хирургическом лечении эхинококкоза легких недостаточно эффективны и безопасны. Риск прорыва больших и гигантских кист в бронх и плевральную полость остается высоким не только во время вводной анестезии, но и на основном этапе операции и анестезии за счет подъема пикового давления в дыхательных путях до 25-30 см вод. ст. при стандартной ИВЛ, что может привести к аспирации, анафилактическому шоку, бронхиолоспазму, гипоксии и к смерти пациента. Поэтому проблема выбора оптимальных способов и режимов ИВЛ при таких операциях стоит очень остро.

Цель работы – усовершенствование вентиляционного обеспечения у больных при хирургическом лечении двухстороннего эхинококкоза легких.

Материал и методы. Исследования проведены у 64 больных при одномоментном хирургическом лечении двухстороннего эхинококкоза легких. Разработан и внедрен способ комбинированной ИВЛ, основанный на применении ИВЛ малыми дыхательными объемами (3-5 мл/кг), не допускающий подъема внутрилегочного давления выше 10 см вод. ст. для оперируемого легкого и подключением высокочастотной ИВЛ для вентиляции интактного легкого. Исследовали показатели КОС, газов крови, центральной гемодинамики, гемодинамики малого круга кровообращения и механики вентиляции на 4 этапах операции и анестезии.

Результаты. При применении комбинированной ИВЛ на

всех этапах операции и анестезии все основные показатели адекватности газообмена, центральной гемодинамики, гемодинамики малого круга кровообращения и механики вентиляции находились в пределах допустимых значений; $PaO_2=328-358$ мм рт.ст., $PaCO_2=36,7-40,5$ мм рт.ст., альвеолярно-артериальный градиент по напряжению кислорода – 199,5-237,5 мм рт.ст., доставка кислорода 935,2-1136,6 мл/мин, потребление кислорода 236,8-335,8 мл/мин, альвеолярная вентиляция – 4,8-5,7 л/мин, ДЗЛК 8,1-9,3, Рла 13,6-15,8, СВ 5,7-7,2, УИ 41,8-49,5, СИ 3,2-4,05, ЛСС 74,3-85,03, внутрилегочный шунт 9,8-11,5%, бронхиальное сопротивление 5,7 см вод. ст/л/с – 6,8 см вод. ст/л/с, растяжимость легких 43,5 мл/см водн. ст. – 39,7 мл/см водн. ст. Осложнений ни в одном случае не наблюдали.

Заключение. Таким образом, комбинированная респираторная поддержка обеспечивает адекватный газообмен, не нарушает центральную гемодинамику, гемодинамику малого круга кровообращения и механику вентиляции, не допускает подъема пикового давления. Тем самым значительно снижает риск разрыва больших и гигантских эхинококковых кист. Также существенным моментом при проведении комбинированной ИВЛ является то, что создаваемое низкое пиковое давление в дыхательных путях (7-10 см вод. ст.) обеспечивает комфортные условия для оперирующего хирурга, тем самым значительно сокращает длительность операции и анестезии.

РЕЗЕРВИРОВАНИЕ СОБСТВЕННОЙ КРОВИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АНЕМИИ И ПЕРЕЛИВАНИЕ ДОНОРСКОЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА СЕРДЦЕ В УСЛОВИЯХ ИК

Миербеков Е.М., Илялетдинов И.Д.

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

Актуальность. Переливание донорской крови ассоциированы с инфекционными, метаболическими и иммунологическими проблемами, при которых возрастает количество осложнений и летальность.

Цель исследования – оптимизировать стратегию сохранения крови в анестезиологическом обеспечении у пациентов, которым планируется кардиохирургическая операция с применением искусственного кровообращения (ИК).

Материал и методы. После одобрения локального этического комитета 257 пациентов (группа I, средний возраст $37,5 \pm 10,9$ года) и 141 пациент (группа II, средний возраст $37,6 \pm 12,9$ года) перенесли кардиохирургические операции. Не было различий по демографическим показателям в обеих группах. У пациентов I группы компоненты крови как донорские эритроциты (ДЭ) и свежезамороженная плазма назначали после прекращения ИК в соответствии с уровнем гемоглобина и полного возврата остаточного объема из аппарата ИК, а назначение протамин сульфата проводили в дозе 2 мг/1 мг на общую дозу гепарина. У пациентов II группы использовался протокол сохранения крови, который включает: интраоперационное резервирование аутокрови 6-8 мл/кг с цитратом натрия или гепарином до начала ИК; применение аппарата Cell Saver у больных с интра- и послеоперационным кровотечением; возврат паци-

енту остаточного объема из АИК. Инфузию протамина сульфата проводили по расчетной дозе итоговой дозы гепарина с учетом активированного времени свертывания (АВС). После инфузии протамина сульфата собственную кровь пациентам возвращали. Трансфузию ДЭ проводили пациентам у которых уровень гемоглобина был ниже 8,0 г/дл или $pO_2 < 36$ мм рт.ст. Был подсчитан объем всех проведенных трансфузий. Для статистического анализа использовали t-критерий Стьюдента. Результат представлен в виде $M \pm SD$.

Результаты. Интраоперационная потребность в трансфузии крови во II группе составила 36 ± 97 мл, что в 18 раз меньше, чем в I группе, в которой объем трансфузий был 671 ± 315 мл. Общий объем трансфузий в периоперационный период в I группе пациентов составил 909 ± 399 мл, а у пациентов II группы 273 ± 451 мл крови.

Строгие показания для трансфузии крови, протокол сохранения крови и введение протамина сульфата на основании АВС уменьшает количество трансфузий крови. Интраоперационное резервирование собственной крови является безопасным методом в оптимизации уровня гемоглобина во время и после ИК. Полный возврат остаточного объема из АИК не оказывает отрицательного влияния на коагуляцию и уровень кровопотери.

Заключение. На количество трансфузий влияют исходный уровень гемоглобина, длительность ИК и само оперативное вмешательство. Трансфузия собственной крови и возврат остаточного объема из АИК не оказывают отрицательного влияния на коагуляцию и уровень кровопотери.

СВЯЗЬ ИНТРА- И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ГИПОТЕНЗИИ С РАЗВИТИЕМ ДЕЛИРИЯ В ОТДЕЛЕНИИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Мырзагали Б.Б., Ирисматов А.А.,
Қанат А.А., Кушенова С.Ж.

АО «Национальный научный медицинский центр»,
г. Нур-Султан, Республика Казахстан

Актуальность. Послеоперационный делирий часто встречается у пациентов в критическом состоянии, частота в среднем составляет 11-43%. В особенности, периоперационная гипотензия и последующая гипоперфузия головного мозга могут способствовать этому.

Цель работы – проверить, наиболее вероятно ли, что пациенты, испытывающие гипотензию во время и после операции, будут иметь развитие осложнений в реанимации в виде делирия.

Материал и методы. Обследовано 326 послеоперационных пациента, которые были госпитализированы из операционной в отделение интенсивной терапии. Делирий оценивали с помощью Метода оценки спутанности сознания у пациентов отделения интенсивной терапии с интервалом в 12 часов. Метод оценки спутанности сознания в отделении реанимации и интенсивной терапии (CAMICU, Confusion Assessment Method-Intensive Care Unit) – это алгоритм диагностики делирия. CAMICU применяется только в тех случаях, если RASS больше или равен – 3 (шкала возбуждения-седации Ричмонда, Richmond Agitation-Sedation Scale). Для оценки связи между степенью интраоперационной гипотензии (среднее артериальное давление < 65 мм рт.ст.) и делирием во время пребывания в реанима-

ции использовали скорректированную по конфаундеру модель пропорциональной выживаемости Кокса. После использовали модель Кокса с наименьшим средним артериальным давлением в каждый день интенсивной терапии в качестве изменяющейся во времени ковариации для оценки взаимосвязи между артериальной гипотензией в реанимации и делирием с поправкой на сопутствующие факторы и степень интраоперационной гипотензии.

Результаты. У 65 (20%) пациентов в течение первых 5 послеоперационных дней в отделении интенсивной терапии наблюдался делирий. Интраоперационная гипотензия была умеренно связана с более высокой вероятностью послеоперационного делирия. Скорректированный коэффициент риска, связанный с повышением средневзвешенного по времени среднего артериального давления < 65 мм рт.ст. на 1 мм рт.ст., составил 1,11 (95% доверительный интервал (ДИ) 1,03-1,20; $p=0,008$). После операции снижение самого низкого среднего давления на 10 мм рт.ст. в течение каждого дня в отделении интенсивной терапии было достоверно связано с более высоким риском делирия с скорректированным коэффициентом риска 1,12 (95% ДИ 1,04-1,20; $p=0,003$).

Заключение. Развитие делирия у послеоперационных пациентов связан как с интраоперационной, так и послеоперационной гипотензией. Степень, в которой эти взаимосвязи являются причинно-следственными, остается неизвестной, но в той степени, в какой они существуют, профилактика гипотензии может помочь уменьшить делирий и должна быть изучена в проспективных клинических испытаниях.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ТОТАЛЬНОЙ ВНУТРИВЕННОЙ И ИНГАЛЯЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ У ВЗРОСЛЫХ

Мустафин А.Х., Байтерек Б.А.

НАО «Медицинский университет Астана»,
г. Нур-Султан, Республика Казахстан

Актуальность. Операция аортокоронарного шунтирования (АКШ) по-прежнему остается методом выбора лечения у пациентов с мультифокальным атеросклерозом. Она сопровождается постишемической дисфункцией миокарда. При этом не менее четверти пациентов нуждаются во время операции и в послеоперационном периоде в инотропной поддержке. Поэтому имеется необходимость в поиске дополнительных способов защиты миокарда. Исследования кардиопротективных свойств изофлюрана (И) и севофлюрана (С), которые наиболее часто используются для анестезии при этих операциях, противоречивы и немногочисленны. Известно, что тотальная внутривенная анестезия (ТВА) профолом обладает антиоксидантным действием, что важно для больных с ишемической болезнью сердца.

Цель работы – осуществить сравнительный анализ эффективности применения ТВА и ингаляционной анестезии при кардиохирургических операциях у взрослых.

Материал и методы. У 30 больных с неосложненным течением операции и послеоперационного периода во время АКШ применялись в качестве анестезии севофлюран, изофлюран, тотальная внутривенная анестезия профолом. В обеих группах

в качестве анальгетика использовался фентанил. Всем больным проводилась спирометрия с определением потребления кислорода (PO_2), коэффициента использования O_2 (KIO_2). Одновременно определялось содержание кислорода в артериальной и венозной крови, транспорт кислорода к органам и тканям. Сердечный выброс и сердечный индекс (СИ) выявляли по Фику. Осуществляли измерение калориметрических затрат во время операции. Данные показатели определяли во время индукции в анестезию, после интубации трахеи, в течении анестезии до искусственного кровообращения (ИК) и после него. Индукция в анестезию осуществлялась во всех группах профолом и не сопровождалась существенными изменениями гемодинамики.

Результаты. Сердечный индекс составил в среднем 2,6 л/мин/м². Однако после интубации трахеи потребление O_2 при ТВА было больше чем у пациентов, которым применялся С и И и составили соответственно 278; 246; 242 мл в мин. Сердечный индекс на этом же этапе анестезии был выше у больных которым применялся изофлюран и был 3,16 л/мин/м². При ТВА в это же время возрастало общее периферическое сопротивление до 2537 дин.сек.см⁻⁵, что сопровождалось уменьшением транспорта кислорода. Тогда как при применении С и И этот показатель оставался на нормальных значениях. Вместе с тем, KIO_2 оставался в норме, что свидетельствовало об удовлетворительном состоянии микроциркуляции тканей, в том числе при ТВА. Дальнейшее течение анестезии с севофлюраном, до использования ИК сопровождалось увеличением СИ до в среднем до 4,9 л/мин/м², с уменьшением ОПСС до 1344 дин.сек.см⁻⁵, среднее АД не изменялось, что свидетельствовало о кардиопротективном действии препарата. При ТВА гемодинамические показатели, транспорт O_2 к тканям существенно не изменялись. После ИК у больных, которым применялся севофлюран СИ снижались, возрастало ОПСС но оставались на нормальных значениях. Однако KIO_2 не изменялся у всех больных. Калориметрические потери были существенно выше на всех этапах операции и анестезии при применении ТВА профолом и составили 1574 ккал к концу операции. Время пробуждения с экстубацией были в среднем при ТВА профолом – 476 мин, С – 388 мин и И – 238 мин. Расход миорелаксанта эсмерона был существенно выше при ТВА и составил 225 мг, тогда как при анестезии севораном – 190 мг.

Заключение. Наши предварительные данные свидетельствуют о том, что анестезия севораном сопровождается кардиопротективным эффектом с увеличением СИ и уменьшением ОПСС, меньшим расходом миорелаксантов. Время пробуждения, расход миорелаксантов, калориметрические потери существенно выше при применении ТВА с профолом.

PREVENTING AIRWAY COMPLICATIONS IN PEDIATRIC MAJOR SURGERY

Mutagirov V.V., Kuandykov T.K.

JSC «National Scientific Center of Surgery named after A.N. Syzganov», Almaty, Kazakhstan

Background. Endotracheal tube is the gold standard of airway management. However it may causes a great number of airway complications in children.

The aim of study was to estimate the safety of laryngeal mask airway and frequency of airway complications in children.

Material and methods. After Local Ethic Committee approval and informed consent of parents we have studied 201 children underwent major elective abdominal surgery under general anesthesia with mechanical lung ventilation.

In 107 children we used tracheal intubation (TI), in 94 patients the laryngeal mask (LM) was applied. We studied gas exchange, lung mechanics, hemodynamic and rate of respiratory complications. The possibility of gastric regurgitation in LM-group studied with capsulated methylene blue. After surgery we studied frequency of airway complications.

Results. None of the patients in LM group had gastric regurgitation. We had not found difference in gas exchange between two groups. Hyperdynamic reaction was more expressed in response to tracheal intubation/extubation in comparison with LM insertion/removal. TI had more adverse effect on lung mechanics than LM. Comparison of postoperative airway complications revealed its greater amount in patients of tracheal intubation group: 25 cases in TI group vs. 3 cases in LM group ($p < 0,05$). Nausea and vomiting was 7,5% vs 1,1%, Sore throat 23,4 vs 3,2%, Cough 14% vs 1,1%, Laryngospasm 1,9% vs 0, airway infection 22,4 vs 1,1%.

Conclusion. Laryngeal mask airway can provide safe and effective ventilation during major elective abdominal surgery in children. Laryngeal mask has minimal negative influence on hemodynamic and mechanics of ventilation and reduces airway complications up to 7,3 times in comparison with tracheal intubation.

РАЗВИТИЕ РЕГИОНАЛЬНЫХ МЕТОДОВ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Самаганова С.Н., Ашырбаев А.А.,
Мамбеталиева Д.С., Самаганова А.Н.

Кыргызско-Российский славянский университет имени Б.Н. Ельцина, кафедра госпитальной хирургии
медицинского факультета,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Введение. В настоящее время спинальная анестезия является методом выбора при выполнении операции кесарево сечения. До 2014 года в Кыргызской Республике спинальная анестезия широко не применялась в акушерстве. Основным методом анестезии при операции кесарево сечение являлась общая анестезия с выполнением искусственной вентиляции легких.

С 2014 года в Кыргызской Республике начато внедрение клинических руководств в анестезиологической практике и лечении неотложных медицинских состояний в акушерстве, основанных на принципах доказательной медицины. Данная работа стала возможной благодаря помощи международных донорских организаций GIZ, UNICEF.

Цель исследования – изучение роли клинических руководств в расширении показаний для применения спинальной анестезии при операции кесарева сечения.

Материал и методы. Был проведен анализ отчетов отделения анестезиологии и реанимации Перинатального центра г. Бишкек с 2014 по 2020 год. Для оценки и сравнения экономической выгоды разных видов анестезии при операции кесарево сечение были взяты данные о стоимости лекарственных препаратов и расходных материалов.

Результаты. Количество общих анестезий при операции ке-

сарцево сечение стабильно снижалось с 1455 анестезий в 2014 году до 112 анестезий в 2020 году. Количество спинальных анестезий при операции кесарево сечение за период постоянно увеличивалось с 56 анестезий в 2014 году до 1772 анестезий в 2020 году.

Средняя стоимость препаратов и расходных материалов при операции кесарево сечение составила 315,84 кыргызских сома для спинальной анестезии и 1403,54 кыргызских сомов для общей анестезии соответственно. Таким образом, расходы на общую анестезию были в 4,43 раза выше, чем расходы на выполнение спинальной анестезии.

Заключение. После внедрения Министерством Здравоохранения Кыргызской Республики клинических руководств спинальная анестезия заняла лидирующее место среди всех методов анестезии в акушерской хирургии в Кыргызской Республики.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ БЕЗОПИОИДНОЙ АНЕСТЕЗИИ В БАРИАТРИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ У ПАЦИЕНТОВ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Сезина Е.И., Кохановский Е.В., Дзядзько А.М.

ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии»,
г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. В современном обществе ожирение, как медицинская проблема, имеет довольно широкое распространение. Такие пациенты все чаще попадают в операционный зал для хирургического лечения. Морбидное ожирение (индекс массы тела более 40) является важнейшим фактором риска развития синдрома обструктивного апноэ/гипопноэ (СОАГС). Около 70% пациентов с СОАГС (до 80% мужчин и 50% женщин), диагностированного в ходе выполнения предоперационной полисомнографии, страдают ожирением. Анестезиологическое обеспечение таких пациентов сопряжено с трудной анатомией дыхательных путей (развитие/усугубление обструкции дыхательных путей за счет степени ожирения и уменьшения объема ротоглотки, нарушения ее проходимости, трудности масочной вентиляции и выполнения прямой ларингоскопии при интубации трахеи), а также с особенностями физиологии дыхания (снижение жизненной емкости легких, функциональной остаточной емкости, дерекрутирование альвеол, увеличение внутрилегочного шунтирования и ухудшение оксигенации). Пациенты с СОАГС особенно чувствительны к действию опиатов, бензодиазепинов, пропофола. Наиболее значимые побочные действия наркотических анальгетиков – это депрессия дыхания. Наркотические анальгетики также вызывают парез кишечника, повышение внутрибрюшного давления и, как следствие, несостоятельность кишечных анастомозов; приводят к гастропарезу, повышая риск аспирации; увеличивают частоту тошноты и рвоты; приводят к задержке мочеиспускания, что требует катетеризации мочевого пузыря и повышает риск мочевой инфекции; повышают риск возникновения послеоперационного делирия и опиоидиндуцированной гипералгезии. Проведение безопиоидной анестезии позволит избежать этих осложнений.

Цель работы – демонстрация возможности адекватной периперационной аналгезии без использования наркотических анальгетиков либо значительное уменьшение их дозировок путем применение альтернативных механизмов подавления боле-

вой чувствительности у пациентов с критической массой тела.

Материал и методы. Нами было проведено 104 анестезиологических пособия с использованием схемы безопиоидной анестезии у пациентов II и III классов ASA с ожирением I степени – 13 анестезии (12,5%), с ожирением II степени – 32 анестезии (30,8%), с ожирением III степени – 59 анестезий (56,7%) при следующих лапароскопических бариатрических вмешательствах: бандажирование желудка, сливрезекция, минигастрошунтирование.

Всем пациентам применялась следующая схема «opioid-free anesthesia»: габапентин 300 мг per os за 2 часа перед операцией; анальгин 2000 мг в/венно – в начале операции; лидокаин 1 мг/кг ИМТ в/венно перед интубацией; дексмететомидин 1 мкг/кг/10 мин в/венно нагрузочная доза перед интубацией трахеи, далее 0,2-1,0 мкг/кг/час в/венно (рассчитаны на существующую массу); кетамин 0,5 мг/кг в/венно нагрузочная доза после интубации, далее 0,25 мг/кг/час в/венно (рассчитаны на скорректированный вес); парацетамол 1000 мг в/венно за 15 минут в начале операции; TAP-блок (блокада поперечного пространства живота) под УЗИ-контролем до разреза.

Результаты. По шкале оценки боли ВАШ только 3 пациентам, что составляет 2,8% от общего количества прооперированных, потребовалось дополнительное обезболивание опиоидами (ВАШ более 3 баллов при движении) в первые 24 часа после операции. Частота PONV составила 16,3%, встречалась у 17 пациентов. В послеоперационном периоде всем пациентам проводился мониторинг SpO₂ – не зарегистрировано ни одного случая десатурации (пациенты с зарегистрированным СОАГС получали его терапию (CPAP)).

Заключение. Техника безопиоидной анестезии позволила значительно снизить частоту осложнений, при качественно высоком уровне аналгезии и седации в бариатрической хирургии у пациентов с морбидным ожирением.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПАРАЦЕТАМОЛА У НОВОРОЖДЕННЫХ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Токобаева М.Т., Алимханова Г.Н., Ибраимовой А.Б.,
Султанкул М.С., Динабеков А.М.

АО «Научный институт педиатрии и детской хирургии»,
г. Алматы, Республика Казахстан

Актуальность. Новорожденные, которых лечат в отделениях интенсивной терапии, подвергаются многочисленным болезненным процедурам. В мире сегодня широко распространено назначение внутривенного парацетамола в качестве лекарственного средства выбора в послеоперационном периоде. Появление внутривенной формы парацетамола существенно повысило ценность и расширило показания к применению в качестве базисного компонента мультимодальной послеоперационной аналгезии. Доказательная база по клиническому применению внутривенного парацетамола достаточно широка. При выполнении ряда урологических вмешательств назначение парацетамола внутривенно в виде монотерапии или в составе мультимодальной аналгезии приводит к развитию выраженного обезболивающего эффекта, снижению количества вводимых опиоидов и частоты обусловленных ими побочных эффектов.

Цель исследования – повышение эффективности лечения

болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде у новорожденных.

Материал и методы. Проведен анализ эффективности постоперационного обезболивания после урологии на нефроэктомию, проведенной у 22 детей (за период 2021-2022 гг.). Их возраст составил от 2 месяцев до 1 года, в среднем 7 мес. Все дети относились к I–II классу риска анестезии (ASA). Средняя продолжительность операции составила 60 ± 10 мин. Индукция в наркоз выполнялась севораном в сочетании с фентанилом (3-5 мкг/кг болюсно). Анестезия поддерживалась ингаляционным анестетиком севоран (2-3 об. %) с болюсным введением опиоидного препарата фентанил – (3-5 мкг/кг). Всем пациентам проводилась управляемая по уровню давления ИВЛ с мышечных релаксантов эсмерон 0,5 мг/кг. Проводился интраоперационный мониторинг – контроль состояния жизненных функций (оценка показателей ЧСС, ЧД, Sat O₂, EtCO₂, концентрации ингаляционного агента на вдохе-выдохе). По окончании операции и после восстановления спонтанного дыхания проводилась замена ЭНТ на биназальный кислород. Детей переводили в послеоперационную палату для дальнейшего наблюдения. Примерно за 15-30 минут до окончания операции всем детям вводили внутривенно капельно р-р парацетамола. Применялась его рекомендуемая дозировка 0,75 мг/кг. При необходимости официальный раствор разводился в необходимом объеме физиологическим р-ром хлорида натрия. Спустя 6-8 часов при необходимости пациенты продолжали в/в парацетамола. Необходимость введения парацетамола во время операции была обусловлена концепцией предупреждающей аналгезии во время оперативного вмешательства. Адекватность послеоперационного обезболивания оценивали по рейтинговой шкале (ШВБ): пациента просили оценивать боль по одному из пяти критериев: отсутствие боли, слабая, средняя, сильная, невыносимая боль. Уровень послеоперационной боли оценивался сразу, в послеоперационной палате и спустя 4-6 часов.

Результаты. Все операции прошли запланировано, без осложнений. Непосредственно по окончании операции уровень болевых ощущений у большинства детей составил 0-1 баллов (ШВБ). Спустя 6 часов у нескольких пациентов болевые ощущения оценивались как слабые, реже средние (1-2 балла), что следует трактовать как хороший показатель, свидетельствующий об отсутствии выраженного болевого синдрома. Отсутствие выраженного болевого синдрома способствовало ранней послеоперационной реабилитации новорожденных. К тому же это минимизировало риск послеоперационных осложнений (тошнота, рвота). Нами не было выявлено каких-либо особенностей действия парацетамола, каких-либо побочных реакций на его введение у данных новорожденных

Заключение. Системное применение парацетамола в послеоперационном периоде создает достаточную послеоперационную аналгезию у новорожденных. Результаты проведенного исследования указывают на важную роль неопиоидного аналгетика парацетамола в системе мультимодальной послеоперационной аналгезии в урологии. Использование внутривенной формы парацетамола расширяет возможности обеспечения эффективного и безопасного послеоперационного обезболивания в урологии при значительном сокращении потребности в опиоидных аналгетиках и снижении связанных с ними побочных эффектов, способных осложнить состояние прооперированного пациента.

ОБЕСПЕЧЕНИЕ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ В АМБУЛАТОРНОЙ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ

Чынгышова Ж.А.¹, Тилеков Э.А.², Бигишиев М.М.¹

¹Кыргызская государственная медицинская академия имени

И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызстан,

²Национальный хирургический центр,

г. Бишкек, Кыргызская Республика

Цель исследования – выявления причин, существующих в проведении обезболивания при проведении амбулаторных операционных вмешательств.

Материал и методы. Амбулаторные хирургические вмешательства проводятся в Национальном хирургическом центре МЗ КР. За период 2020 год – 746, 2021 год – 1019 анестезиологических пособий, проведены вскрытие маститов – 129, вскрытие карбункулов спины – 288, вскрытие карбункулов на конечностях 309, вскрытие абсцессов бартолиновой железы – 318, и другие виды абсцессов – 721. Проводился внутривенный наркоз на основе кетамина, пропофола и фентанила интраназальной инсуффляцией кислорода.

Результаты. Во время предоперационной подготовки проводилась оценка состояния пациента, возможности проведения данной операции, пациентам целесообразно проводить обследование учитывая состояние общего статуса, анамнеза жизни и болезни, локального статуса, и особое внимание уделяется проходимости дыхательной системы. Также необходимо учитывать стабильность гемодинамики и кровообращения и гомеостаза, нервной системы, психомоторного статуса, повышающим развитие раневой инфекции. Особое внимание уделялось проведению антибактериальной терапии. При методике выбора анестезии учитываются фармакокинетические и фармакодинамические свойства препаратов. Средства с быстрым наступлением эффекта, обеспечивающие быстрое и мягкое пробуждение. Эти препараты кетамин и пропофол. Для премедикации используется бензодиазепины. Необходимо обеспечение мониторинга и набора оборудования для проведения реанимационных мероприятий. Пациентов необходимо наблюдать в течение 2-3 часов в палате пробуждения до полного восстановления, функции организма.

Заключение. Несмотря на развитие амбулаторной хирургии, имеется ряд проблем в обеспечении анестезиологического пособия: отсутствие протокола анкетирования, недостаточная оснащенность необходимым оборудованием. Также необходимо создать системы контроля амбулаторных пациентов.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ДЕЛИРИЯ

Шарипова В.Х., Лутфиллаев О.К., Бердиев Н.Ф.

Республиканский научный центр экстренной

медицинской помощи,

г. Ташкент, Республика Узбекистан

Актуальность. Послеоперационный делирий (ПОД) - серьезная и широко распространенная проблема среди пациентов в критическом состоянии, связанная с повыше-

ной смертностью и длительным пребыванием в стационаре. В настоящее время у пациентов в критических состояниях используют две основные системы оценки ПОД: шкалу выявления делирия в интенсивной терапии (Intensive Care Delirium Screening Checklist - ICDSC) и метод оценки спутанности сознания в отделениях интенсивной терапии (Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit - CAM-ICU). Учитывая масштаб проблемы, ее решение должно стать приоритетной задачей для клиницистов и исследователей.

Цель исследования - сравнить и оценить методы CAM-ICU и ICDSC для диагностики и мониторинга ПОД.

Материалы и методы. Мы включили в исследование 80 пациентов, перенесших экстренное оперативное вмешательство различного хирургического профиля за период с 2018 по 2021 гг (до августа) на базе РНЦЭМП (моноцентровое исследование). Критерии включения: возраст старше 50 лет; послеоперационный период, осложнившийся ПОД; больные на самостоятельном дыхании; клиническая необходимость в медикаментозной седации. Для определения целевого уровня седации мы применяли Ричмондскую шкалу агитации и седации (RASS), целевым уровнем седации мы считали 0-3 балла по RASS. Пациенты с оценкой по шкале RASS от 4 до 5 в течение более 3 дней были исключены. Для диагностики ПОД мы использовали метод оценки спутанности сознания для пациентов в ОПИТ - CAM-ICU (Confusion Assessment Method for Intensive Care Unit) все 4 критерия, если более 1-2 ошибки, значит CAM-ICU положительный, по шкале ISDSC (Intensive Care Delirium Screening Checklist) ≥ 4 . Пациенты наблюдались до выписки из ОПИТ (РОХ).

Результаты. В течение периода исследования 80 пациентов были госпитализированы в отделение хирургической реанимации (РОХ) и были обследованы, ПОД был выявлен у 76 (95%) пациентов с помощью CAM-ICU и у 71 (88,75%) пациентов с помощью ICDSC. Шкалы CAM-ICU и ICDSC использованы для сравнительной оценки тяжести психопатологических признаков в динамике (например, в процессе психофармакотерапии) в тех случаях, когда ПОД уже установлен. Эти шкалы имеют высокую чувствительность (95% и 88,75% соответственно), однако специфичность CAM-ICU выше, чем ICDSC. Больные, которые испытывают галлюцинации, могут быть достоверно оценены по ICDSC. Шкала ICDSC включает в себя оценку галлюцинаций, как индикатора делирия (состоит из восьми пунктов: нарушенный уровень сознания, нарушения внимания, дезориентация, галлюцинации, психомоторное возбуждение или гиподинамия, неадекватное настроение и речь, нарушение цикла сна и бодрствования), который не включен в CAM-ICU.

Выводы. Оба метода – CAM-ICU и ICDSC показали свою значимость при использовании в ОПИТ (РОХ), а также достаточную чувствительность и специфичность для того, чтобы рекомендовать их для рутинного использования для диагностики и мониторинга ПОД. ICDSC чаще в своей работе использует средний медицинский персонал, и этот метод является более удобным для диагностики ПОД. Внедрение CAM-ICU и ICDSC позволили правильно диагностировать ПОД без участия психиатров.

НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИОННОГО ДЕЛИРИЯ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ЭКСТРЕННЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА: СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Шарипова В.Х., Лутфиллаев О.К., Бердиев Н.Ф.

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

Актуальность. Послеоперационный делирий (ПОД) является тяжелым осложнением после оперативных вмешательств у пациентов пожилого возраста. Частота послеоперационного делирия у этой категории больных, по данным разных авторов, составляет от 10 до 64% (Kamitani K., Higuchi A. 2018). По данным современных исследований, ПОД диагностируется лишь в 12-35% случаев; 60-дневная летальность составляет до 3% в плановой хирургии и повышается до 10% при экстренных оперативных вмешательствах (Лихванцев В.В., 2017).

Цель исследования – сравнить эффективность применения дексмедетомидина, галоперидола и золомакса в лечение послеоперационного делирия.

Материал и методы. На базе РНЦЭМП проведено моноцентровое, проспективное сравнительное исследование, в которое вошли 60 пациентов с ПОД, перенесших экстренные оперативные вмешательства различного хирургического профиля за период с 2018 по март 2022 г. Общими для всех больных были следующие критерии включения: возраст старше 50 лет; отсутствие заболеваний центральной нервной системы в анамнезе; сочетание хирургической патологии с развитием ПОД; спонтанное дыхание. Диагноз ПОД устанавливали на основании критериев CAM-ICU (Confusion Assessment Method for Intensive Care Unit) или по шкале ISDSC (Intensive Care Delirium Screening Checklist) с применением RASS (Richmond Agitation-Sedation Scale) - (+3 -3 балл).

В зависимости от препарата для купирования психотических проявлений ПОД всех больных разделили на 3 группы: в группе дексмедетомидина (Д, n=20) начальная доза дексмедетомидина составляла 0,7 мкг/кг/ч, поддерживающая - 0,2-1,4 мкг/кг/ч, в группе галоперидола (Г, n = 20) терапию начинали с 5 мг в/в и при отсутствии эффекта – с последующим увеличением дозы до 10 мг, и при отсутствии эффекта – до 15 мг в сутки, в группе лечения Золомаксом (З, n = 20) седацию начинали с 0,5 мг препарата перорально 2-3 раза в день, при необходимости увеличивали дозу на 0,25-0,5 мг в зависимости от тяжести симптомов и ответной реакции на лечение. Мониторинг глубины уровня седации проводили каждые 2-3 ч. Целью терапии являлось поддержание седации на уровне от -2 до +1 по шкале RASS. Критерии эффективности лечения делирия – устранение основных симптомов делирия – дезориентации, галлюцинаций и возбуждения. Ежедневную оценку психического статуса осуществляли на основании оценок по шкалам CAM-ICU, ISDSC и RASS.

Результаты. Больные в группе галоперидола находились в ОПИТ $6,1 \pm 1,2$ сут, больные в группе Золомакса - $7,3 \pm 1,6$ сут, больные в группе дексмедетомидина - $4,1 \pm 1,1$ сут ($p < 0,05$). Сокращение времени пребывания в ОПИТ больных, получавших дексмедетомидин, было связано с уменьшением длитель-

ности ПОД, так как обычно больные после обширных операций находятся в ОПИТ не более 3-4 дней. Длительность ПОД составила 2 (1-3) суток для группы Д, и 5 (4-6) суток для группы Г и 7 (6-8) суток для группы З ($p=0,006$). В течение 2-5 суток происходило уменьшение тяжести ПОД при оценке по шкале CAM-ICU и ISDSC у всех пациентов, более выраженное в группе Д. В группе З 11 (55%) пациентов имели симптомы ПОД через 4 суток ($p<0,033$) после операции. Дезориентация в группе Д сохранялась только у 10% пациентов через двое суток, на четвёртые сутки дезориентированы были только 5 пациента (10%) в группе Г, в то время как в группе З дезориентация на 4-е сутки сохранялась у 14 (70%) пациентов ($p<0,005$). Установлено, что больные, получавшие дексмететомидин лучше взаимодействовали с персоналом ОПИТ. Они были способны сообщать о возникновении болевых ощущений и информировали сотрудников об изменениях в своем состоянии. Медицинским сестрам легче было обслуживать больных и выполнять процедуры в группе Д. Это, на наш взгляд, является существенным преимуществом.

Вывод. Проведенное исследование показало, что использование дексмететомидина в сравнении с галоперидолом и золомаксом сокращает длительность ПОД и снижает сроки пребывания в ОПИТ на 3-4 суток, обеспечивает более управляемую седацию пациента и более быстрый регресс основных клинических проявлений ПОД - ажитации, дезориентированности и галлюцинаций при меньшей частоте побочных эффектов. Легкость пробуждения больных и возможность вербального контакта с медперсоналом являются существенным преимуществом дексмететомидина.

ПРИМЕНЕНИЕ БЛОКАДЫ PENG-BLOCK ПРИ ОСТЕОСИНТЕЗЕ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Шарипова В.Х.¹, Абдулхамидов А.А.²,
Валиханов А.А.¹, Алимов А.Х.¹

¹Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, г. Ташкент, Республика Узбекистан,

²Ферганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, г. Фергана, Республика Узбекистан

Введение. Острая хирургическая боль является потенциальным фактором риска хронической боли, послеоперационного делирия и других осложнений. Ортопедические процедуры, затрагивающие бедренную кость, остаются сложными для регионарной анестезии, учитывая сложную иннервацию, интенсивность болевой стимуляции и желания сохранить подвижность конечности для ускоренного послеоперационного восстановления. Недостатками часто применяемых методов регионарного обезболевания, таких как блокада компартмента подвздошной фасции (fascia iliaca block) и блокада бедренного нерва (femoral block) являются неадекватность охвата передней капсулы тазо-бедренного сустава и слабость четырехглавой мышцы из-за моторного блока. В отличие от них блокада перикапсулярных групп нервов (Pericapsular nerve group block - PENG block) блокирует преимущественно сенсорные нервные ветви передней капсулы бедра, и не вызывает моторного блока, тем самым способствует ранней активации пациентов.

Цель работы – изучить эффективность PENG блока для до- и послеоперационного обезболевания при остеосинтезе бедренной кости.

Материал и методы. Исследование проведено с участием больных, которым проведен остеосинтез бедренной кости проксимальным феморальным стержнем (PFN) в отсроченном порядке. В контрольную группу ($n=10$) ретроспективно были включены больные, у которых было использовано спинномозговая анестезия и послеоперационная базис анальгезия с использованием диклофенака по 75 мг внутримышечно каждые 12 часов, метамизол натрия по 1 г внутривенно каждые 8 часов и тримеперидин (промедол) по 10-20 мг внутримышечно по требованию. В основной группе ($n=10$) перед операцией в положении на спине, под ультразвуковой навигацией, со стороны остеосинтеза выполнена PENG блокада с использованием 20 мл 0,25% раствора бупивакаина. Методика спинномозговой анестезии и послеоперационной базис анальгезии были аналогичными с контрольной группой. Всем больным для премедикации за 30 минут до перевода в операционную сделан тримеперидин 20 мг внутримышечно и проведен стандартный интраоперационный мониторинг (пульс, неинвазивное артериальное давление, ЭКГ, сатурация кислорода, температура тела) в обеих группах. Изучалась интенсивность боли во время проведения спинномозговой пункции и в течение первых суток (через 6, 12, 18 и 24 часов) после операции по нумерической рейтинговой шкале (НРШ).

Результаты. Интенсивность боли во время проведения люмбальной пункции составила в среднем $6,3\pm 1,15$ и $3,2\pm 1,18$ баллов по НРШ в контрольной и основной группах соответственно ($p<0,0001$). За первые сутки средний балл по НРШ в контрольной группе составил $5,0\pm 1,20$ баллов, а в основной группе $2,1\pm 1,09$ баллов ($p=0,0025$).

Выводы. Применение PENG блока перед операцией на шейке бедренной кости позволяет обеспечить более адекватный контроль боли в течение первых суток послеоперационного периода. Также данный блок снижает интенсивность боли во время позиционирования пациента для проведения нейроаксиальной анестезии и может способствовать быстрому и удачному проведению манипуляции.

НЕЙРОКОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПОСЛЕ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Шарипова В.Х., Алимов А.Х., Валиханов А.А.

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

Введение. Нейрокогнитивные нарушения после некардиохирургических операций отмечается у 7-26% больных, ассоциируется со снижением 5-и летней выживаемости, ухудшением качества жизни пациентов. Один из видов периоперационных нейрокогнитивных нарушений – это послеоперационная когнитивная дисфункция (ПОКД). Часто встречаемые проявления когнитивной дисфункции – это нарушение памяти, внимания, ухудшение способности выполнять задания. На сегодняшний день точные патогенетические механизмы ПОКД не установлены.

Цель работы - изучение роли различных факторов риска в развитии когнитивной дисфункции после ортопедических операций.

Материал и методы. Исследование проведено в РНЦЭМП с сентября 2017 г по июнь 2019 г. с участием 218 больных (141 мужчин и 77 женщин), которым проведена ортопедическая операция в отсроченном порядке. Возраст больных составил $44 \pm 16,2$ лет. Изучалась роль следующих факторов: возраст (18-44 лет, 45-64 лет, 65 и старше), пол, наличие сопутствующих заболеваний (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, ожирение, сахарный диабет), курение, вид анестезии (общая или регионарная), степень травматичности операции (малая операция или большая операция), длительность операции, класс по ASA (1, 2 и 3), уровень образования (среднее, высшее). Для выявления ПОКД проводилось нейропсихологическое тестирование до операции и через 5-7 дней после операции. Были использованы следующие нейрокогнитивные тесты: тест словесной памяти, тест запоминания цифр, тест замещения цифр и букв, тест Струпа и тест выстраивания последовательности. Отклонения результатов более чем на 20% в двух или более тестах по сравнению с предоперационными результатами было зарегистрировано как ПОКД. Для изучения роли конкретных факторов риска данные были сравнены между пациентами, у которых развилась ПОКД с данными тех пациентов, у которых данное явление не выявлено. Для выявления значимости фактора использован критерий χ^2 Пирсона.

Результаты. По результатам периоперационного нейропсихологического тестирования у 37 больных из 218 (17%) зарегистрирована ПОКД. При сравнении параметров у пациентов с выявленной ПОКД и без ПОКД из 12 факторов у 6 отмечено статистически значимое (возраст, наличие гипертонии, наличие ИБС, класс ASA, объем операции) отличие. Самыми весомыми факторами риска оказались возраст ($\chi^2=21,8$ $p=0,023$), класс ASA ($\chi^2=15,7$ $p=0,0035$), наличие гипертонии ($\chi^2=13,4$ $p=0,0002$) и длительность операции ($\chi^2=11,8$ $p=0,019$). В развитии ПОКД относительно меньшую роль сыграли объем операции ($\chi^2=6,7$ $p=0,0097$) и наличие ИБС ($\chi^2=7,5$ $p=0,0062$). При анализе других факторов таких как, курение, вид анестезии, уровень образования и др. значимой разницы между пациентами с ПОКД и без ПОКД не выявлено.

Выводы. Пожилой возраст, наличие гипертонической болезни и ИБС, объективный статус 3-й класс по ASA, длительные и высокотравматичные операции являются независимыми факторами риска развития ПОКД после ортопедических операций. Возникновения ПОКД у больного после ортопедической операции, вероятно, не зависит от пола, уровня образования, курения, вида анестезии, наличия ожирения или сахарного диабета.

ПРИМЕНЕНИЕ ФАСЦИАЛЬНОЙ БЛОКАДЫ МЫШЦЫ ВЫПРЯМЛЯЮЩЕЙ СПИНУ ДЛЯ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ БОЛЬНЫХ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ РЕБЕР

Шарипова В.Х., Фокин И.В.

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

Актуальность. Множественные переломы ребер являются одним из основных источников болевой импульсации при

травмах грудной клетки. Так как ребра достаточно сложно иммобилизовать и все виды физиологических действий такие как, глубокий вдох, кашель, изменение положение тела, все приносит боль высокой интенсивности, которая влияет на увеличение заболеваемости данной категории больных. В настоящее время не смотря на большой арсенал средств обезболивания, отсутствует наиболее подходящий метод для обезболивания множественных переломов ребер, но достичь оптимального уровня обезболивания можно лишь придерживаясь концепции мультимодальной аналгезии. Начиная с 2016 года имеются публикации о применении нового метода ультразвук-ассистированной фасциальной блокады мышцы выпрямляющей спину при обезболивании грудной клетки, в зарубежной литературе данный метод известен как Erector Spine Plane Block (ESPB). На сегодня в научных публикациях описывающих применение ESPB при множественных переломах ребер только появляются данные о эффективности и безопасности этого метода, что дает возможность исследовать более детально фасциальную блокаду мышцы выпрямляющей спину как метод обезболивания у больных с повреждениями грудной клетки.

Цель исследования – улучшение мультимодального обезболивания больных с множественными переломами ребер в составе сочетанной травмы с применением фасциальной блокады мышцы выпрямляющей спину.

Материал и методы. На базе Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи проведено исследование 20-ти пациентов с множественными переломами ребер в составе сочетанной травмы. Всем больным в послеоперационном периоде для обезболивания множественных переломов ребер применялся метод фасциальной блокады мышцы выпрямляющей спину. В положении лежа больного на здоровом боку после предварительной асептической обработки и местного обезболивания места пункции на уровне грудного позвонка соответствующего середине поврежденных ребер под УЗИ контролем линейным датчиком в сагитальной плоскости отступая на 3 см латерально визуализировался поперечный отросток одноименного позвонка. После в плоскости датчика через выпрямляющую мышцу спины к поперечному отростку проводилась игла Tuoshy 18 G, через которую вводилось сначала 10 мл физиологического раствора с целью гидропрепаровки фасциальной плоскости, а затем вводился катетер 20 G на 5 см. Далее через катетер вводился раствор местного анестетика лидокаин 1%-20 мл и дексаметазон 4 мг. В последующем назначался раствор местного анестетика лидокаин 1% по 10 мл каждые 4-е часа. Так же всем пациентам назначалось базисное обезболивание: кетопрофен 100 мг 3-и раза в сутки и при боли сильной интенсивности наркотический анальгетик морфин 10 мг в/в. В исследовании у всех пациентов анализировались следующие данные: 1. Визуально аналоговая шкала боли в покое, при кашле, а так же показатели гемодинамики (СВ, ФВ, ОПСС, СрАД, Ps, SpO₂) до выполнения блокады и после выполнения блокады через час, 6 и 24 часа. 3. Определение распространения блокады по количеству дерматомов с потерей холодовой чувствительности, что соответствует болевой чувствительности. 4. Расход наркотических анальгетиков за 24 часа после блокады. Анализ данных проводился с применением описательной статистики в программе IBM SPSS Statistics 22.

Результаты. Количество пациентов мужского пола 16, женского пола 4. Средний возраст составил 39 ± 6 лет. Распреде-

ление больных по количеству переломов ребер: три ребра в 9 (45%) случаях, четыре ребра в 6 (30%) случаях, пять и более ребер в 5 (25%) случаях. Причины сочетанной травмы: 14 (70%) больных после ДТП и 6 (30%) больных после высотной травмы. В 12 (60%) случаях выполнена операция по фиксации ребер к наружной металлической пластине для уменьшения флотации костных отломков ребер. В исследования не вошли больные с отсутствием сознания. Средний показатель ВАШ у больных до выполнения фасциальной блокады соответствовал $30 \pm 8,9$ баллов в покое и $72 \pm 14,7$ баллов при кашле, СВ $4,8 \pm 0,46$ л\мин, ФВ $57,2 \pm 3,7\%$, ОПСС $1625,6 \pm 233,7$ дин\сек\см⁻⁵, СрАД $85,2 \pm 11,2$ мм.рт.ст., Пс $95,3 \pm 8,9$ уд\мин, SpO₂ 97 ± 2 %. Через час после проведения фасциальной блокады мышцы выпрямляющей спину ВАШ в покое $16 \pm 10,8$ балл, при кашле $45,8 \pm 17,3$ балла, СВ $4,7 \pm 0,4$ л\мин, ФВ $57,1 \pm 3,3$ %, ОПСС $1444,9 \pm 173,4$ дин\сек\см⁻⁵, СрАД $83,1 \pm 8,2$ мм.рт.ст., Пс $92,4 \pm 6,9$ уд\мин, SpO₂ $98,4 \pm 1,6$ %. Показатели через шесть часов после проведения фасциальной блокады: ВАШ в покое $20 \pm 7,6$ балл, при кашле $46,4 \pm 14,2$ балла, СВ $4,9 \pm 0,3$ л\мин, ФВ $58,2 \pm 3,2$ %, ОПСС $1426,4 \pm 81,2$ дин\сек\см⁻⁵, СрАД $85,2 \pm 8,7$ мм.рт.ст., Пс $89,7 \pm 7,3$ уд\мин, SpO₂ $98,4 \pm 1,8$ %. Через двенадцать часов после проведения фасциальной блокады мышцы выпрямляющей спину ВАШ в покое $13,1 \pm 8,5$ балл, при кашле $49,2 \pm 16,1$ балла, СВ $5 \pm 0,4$ л\мин, ФВ $59,2 \pm 2,5$ %, ОПСС $1454,6 \pm 96,4$ дин\сек\см⁻⁵, СрАД $86,7 \pm 8,3$ мм.рт.ст., Пс $87,5 \pm 9,3$ уд\мин, SpO₂ $97,4 \pm 1,4$ %. Распространение действия фасциальной блокады в среднем захватывало $8,3 \pm 1,6$ дерматомов с потерей холодовой чувствительности. После блокады в течении 24 часов средний расход наркотического анагетика морфина в исследуемой группе составил $15,3 \pm 6,2$ мг.

Заключение. Проведение вышеизложенного исследования показывает, что фасциальная блокада мышцы выпрямляющей спину уменьшает болевой синдром у больных с множественными переломами ребер. Отсутствует негативное влияние на показатели гемодинамики. Имеется достаточно широкое распространение действия блокады по дерматомам. В последующем необходимо проведение исследования по использованию фасциальной блокады мышцы выпрямляющей спину в сравнении с другими методами обезболивания нервов грудной клетки.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРИ ОДНОМОМЕНТНОМ ОСТЕОСИНТЕЗЕ ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Шарипова В.Х., Фокин И.В.

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

Актуальность. Несомненно, выполнение операции по одномоментному остеосинтезу костей верхней и нижней конечности является высоко травматическим хирургическим вмешательством. Но более быстрое выполнение операций по фиксации и остеосинтезу крупных костей конечностей снижает заболеваемость и улучшает выживаемость. При наличии соответствующих навыков и оборудования можно использовать преимущества регионарной анестезии над общей, для анестезиологического обеспечения полисегментных операций.

Цель исследования - сравнение общей анестезии с комбинированной спинальной и проводниковой анестезией при одномоментном остеосинтезе костей верхней и нижней конечности.

Материал и методы. Проведение исследования осуществлялось в опер-анестезиологическом отделении РНЦЭМП. В исследование было включено 58 больных с информированным согласием, анестезиологическим риском по ASA II-III класса, которым выполнялись травматологические операции по одномоментному остеосинтезу костей нижней и верхней конечности. Пациенты были разделены на две группы, из них основная группа пациентов ($n=23$), которым выполнялась спинальная анестезия раствором местного анестетика бупивакаин 0,5% 12,5-15 мг, а так же блокада плечевого сплетения раствором местного анестетика лидокаина 2%-20 мл + адреналина 1:2000000, дексаметазон 1 мл-4 мг. Верификация плечевого сплетения из межлестничного или надключичного доступа проводилась с помощью ультразвуковой визуализации. Во время операции проводилась седация больного с использованием мидазолама в расчетной дозировке, при необходимости если пациент отмечал боль, вводился опиоидный анагетик фентанил 50-100 мкг. В контрольной группе ($n=25$) операции выполнялись под общей комбинированной анестезией с интубацией трахеи, при которой индукция в анестезию проводилась пропофолом, фентанилом, дитилином и поддержание анестезии проводилось изофлюраном, фентанилом, ардуаном в расчетных дозировках. В послеоперационном периоде в обеих группах назначалось стандартное обезболивание НПВС кетопрофеном по 100 мг 2-3 раза в день, при болях сильной интенсивности использовался наркотический анагетик промедол 20 мг. В исследовании у всех пациентов анализировались следующие данные: 1. Показатели гемодинамики (СВ, ФВ, ОПСС, СрАД, Ps). 2. Показатели глюкозы и кортизола крови. 3. Расход наркотических анагетиков за первые послеоперационные сутки. Показатели гемодинамики, кортизола и глюкозы крови измерялись после начала анестезии первый этап, во время остеосинтеза нижней конечности и верхней конечности - второй и третий этап соответственно. Статистический анализ данных проводился в программе IBM SPSS Statistics 21.

Результаты. Средний возраст пациентов, пол, вес, рост и длительность операции были сопоставимы в обеих группах. Показатель СВ в контрольной группе и основной группе на первом этапе составил соответственно $5,7 \pm 0,04$ и $5,6 \pm 0,03$ л\мин, на втором этапе $5,4 \pm 0,03$ и $6,1 \pm 0,06$ л\мин, третьем этапе $5,3 \pm 0,02$ и $5,8 \pm 0,05$ л\мин, что статистически отличалось на втором и третьем этапе и было выше в основной группе по сравнению с контрольной ($p < 0,05$). При анализе ФВ в контрольной группе и основной группе статистической разницы не наблюдалось на первом этапе $60,2 \pm 0,5\%$ против $59,5 \pm 0,5\%$, но данный показатель был ниже на 2-ом этапе в контрольной группе $56,5 \pm 0,2$ % против $62,2 \pm 0,7\%$ основной группы, так же на 3-ем этапе $57,4 \pm 0,3\%$ контрольная группа против $59,8 \pm 0,5\%$ основной группы ($p < 0,05$). Средние величины ОПСС на первом этапе в контрольной группе $1153,2 \pm 35$ дин\сек\см⁻⁵ ниже по сравнению с основной группой $1224,8 \pm 37$ дин\сек\см⁻⁵, на втором этапе $1472,6 \pm 52$ дин\сек\см⁻⁵ против $1045,4 \pm 29$ дин\сек\см⁻⁵ и третьем этапе $1390,5 \pm 49$ дин\сек\см⁻⁵.

сек\см⁵ против 1139,2±33дин\сек\см⁵ между группами и были выше в контрольной группе по сравнению с основной соответственно (p<0,05). В основной группе по сравнению с контрольной группой на 1-ом, 2-ом и 3-ем этапах операции показатель сРАД был стабильнее и ниже на всех трех этапах 91,1±2,35 и 93,8±2,37 мм.рт.ст., 86,4±2,14 мм.рт.ст. и 101,2±2,52 мм.рт.ст., 79,4±2,09 мм.рт.ст. и 86,7±2,16 мм.рт.ст. соответственно (p<0,05). На первом этапе в основной группе средний Ps 81,4±2,34 уд\мин был ниже чем в контрольной группе 89,2±2,56 уд\мин, но на 2-ом, 3-ем этапе в основной и контрольной группе данный показатель значительно не отличался 83,6±2,36 уд\мин и 80,5±2,31 уд\мин, 87,9±2,44 уд\мин и 91,7±2,58 уд\мин соответственно (p<0,05). Уровень глюкозы крови на первом этапе в контрольной и основной группе статистически не отличался 4,5±0,05 ммоль\л против 4,7±0,07 ммоль\л, на втором этапе 7,9±0,15 ммоль\л против 5,8±0,09 ммоль\л и третьем этапе 7,8±0,14 ммоль\л против 6,1±0,1 ммоль\л показатель был выше в контрольной группе по сравнению с основной соответственно (p<0,05). Показатель кортизола крови на первом этапе был ниже в контрольной группе 532,1±1,36 нмоль\л по сравнению с основной группой 584,5±4,73 нмоль\л, но на втором и третьем этапе данный показатель был выше в контрольной группе 860,3±5,21 моль\л и 832,4±4,98 моль\л по сравнению с основной группой 631,4±3,61 моль\л и 594,1±3,26 моль\л (p<0,05). Средний расход промедола в первые послеоперационные сутки был достоверно ниже в основной группе 41±3,95 мг против 53,4±3,66 мг в контрольной группе (p<0,05). Осложнений в обеих группах от анестезиологического обеспечения не наблюдалось.

Заключение. Подводя итоги можно сделать вывод, что комбинированная спинальная анестезия нижних конечностей и проводниковая блокада плечевого сплетения при наличии ультразвукового ассистирования являются эффективным, экономически выгодным и безопасным методом анестезиологического обеспечения операций по одномоментному остеосинтезу костей нижней и верхней конечности.

ОДНОМОМЕНТНАЯ БЛОКАДА ПРОСТРАНСТВА МЫШЦЫ, ВЫПРЯМЛЯЮЩЕЙ СПИНУ ДЛЯ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ АНАЛЬГЕЗИИ ПРИ ДОНОРСКОЙ НЕФРЭКТОМИИ

Шарипова В.Х., Сиябаев Ф.Х., Алимов А.Х.

Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи,

г. Ташкент, Республика Узбекистан

Введение. Последние годы методы фасциальных регионарных блокад, такие как блокада пространства поперечной мышцы живота (Transversus abdominis plane block), блокада влагалища прямой мышцы живота (Rectus sheath block), блокада пространства мышцы, выпрямляющей спину (Erector spine plane block – ESPb) выполняемые под ультразвуковой навигацией продемонстрировали себя как эффективный компонент мультимодального обезбоживания в разных областях хирургии, в том числе и в трансплантологии.

Цель исследования – изучение адекватности и эффек-

тивности блокады пространства мышцы, выпрямляющей спину для периоперационного обезбоживания при донорской нефрэктомии.

Материал и методы. Исследование проведено в периоде с марта 2021 года до мая 2022 года. С участием 36 больных, в возрасте от 22 до 58 лет женского пола, которым произведена донорская нефрэктомия параректальным доступом. В контрольную группу (n=18) ретроспективно были включены больные, у которых было использовано стандартное анестезиологическое пособие: общая комбинированная анестезия на основе изофлурана, цисатракурия и фентанила. Для адекватной послеоперационной мультимодальной аналгезии в конце операции введен кетопрофен 100 мг и парацетамол 1000 мг внутривенно. Также послеоперационно назначен метамизол натрия по 1 г каждые 8 часов внутривенно и тримеперидин (Промедол) по 10-20 мг внутривенно по требованию. Основную группу составили больные (n=18), которым до начала операции, под ультразвуковой навигацией со стороны извлекаемой почки выполнена одномоментная (single shot) блокада ESPb на уровне Th12 с использованием 20 мл 0,25% раствора бупивакаина с адьювантом дексаметазона 4 мг. Послеоперационная базис-анальгезия была аналогичной с контрольной группой. Все больные имели возможность получить тримеперидин внутривенно при болях в качестве «спасающей аналгезии». Во всех случаях операция была выполнена одной хирургической бригадой. Всем больным проведен стандартный интраоперационный мониторинг (пульс, неинвазивное артериальное давление, сатурация кислорода, капнометрия, температура тела, а также анализ газов крови и кислотно-щелочного состояния). Мы изучали интенсивность послеоперационных болей по 10 балльной нумерической шкале (НШ) и расход опиоидных аналгетиков на больного за первые сутки после операции. Также изучена частота послеоперационной тошноты и рвоты (ПОТР). Оценка боли проведена в покое и при движении через 6, 12, 18, и 24 часов после операции.

Результаты. Интенсивность болей в контрольной и основной группах в покое составила в среднем 4,4±0,58 и 3,5±0,63 баллов по НШ соответственно (p=0,0001). При движении пациентов интенсивность боли в контрольной и основной группах составила 6,1±0,96 и 5,1±0,97 (p=0,0038). В контрольной группе расход тримеперидина за первые 24 часа составил 33,8±18,95 мг на одного больного, в основной группе данный показатель составил 14,4±13,38 мг (p=0,0012). В контрольной группе 13 больных (72,2%) в первый день после операции жаловались на тошноту из них у 9 (50%) отмечалась рвота. У троих больных основной группы (16,7%) отмечалась тошнота и у двоих из них (11,1%) сопровождалась однократной рвотой.

Выводы. Применение одномоментной (single shot) ESPb до операции как компонент мультимодальной анестезии при донорской нефрэктомии способствует более адекватному контролю боли в первые сутки после операции. Также при применении данного метода обезбоживания приводит к уменьшению использования опиоидных аналгетиков, тем самым способствуя снижению риска возникновения ПОТР и других побочных эффектов.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДЫ ОСТРЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОЧЕК У СЕПТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Шарипова В.Х., Бердиев Н.Ф., Лутфуллаев О.К.,
Jabborova M.I.

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

Введение. Острое повреждение почек (ОПП) часто развивается у больных в критическом состоянии и связано с повышенной заболеваемостью, смертностью, финансовыми расходами. Причины ОПП мультифакторные у реанимационных пациентов.

Цель исследования – определение клинических характеристик и исходов септического ОПП у пациентов в критическом состоянии.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 100 историй болезни, пациентов госпитализированных с различным диагнозом. Исследование проведено в хирургической реанимации РНЦЭМП, за период с 2019 по 2021 г. Средний возраст пациентов составил $55,2 \pm 6,1$ лет. Женщин было 33 (41,3%), мужчин – 47 (58,7%). Одним из условий включения больных в исследование являлось отсутствие заболеваний почек в анамнезе, а также возраст >18 лет. Критериями исключения из исследования являлись: нахождение больного в ОРИТ менее 24 часов, возраст >80 лет. Тяжесть состояния оценивалась по шкале Simplified Acute Physiology score (SAPS II) 20-110 баллов ($47,2 \pm 5,8$) и по шкале Sequential Organ Failure Assessment Score (SOFA) 5-17 баллов ($9,2 \pm 1,3$ баллов). Всем пациентам был выставлен диагноз ОПП по наличию критериев Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) на основании сывороточного креатинина, количества мочи и уровню кальция.

Результаты. Из 100 больных у 52 (52%) выявлено ОПП в различных стадиях (1-я стадия 49,3%, 2-я стадия 27,1%, 3-я стадия 23,6% по критерию KDIGO). Из пациентов с ОПП, у 24 больных из 52, (46,2%) имел место сепсис. У всех пациентов не было выявлено достоверных различий в возрасте, поле, сопутствующих заболеваниях, исходном уровне сывороточного креатинина.

Септическая ОПП отличалась более высокими показателями по шкалам SAPS II и SOFA, а также требовала более длительной механической вентиляции и большее количество вазоактивных препаратов, чем не септическое ОПП. Кроме того, септическое ОПП ассоциирована более высокой внутрибольничной смертностью, по сравнению с не септической ОПП (30,8% по сравнению 12,5%; $p < 0,05$). У септических пациентов требовалось большее количество заместительной почечной терапии (ЗПТ) (42,4% по сравнению 21%, $p < 0,05$). Однако, не было значительной разницы в продолжительности пребывания в ОРИТ между септическим и не септическим ОПП.

Заключение. На основании наших наблюдений можно сделать вывод, что септическое ОПП ассоциируется с высокой внутрибольничной смертностью, длительной механической вентиляцией и большим количеством заместительной почечной терапии у реанимационных больных.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК У РЕАНИМАЦИОННЫХ БОЛЬНЫХ

Шарипова В.Х., Бокиев К.Ш., Бердиев Н.Ф.,
Лутфуллаев О.К.

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

Введение. Острое повреждение почек (ОПП) – полиэтиологичный синдром, который представляет собой внезапное снижение функции почек в течение нескольких дней или недель, вызывающий накопление азотистых соединений в крови, со снижением или без снижения диуреза. ОПП часто развивается у больных в критическом состоянии и ассоциируется с повышенной заболеваемостью, смертностью и финансовыми расходами. Частота острого повреждения почек составляет 35-86% среди больных в отделениях реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) и встречается чаще у больных с септическим и травматическим шоком.

Цель исследования – определить встречаемость ОПП у пациентов с септическим и травматическим шоком в ОРИТ.

Материал и методы. Исследование было проведено в отделении хирургической реанимации РНЦЭМП с участием 93 пациентов в возрасте от 19 до 80 лет (тяжесть состояния оценивалась по шкале SOFA 7-15 баллов и по шкале APACHE II 12-34 баллов). Больные были включены в исследование после добровольного согласия. Одним из условий включения больных в исследование являлось отсутствие заболеваний почек в анамнезе. Критериями исключения из исследования являлись: продолжительность заболевания более 7 дней, нахождение больного в ОРИТ менее 24 часов. ОПП диагностировалось по критериям Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO). Все больные были разделены на две группы. Первая группа включала 45 больных с ОПП (женщин - 18, мужчин - 27), из них 33 (73,3%) пациента с септическим шоком и 12 (26,7%) пациентов с травматическим шоком. Вторая группа 48 больных без ОПП (женщин – 25, мужчин – 23). Из них 14 (30%) больных с септическим шоком, 34 (70%) пациента с травматическим шоком. У всех пациентов исследовали анализы мочи и крови по установленному стандарту, проверяли скорость клубочковой фильтрации (СКФ) при поступлении и через 6, 24, 36 часов после госпитализации в ОРИТ. СКФ рассчитывали по формуле Modification of Dietin Renal Disease (MDRD).

Результаты. Из 93 больных у 45 (48,3%) выявлено ОПП в различных стадиях (1-я стадия 46,7%, 2-я стадия 15%, 3-я стадия 38,3% по критерию KDIGO). Высокий уровень заболеваемости ОПП встречается у больных с септическим шоком (у 23 больных из 47, 48,9%), травматическим шоком (у 12 больных из 46, 26,1%).

ОПП чаще встречалось у пожилых пациентов, с высокими баллами по шкале APACHE II и SOFA. СКФ составила в 1 группе составила в среднем $67,4 \pm 19,5$ мл/мин/1,73 м² (от 17,3 до 132,1 мл/мин/1,73 м²), что было связано с гемодинамической нестабильностью. Во 2 группе СКФ была более 100 мл/мин/1,73 м². К моменту выписки СКФ у больных с ОПП и без ОПП была $58,7 \pm 36,1$ и $92,7 \pm 48,3$ соответственно ($p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, наше исследование показало, что встречаемость ОПП в отделении интенсивной терапии составляет 20-50% реанимационных больных с травматическим и септическим шоком. Причины развития ОПП у пациентов с септическим и травматическим шоком являются длительная нестабильная гемодинамика, ПИВЛ и возраст. Высокая частота развития ОПП отмечается у пациентов с септическим и травматическим шоком.

VIII. СЕКЦИЯ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ДИСТАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С И БЕЗ СПЛЕНЭКТОМИИ

Аскеев Б.Т., Баймаханов Ж.Б., Нурланбаев Е.К.,
Каниев Ш.А., Нагасбеков М.С.

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

Актуальность. Лапароскопическая дистальная панкреатэктомия (ЛДПЭ) в настоящее время стала стандартной процедурой для доброкачественной или пограничной злокачественной опухоли, расположенной в теле или хвосте поджелудочной железы. ЛДПЭ с сохранением селезенки является операцией выбора. Сохранение селезеночных сосудов могут быть затруднено при большом размере опухоли, локализации опухоли вблизи сосудов селезенки, а также при прорастании селезеночных сосудов опухолем. При таких случаях выполняется ЛДПЭ по типу Варшава (селезеночная артерия и вена перевязываются, кровоснабжение селезенки происходит за счет коротких желудочных сосудов).

Цель исследования – проведение сравнительного анализа результатов ЛДПЭ с и без сохранения селезенки.

Материал и методы. В период с декабря 2017 г. по февраль 2022 г. 28 пациентам была выполнена ЛДПЭ по поводу образования тела и хвоста поджелудочной железы в ННЦХ имени А.Н. Сызганова. Пациенты были ретроспективно разделены на две группы в соответствии с хирургическим методом лечения: ЛДПЭ со спленэктомией и ЛДПЭ без спленэктомии. Клинические данные и результаты были проанализированы ретроспективно, а так же были сравнены данные группы с и без перевязки селезеночной вены и артерии.

Результаты. Статистической разницы по предоперационной характеристике между обоими группами не выявлена. Также значительной разницы в продолжительности операции и кровопотери, осложнениям не выявлена. В послеоперационном периоде, у 4 пациентов со спленэктомией и у 1 без спленэктомии наблюдался панкреатический свищ. Свищи закрылись самостоятельно, без дополнительных вмешательств. В 2 случаях после спленэктомии было внутрибрюшное кровотечение, которое остановлено оперативным путем. Послеоперационное пребывание в стационаре было значительно короче у пациентов в группе без спленэктомии (10,3 vs 7,0; $p < 0,05$). В послеоперационном периоде инфаркт селезенки после перевязки селезеночной артерии и вены не наблюдался.

Заключение. ЛДПЭ с сохранением селезенки является операцией выбора при образованиях хвоста поджелудочной железы. По сравнению с группой со спленэктомией, характеризуется меньшим пребыванием пациента в стационаре. При выполнении операции Варшава инфаркт селезенки у пациентов не наблюдался, а также статистической разницы по сравнению с операцией с сохранением сосудов селезенки не была выявлена.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ТРАДИЦИОННЫХ ГЕМОРРОИДЭКТОМИЙ И МЕТОДА «HAL-RAR»

Ахмет Д.Д., Исаев М.И., Баймаханов Ж.Б.,
Асланов П.М., Нурланбаев Е.К., Биржанбеков Н.Н.,
Ермашов Б.Ш., Астай А.А., Нагасбеков М.С.,
Чорманов А.Т., Баймаханов Б.Б.

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

Актуальность. Геморрой одинаково часто встречается у мужчин и женщин среднего и пожилого возраста. Распространенность геморроя составляет приблизительно 120 случаев на 1000 взрослого населения, что позволяет считать его наиболее частым заболеванием. Среди проктологических заболеваний на долю геморроя приходится от 34 до 41%.

Существует множество методов лечения хронического геморроя, и все методы можно разделить на 2 основные группы: традиционный и малоинвазивный метод "HAL-RAR" (Hemorrhoidal artery ligation-Recto Anal Repair). Преимущества и недостатки в выборе того или иного методов на сегодняшний день остается актуальным.

Цель исследования – провести сравнительный анализ результатов традиционных геморроидэктомий и "HAL-RAR" путем ретроспективного анализа пациентов, проходившие лечение в условиях хирургических отделений в клинике АО «ННЦХ имени А.Н. Сызганова».

Материалы и методы. В период с июня 2018 года по апрель 2021 года, в нашем центре прооперированы 108 пациентов в плановом порядке по поводу хронического геморроя. Пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа – 81 (75%) пациентов прооперированы традиционным методом; 2 группа – 27 (25%) пациентов методом "HAL-RAR". Средний возраст пациентов 1 группы составил 44,6 лет (16-81); во 2 группе 44,4 лет (16-78). Соответственно пациенты получившие местную анестезию в 1 группе – 21, во второй группе – 21.

Результаты. По показателям пациентов как соотношение пола; возраст; индекса массы тела; послеоперационные осложнения; наличие повторных случаев (рецидив); наличие сопутствующей патологии; длительности болезни; в 2-х группах статистической разницы не выявлено.

У пациентов при традиционных методах длительность операции значительно меньше, чем при HAL-RAR (1 группа 40,6 (5-210) мин; 2 группа 48,4 (30-110) мин; $p < 0,05$). При нахождение в стационаре после операции длительность койко-день у традиционных методов значительно больше, чем у HAL-RAR (традиционная геморроидэктомия 3,5 (1- 7) дней; группа HAL-RAR 2,6 (1-7) дней; $p < 0,05$). Рецидивов после операций в обеих группах не было.

Выводы. По данным ретроспективного анализа, пациентов 2-х групп выявлено: длительность операции при малоинвазивном методе HAL-RAR значительно больше, чем при традицион-

ных методах. Средняя длительность пребывания койко-день в стационаре после операции при HAL-RAR значительно меньше, чем при традиционных. Если сравнивать метод анестезий то для HAL-RAR в основном использовалась местная анестезия, когда как для традиционной в основном требовалась спинно-мозговая анестезия. Данный анализ позволяет предположить, что HAL-RAR имеет преимущество над традиционными методами. Однако для полного анализа данных методов необходимо увеличение объема статистической выборки.

РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫСОКОПЛОТНОГО КАРТИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ: РОЛЬ ЗОН НИЗКОАМПЛИТУДНОЙ АКТИВНОСТИ

Дедух Е. В.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский
центр хирургии имени А.В. Вишневского» МЗ РФ,
г. Москва, Российская Федерация

Введение. При гистологическом анализе структуры миокарда предсердия у пациентов с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий (ФП) обнаружены множественные скопления и диффузное распространение фибробластов и коллагеновых волокон. Многоцентровое проспективное исследование DECAAF показало, что области фиброза левого предсердия, выявленные с помощью магнитно-резонансной томографии, были независимыми предикторами рецидивирования фибрилляции предсердий после катетерного лечения. Кроме того, ряд исследований показал, что области накопления гадолинийсодержащего контрастного препарата характеризуются участками низкоамплитудной активности ($0,39 \pm 0,61$ мВ) по сравнению с интактным миокардом предсердий ($1,38 \pm 1,23$ мВ). Однако это и другие ранее проведенные исследования анализировали карты, построенные с использованием 20-ти полюсных циркулярных или аблационных катетеров. Мы предположили, что электроанатомическое картирование высокой плотности, включающее более 10000 точек может позволить оценить степень фиброза левого предсердия (ЛП).

Цель исследования – разработать алгоритм оценки степени фиброза по данным высокоплотного эндокардиального картирования и изучить влияние степени фиброза ЛП, выявленного с помощью высокоплотного электроанатомического картирования, на результаты катетерного лечения ФП.

Материал и методы. Проанализировано 64 пациента, которым выполнялось амплитудное картирование левого предсердия высокой плотности во время процедуры катетерной аблации. Средний возраст больных составил $58,4 \pm 11,8$ лет, объем ЛП – $144,9 \pm 40,1$ мл. Анатомическая реконструкция ЛП с построением вольтажной карты высокой плотности проводилась с использованием многополюсного баскет-катетера, содержащего 64 картирующих полюса. Катетерное лечение проводилось в условиях электрофизиологической лаборатории с применением радиочастотной или криобаллонной аблации. Для оценки степени фиброза использовался разработанный проток оценки степени фиброза на основании распространенности зон низкоамплитудной активности.

Результаты. Средний период наблюдения составил $12,8 \pm 6,7$ месяца при общей эффективности процедуры 71,9%. Среднее время картирования составило – $17,1 \pm 4,7$ мин, при этом время флюороскопии – $40,2 \pm 16,2$ мин, лучевая нагрузка пациента – $55421,8 \pm 23585,1$ мГу \times см².

Был проведен логистический регрессионный анализ, в ходе которого выявлены прямые статистически достоверные корреляции распространенности зон низкоамплитудной активности с длительностью р-волны ($p=0,001$), с объемом ЛП ($p=0,031$), фракцией выброса ($p=0,001$) и уровнем креатинина ($p=0,037$). Также мы выявили достоверную связь между частотой рецидива ФП и степенью фиброза ЛП ($p=0,030$).

Заключение. Интраоперационное высокоплотное вольтажное картирование левого предсердия может служить полезным и простым инструментом в оценке степени фиброза ЛП. Данные о распространенности низкоамплитудной активности сопоставлены с результатами интервенционного лечения ФП в отдаленном периоде. Данный метод может быть учтен при оценке эффективности процедуры катетерного лечения ФП в отдаленном периоде.

НОВЫЙ СПОСОБ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ

Калихан Д. У.

Павлодарский филиал НАО «Медицинский
университет Семей»,
г. Павлодар, Республика Казахстан

Паховые грыжи являются одними из самых распространенных хирургических заболеваний, что указывает на большую социально-экономическую значимость данной патологии, так как затрагивает, в основном, значительную часть работоспособного возраста населения.

Цель исследования – улучшить результаты хирургического лечения паховых грыж путем применения нового способа герниопластики с укреплением задней стенки пахового канала как при косых, так и прямых паховых грыжах.

Материал и методы. Работа выполнена на клинических базах кафедры хирургии Павлодарского филиала НАО «Медицинский университет Семей» с 2014 по 2021 г. Проанализированы результаты лечения 66 мужчин с паховыми грыжами в возрасте от 20 до 78 лет. Из них лица трудоспособного возраста 34 (51,5%) больных. У 12 (18,2%) пациентов были выявлены различные сопутствующие заболевания. По видам грыжи в 41 (62,1%) случае наблюдались косые паховые грыжи, в 23 (34,9%) – прямые, а в 2 (3%) – имело место рецидивные паховые грыжи. Всем пациентам проводилось традиционное общеклиническое обследование. Было применена местная инфильтрационная анестезия. Больные были прооперированы по разработанному нами способу пластики задней стенки пахового канала (патент на изобретение РК №33856, 2019 г.). Способ осуществляется поэтапно в следующей последовательности:

1 этап. После выделения семенного канатика с его элементами, вскрывается грыжевой мешок с ревизией его содержимого, семенной канатик отодвигают к латеральному отделу кольца концом указательного пальца левой кисти, введенного в медиальный отдел глубокого пахового кольца между по-

перечной фасцией и брюшиной; 2 этап. Ушивают отдельными 2-3 швами поперечную фасцию «гофрированием» несколькими стежками под контролем пальца, не завязывая концы и используя их как держалки; 3 этап. Затем через вскрытый грыжевой мешок проводится пальцевая ревизия со стороны брюшной полости, наложенные ранее швы-держалки, приподнимая их, и убеждаются в отсутствии повреждения нижней надчревной артерии и кровотечения; 4 этап. Прошивается и перевязывается грыжевой мешок на уровне его шейки и отсекается; 5 этап. После чего затягиваются и перевязываются ранее наложенные швы-держалки на поперечной фасции, начиная с медиального отдела; 6 этап. В конце проводят пластику передней стенки пахового канала дубликатурой апоневроза косой мышцы живота.

Результаты. При использовании данного способа хирургического лечения паховых грыж независимо от вида грыжи (прямая или косая) отмечается благоприятное течение раннего послеоперационного периода. В раннем послеоперационном периоде имело место развитие инфильтрата в области послеоперационной раны у одного (1,5%) больного с рецидивной паховой грыжей, разрешенного консервативной местной терапией с применением физиотерапевтических процедур (УВЧ-терапия). Из 66 пациентов осмотрены повторно 34 (51,5%) человека по истечении 6 месяцев и более. Каких-либо жалоб не предъявляют, болевых ощущений в области послеоперационного рубца не отмечают. Рецидивы грыж не установлены.

Заключение. Таким образом, разработанный способ герниопластики паховых грыж прост в выполнении, позволяет снизить травматичность оперативного пособия, снижает риск повреждения нижней надчревной артерий, повышает надежность герниопластики, сохраняет физиологические функции пахового канала, а также предупреждает рецидивы паховых грыж.

ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ

ПАНКРЕОНЕКРОЗА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ

Калшабай Е.Е., Байгуисова Д.З., Мухамеджанова А.Н.,
Досханов М.О., Кабиденев А.К.

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

Цель работы – оценить возможности компьютерной томографии в оценке панкреонекроза и его осложнений.

Материал и методы. Дизайн исследования – поперечный, ретроспективный, охватывает период 2019-2021 гг. Критерием включения стали пациенты в возрасте старше 18 лет, после перенесенного панкреонекроза в поздний период (>4 недель, согласно классификации Атланта 2012 г.) с наличием таких осложнений, как формирование отграниченного некроза (walled-off pancreatic necrosis – WOPN), вовлечение сосудов и близлежащих органов, прошедшие лечение в АО «ННЦХ имени А.Н. Сызганова».

Всем пациентам был проведено исследование на мультиспиральном компьютерном томографе Toshiba Aquilion 64 с болюсным введением действующего контрастного вещества.

Исследование проводилось врачами радиологами отделе-

ния «Лучевая диагностика» АО «ННЦХ имени А.Н. Сызганова». Данные пациентов были получены из Медицинской информационной системы, КТ-изображения проанализированы из система архивации и передачи изображений PACS (Picture Archiving and Communication System).

Результаты. Были проанализированы КТ-данные 61 пациента, средний возраст которых составил $53 \pm 12,8$ лет, после перенесенного панкреонекроза в поздний период (>4 недель, согласно классификации Атланта 2012 г.) с наличием таких осложнений, как формирование отграниченного некроза, вовлечением сосудов и близлежащих органов.

Среди 61 пациента у 13% по данным КТА брюшной полости визуализировался тотальный панкреонекроз с вовлечением в процесс головки, тела и хвоста поджелудочной железы, у 14,7% пациентов определялся панкреонекроз тела поджелудочной железы, у 19,6% пациентов панкреонекроз локализовался в проекции хвоста, у 34,4% пациентов наблюдалось сочетанное поражение нескольких отделов железы.

У 32,7% пациентов после перенесенного панкреонекроза в процесс были вовлечены сосуды. Чаще всего поражалась селезеночная вена – 25%. Наиболее частым сосудистым осложнением является венозный тромбоз (чаще поражает селезеночную вену, но может поражать все портomesентериальные ветви). При распространенном панкреонекрозе вовлекались в процесс воротная вена в 9,8% случаях, ребе верхняя брыжеечная вена – 3,2%, нижняя полая вена – 1,6%, мезентериальная вена в 3,2% случаях.

Распространение панкреонекроза может вызывать сдавление прилежащих органов. Среди проанализированных данных у 36% пациентов были вовлечены органы, такие как желудок у 13% пациентов, селезенка – 3,2%, у 11,4% пациентов определялось распространение панкреонекроза в сальниковую сумку и поддиафрагмальное пространство.

КТА брюшной полости может проводиться после проведенного лечения, оценки состояния в динамике. 29,5% пациентов с перенесенным панкреонекрозом получили хирургическое лечение в отделении гепатобилиарной хирургии. Среди проведенных хирургических вмешательств, панкреатоэнтероанастомоз был наложен у 6,5% пациентов, чрескожное дренирование отграниченного некроза производилось в 18% случаях, панкреатоцистогастростомия была наложена у 5%. КТА контроль предпочтительнее УЗИ, так как есть возможность оценить всю брюшную полость, забрюшинное пространство, кишечник.

Заключение. Учитывая последние изменения классификации Атланта 2012 года, были оценены возможности Мультиспиральной компьютерной томографии при диагностике пациентов с панкреонекрозом. Компьютерная томография с контрастированием является предпочтительным методом диагностики пациентов с панкреонекрозом и позволяет оценить состояние, распространение процесса, наличие осложнений, динамику до- и после полученного лечения, а также играет важную роль в решении дальнейшей тактики введения пациентов.

ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ В ННЦХ ИМЕНИ А.Н. СЫЗГАНОВА

Мукажанов Д.Е., Кабдекенова Ж.Б., Досханов М.О.,
Баймаханов Б.Б., Сейсембаев М.А., Чорманов А.Т.,
Баймаханов Ж.Б., Скакбаев А.С., Каниев Ш.А.,
Серикулы Е.С., Хаджиева А.А., Мусина А.С.,
Оспан Ж.Р.

Национальный научный центр хирургии имени
А.Н. Сызганова, отделение гепатопанкреатобилиарной
хирургии и трансплантации печени,
г. Алматы, Республика Казахстан

Цель работы – широкое применение лапароскопической техники в лечении образований печени различной этиологии, и оценить результаты лапароскопической резекции печени.

Материал и методы. В ННЦХ имени А.Н. Сызганова в период с 2018 по 2022 г. в 60 случаях выполнена лапароскопическая резекция печени. Из 60 оперированных пациентов, мужчин – 28, женщин – 32. Средний возраст всех пациентов составил 36,6 лет (16-66 лет).

Основными причинами оперативного вмешательства являлись эхинококковые кисты печени – 35 (70%), альвеококкоз печени – 2 (4%), гемангиомы печени – 5 (10%), ФНГ – 5 (10%), аденома – 2 (4%), вторичное поражение печени – 1 (2%). По локализации образования печени у 20 (40%) пациентов отмечается поражение правой доли печени, а у 30 (60%) пациентов левой доли печени.

По определению сложности выполненных резекции печени: низкий уровень сложности – 15 (30%) случаев, средний уровень сложности – 29 (58%) случаев, высокий уровень сложности – 6 (12%) случаев.

По объему оперативных вмешательств перицистэктомия выполнена в 19 (38%) случаях, резекция левого латерального сектора – 19 (38%), перипуховая энуклеация – 5 (10%), левосторонняя гемигепатэктомия – 2 (4%), резекция заднего латерального сектора – 2 (4%), атипичная резекция – 2 (4%), правосторонняя гемигепатэктомия – 1 (2%). Размеры образования печени варьировали от 2,0 до 16,0 см.

Оперативная техника заключается в использовании современных лапароскопических инструментов. Для мобилизации образования и трансекции ткани печени был применен ультразвуковой деструктор-аспиратор CUSA Excel+, ультразвуковые ножницы Harmonic, Ligasure, биполяр. В 2 случаях по показаниям был применен метод Pringle для уменьшения интраоперационной кровопотери.

Результаты. Средняя длительность операции составила 227,5 минут (110-420 мин). Интраоперационная кровопотеря в среднем составила – 163,5 мл (50-250 мл). Среднее пребывание в стационаре после оперативного лечения составило 6,5 койка дней. Конверсия была в 6 (10%) случаях. Причинами конверсии явились большие размеры кисты, трудное расположение кист, инвазия в диафрагму и поперечную ободочную кишку. Осложнений и летальных исходов в раннем и позднем послеоперационном периоде у пациентов не было зафиксировано, т.к. проводилась отбор в дооперационном периоде с исключением пациентов с труднодоступным расположением образования печени.

Заключение. Лапароскопические операции являются малотравматичным методом лечения при очаговых заболеваниях печени в определенных случаях. После лапароскопических операции отмечается быстрое восстановление в послеоперационном периоде и хороший косметический эффект. Эффективность лапароскопических операций такая же, как и при открытых операциях.

ХИРУРГИЯ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Мустафаев А.Л.

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

Актуальность. Повреждения поджелудочной железы относятся к числу относительно нечастых, но, как правило, сложных для диагностики и тяжело протекающих повреждений. Они встречаются у 1-8% пострадавших с травмой живота. Летальность при изолированной травме поджелудочной железы высокая - от 17,5 до 32,3%, а при сочетанных повреждениях она достигает 40-57%. Своевременная диагностика и лечение пострадавших с травмами ПЖ является актуальной проблемой хирургии повреждений.

Цель исследования - обобщить опыт хирургического лечения травм поджелудочной железы при закрытой травме живота в РНЦЭМП и его областных филиалах

Материалы и методы. Нами проанализировано 125 случаев повреждений поджелудочной железы за период 2011-2021 гг. в РНЦЭМП и его областных филиалах. Мужчин было 104 (83,2%), женщин – 21 (16,8%) в возрасте от 18 до 58 лет. Среди причин травм поджелудочной железы первое место занимала автотранспортная травма, второе – падение с высоты, третье - бытовая и спортивная травма. У всех пострадавших травма поджелудочной железы сочеталась с повреждениями других органов и систем (печень, селезенка, желудок, тонкого и толстого кишечника, забрюшинная гематома, травма головного и спинного мозга, повреждение груди и др.). По линии СМП было доставлено 53 (42,4%), самотеком 67 (53,6%), перевод с другого ЛПУ 5 (4%). В первые 6 часов с момента получения травмы поступило 105 (83,6%) пострадавших, от 6 до 12 часов – 9 (7,3%), от 12 до 24 часов – 5 (3,6%), позже 24 часов – 6 (5,4%).

Всем пострадавшим проводилось экстренное комплексное клинично-лабораторное и инструментальное обследование. Было использовано стандартное исследование общего и биохимического анализа крови, общего анализа мочи, обзорная рентгенография грудной и брюшной полостей, ультразвуковое исследование плевральной и брюшной полости и забрюшинного пространства. Большое значение для верификации диагноза имели инструментальные методы исследования (УЗИ, МСКТ, лапароскопия).

Тяжесть повреждения ПЖ определялась по шкале органов повреждений Американской ассоциации хирургии травмы (AAST), которая в настоящее время широко распространена и используется практически всеми хирургами.

По тяжести повреждения у наших больных мы различаем:

I степень – небольшая контузия без повреждения протока или поверхностный разрыв без повреждения протока – у 66 (52,8 %) больных; II степень – значительная контузия без повреждения протока и утраты ткани или большой разрыв без повреждения протока или утраты ткани – у 50 (40 %) пациентов; III степень – дистальное пересечение или повреждение паренхимы/протока – у 7 (5,8 %) пострадавших; IV степень – проксимальное пересечение или повреждение паренхимы, включая ампулу – у 2 (1,4%) больных; V степень – массивное разрушение головки поджелудочной железы – не наблюдалось.

Результаты. Клиническая картина травмы поджелудочной железы характеризуется явлениями травматического шока (у 16), внутреннего кровотечения (у 44) и перитонита (у 10 больных). В зависимости от характера и локализации повреждения применяли следующие виды оперативного лечения травм ПЖ: панкреатоскопия (оментобурсоскопия) 8 (6,4%), прецизионный гемостаз (прошивание кровоточащего сосуда) 14 (11,2%), резекция тела и хвоста ПЖ у 5 (4%), вскрытие субкапсулярной гематомы ПЖ у 3 (2,4%), вскрытие сальниковой сумки с дренированием брюшной полости у 75 (60%), вскрытие сальниковой сумки с дренированием и тампонированием у 20 (16%).

Послеоперационные осложнения встречались в 41 случаях (32,7%). Наиболее частым осложнением травм ПЖ явился посттравматический панкреатит - 24,2%, панкреонекроз имел место 5,7% случаев. Также из гнойно-септических осложнений следует отметить имевшее место абсцессы брюшной полости и сальниковой сумки, а также флегмону забрюшинного пространства (2,8%) случаев.

Из 125 пострадавших с повреждением поджелудочной железы умерли 17 (13,6%). Основными причинами летальных исходов у 8 был тяжелый деструктивных посттравматический панкреатит, у 2 пострадавших были травмы с тяжёлым травматическим и гиповолемическим шоком, у 2 – парапанкреатит и перитонит, у 5 – множественные осложнения сочетанных повреждений, груди, головного мозга.

Выводы.

1. Редкость повреждений поджелудочной железы, особенность анатомического расположения органа, отсутствие патогномичных признаков, частое сочетание с повреждениями других органов значительно затрудняет диагностику повреждений поджелудочной железы.

2. Эндовизуальные технологии в большинстве случаев позволяют выявить лишь косвенные признаки повреждения внутренних органов при закрытой травме живота, но их использование, безусловно, важно, т.к. позволяет сокращать сроки обследования и уточняет показания к лапароскопическим или открытым вмешательствам.

3. По нашему мнению лечебная лапароскопия может применяться только при повреждении по AAST I степени, в остальных случаях требуется конверсия доступа.

4. Интраоперационная ревизия сальниковой сумки остается единственным достоверным способом выявления повреждений поджелудочной железы.

5. Тампонирование сальниковой сумки должно применяться только у пострадавших с нестабильной гемодинамикой в рамках лечебной тактики «Damage control».

КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ДНК БАКТЕРИЙ В МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛАХ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ МЕТОДОМ ПОЛИМЕРАЗНОЙ ЦЕПНОЙ РЕАКЦИИ

Огизбаева А.В., Кадырова И.А., Тургунов Е.М., Шакеев К.Т., Мугазов М.М.

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

Цель исследования. Нашим авторским коллективом предложен метод: количественного определения ДНК бактерий в мезентериальных лимфатических узлах (МЛУ) при колоректальном раке методом полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Материал и методы. Для количественного определения наличия микроорганизмов в МЛУ, предложено определить зависимость накопления продуктов амплификации от количества колониеобразующих единиц бактерий (КОЕ/мл).

Первую группу составили образцы чистой культуры *Escherichia coli* GFP 6 серотипа биотипа 1 (ATCC® 25922GFP™) с КОЕ/мл от 10^2 , 10^4 , 10^6 , 10^8 в физиологическом растворе (0,9% раствор NaCl) – по 5 образцов каждого из значений КОЕ, всего 20 образцов.

Вторую группу составили образцы МЛУ со взвесью *E. coli* с КОЕ/мл от 10^2 , 10^4 , 10^6 , 10^8 по 5 образцов каждого из значений КОЕ (подгруппы), всего 20 образцов.

Третью группу составили МЛУ пациентов (60 человек) с колоректальным раком без непроходимости кишечника.

Оперирующий хирург проводил забор МЛУ в стерильных условиях во время оперативного вмешательства после резекции участка кишки из брыжейки макропрепарата. МЛУ помещался в стерильную пробирку без наполнителей. Экстракция ДНК осуществлялась набором «GeneJET Genomic DNA Purification Kit» производства Thermo Fisher Scientific, США, согласно инструкции производителя. Полученную ДНК сразу использовали для ПЦР-диагностики. Детекция ДНК бактерий в МЛУ проводилась с помощью ПЦР в режиме реального времени на амплификаторе BIO-RAD CFX96. Для этого приготавливалась реакционная смесь, состоящая из: 4 мкл тестируемого образца ДНК, по 1 мкл прямого и обратного праймеров 16s rRNA (U16SRT-F FACTCCTACGGGAGGCAGCAGT и U16SRT-R TATTACCGCGCTGCTGGC), 10 мкл реакционной смеси Master Mix Maxima SYBR Green и 4 мкл безнуклеазной воды. Далее пробы загружали в планшет амплификатора BIO-RAD CFX96, и проводили амплификацию при следующих параметрах: денатурация при 95°C 10 минут; «отжиг» и элонгация – 40 циклов при 95°C по 15 секунд и при 62°C по 60 секунд.

Результаты. После проведения ПЦР амплификации значения флуоресценции для трех групп были импортированы в среду R statistics (v.3.6.3) с целью анализа. Использовались пакеты qpcR и rsg для построения сигмоидных кривых. Используя данные средних значений пороговых циклов (Ct) первой и второй групп в подгруппах с различными КОЕ/мл (от 10^8 до 10^2 КОЕ/мл) были составлены графические кривые стандартов ПЦР. Для оценки зависимости логарифма КОЕ/мл бактерий от значения порогового цикла амплификации раз-

работана модель в виде уравнения с помощью линейной регрессии.

Кривые амплификации, значения пороговых циклов и эффективность ПЦР в двух группах отличаются. Вероятно, это связано с наличием ингибирующих амплификацию ДНК соединений, а также с неспецифическим связыванием праймеров с ДНК МЛУ, поэтому для изучения транслокации микроорганизмов в МЛУ нами была использована математическая модель второй группы калибровки (взвесь *E. Coli* и МЛУ):

$$y = -3,8835x + 46,394$$

где y – это пороговые циклы амплификации, x – логарифм концентрации бактерий (КОЕ/мл). По разработанной математической модели уровень КОЕ/мл при бактериальной транслокации в МЛУ не превышает 10^4 .

Заключение. Разработанный метод позволяет определить микробную ДНК в МЛУ количественным способом в широком диапазоне ее концентраций (КОЕ от 10^2 до 10^8). Установлено, что уровень КОЕ/мл при колоректальном раке в МЛУ не превышает 10^4 .

Данное исследование профинансировано Комитетом науки МОН РК (грант № AP09260597).

КОМПЛЕКСНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПОЧКИ С СОЧЕТАННЫМИ ХИРУРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Рагузина В.Ю., Степанова Ю.А., Галстян А.В.,
Байтман Т.П., Полотбек уулу Ж.,
Кадырова М.В., Грицкевич А.А.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» МЗ РФ,
г. Москва, Российская Федерация

Цель исследования – оценить результаты комплексного обследования и лечения больных раком почки с сочетанными хирургическими заболеваниями.

Материал и методы. В НИИЦ хирургии имени А.В. Вишневского накоплен опыт диагностики и лечения 24 пациента с раком почки и сочетанными хирургическими заболеваниями (преобладали мужчины – 21 (87,5%), средний возраст пациентов составил 61,1 года (38-82 лет)).

Результаты. Средний возраст выявления рака почки 60 лет, поэтому, зачастую, к этому возрасту пациенты имеют также и другие патологические изменения, требующие хирургического лечения. Возможное сочетание хирургических патологий сделало необходимым разработку комплексной программы обследования пациентов, направленное на выявление всех возможных патологических изменений орган и систем человека. Данная программа возможна и эффективно работает только в условиях многопрофильного стационара.

Выявленные сопутствующие хирургические патологии можно разделить на три группы: I группа – сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), II группа – рак органов грудной и брюшной полости и малого таза, III группа – доброкачественное заболевание.

I группа ($n=13$ (54,2%): критический стеноз коронарных артерий – 10, аневризма аорты – 1, артерио-венозные свищи наружной подвздошной артерии и вены – 1, нарушения ритма

– 2 (общее число больных больше, т.к. у одного больного был стеноз коронарных артерий в сочетании с нарушением ритма).

II группа ($n=7$ (29,2%): рак легкого – 1, рак пищевода – 1, рак желудка – 2, нейроэндокринный и гепатоцеллюлярный рак печени – по 1 наблюдению, рак предстательной железы – 1;

III группа ($n=4$ (16,6%): холедохолитиаз – в 1, стриктура холедоха – 1, паховая грыжа – 1, гемангиома селезенки – 1.

Кроме этого, у пациентов с раком почки в 9 (37,5%) случаях также выявили интралюминальный тромбоз различного уровня, в 1 случае также одновременно выявили *mts* в легком. Далее по каждому больному проводили персональный консилиум с определением тактики лечения: в первую очередь, выполняли хирургическую коррекцию патологических изменений, имеющих более значимую угрозу для жизни (чаще это были ССЗ).

При наличии рака почки и ССЗ выполнили: одновременно вмешательства выполнили в 1 случае (артерио-венозные свищи наружной подвздошной артерии и вены); в 8 случаях первым этапом выполнили, как открытые, так и эндоваскулярные вмешательства (стенозы коронарных артерий); также первым этапом выполнили резекцию аневризмы инфраренального отдела аорты с орто-бифеморальным протезированием и коронарное шунтирование с РЧА в модификацию операции Лабиринт; эндоваскулярные вмешательства выполнили вторым этапом в 2 случаях (при наличии рака почки с тромбом в нижней полой вене).

При наличии рака почки и рака другого органа грудной и брюшной полости и малого таза представлен: одновременно выполнили гемигепатэктомию (рак печени) и резекцию и желудка (рак желудка); в качестве первого этапа выполнили резекцию и пластику пищевода (рак пищевода) и простатэктомию (рак предстательной железы); в качестве первого этапа выполнили операцию на почке, а вторым этапом резекцию легкого (рак легкого и *mts* в это легкое).

При наличии сочетанных доброкачественных заболеваний первым этапом при холедохолитиазе, выполнили литоэкстракцию, при стриктуре холедоха устранили стриктуру; грыжесечение выполнили вторым этапом; гемангиома селезенки находится под наблюдением.

Заключение. Разработанная система обследования пациентов, обращающихся в хирургический стационар по поводу рака почки, позволяет вовремя выявить и устранить жизнеугрожающие патологические состояния и, таким образом, улучшить результаты лечения пациентов с данной патологией, что возможно только в многопрофильном хирургическом стационаре.

ПАХОВАЯ ГРЫЖА: НОВЫЙ МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ «БЕЗ НАТЯЖЕНИЯ»

Сапиева С.Т., Абаев Н.Т.,
Бадыров Р.М., Бадырова Е.С.
НАО «Медицинский университет Караганды»,
г. Караганда, Республика Казахстан

Цель работы – сравнение нового метода аутопластики пахового канала перемещенным апоневротическим лоскутом (группа I) и герниопластики по Лихтенштейну (группа II) в ран-

нем послеоперационном периоде.

Материал и методы. Новый метод аутопластики задней стенки пахового канала, разработан нашим научным коллективом. Пластика пахового канала основана на выкраивании апоневротического лоскута из влагиалища прямой мышцы живота и перемещении его под семенной канатик на питающей ножке с последующей фиксацией к лобковому бугорку, паховой связке, прямой внутренней косой и поперечной мышцам живота. В этом исследовании 35 пациентов были прооперированы аутопластикой пахового канала, 35 – герниопластикой по Лихтенштейну с использованием полурассасывающегося имплантата Ultra Pro. Основным показателем исхода был рецидив, осложнения, формирование воспалительной реакции в виде зоны «имплантации» и кровотока в артерии семенного канатика по данным УЗИ в послеоперационном периоде (до 90 дней).

Результаты. Паховая грыжа была косой в 54% случаев (38 пациентов), прямой в 46% (32 пациента). Средний возраст пациента составил 51,6 года. Наблюдение было завершено у всех 70 пациентов (100%) путем клинического и инструментального обследований. Образование небольших сером у пациентов наблюдалось на 5-й день, но не требовало дренирования. Мы не наблюдали острой инфекции, образования гематомы или функциональных или органических изменений в семенном канатике в обеих группах. Однако УЗИ показало, что воспалительная реакция в виде зоны «имплантации» формировалась к 1-ой неделе в группе II толщиной в $6,6 \pm 2,5$ мм, с гипэхогенным ободком $1,5 \pm 0,3$ мм, которая регрессировала к 1-му месяцу после герниопластики. В группе I воспалительной реакции не было выявлено. По данным ультразвуковой доплерографии пиковая систолическая (ПССК) и конечно-диастолическая скорости кровотока (КДСК) артерии семенного канатика до и сразу после операции имели статистически значимую разницу в обеих группах (согласно критерию Вилкоксона при $p < 0,05$). В динамике отмечается увеличение ПССК и КДСК в течение всего раннего послеоперационного периода. Статистически значимых различий между группами не было обнаружено, кроме КДСК через 3 месяца после операции, где $p = 0,00$ согласно критерию Манна-Уитни. Данные индекса резистентности (ИР) сосуда до операции демонстрируют высокие цифры, которые после операции уменьшаются в обеих исследуемых группах. Значимые различия по ИР между группами были на сроке 3 месяца после операции.

Заключение. Вышеописанный новый способ аутопластики обеспечивает надлежащую прочность задней стенки пахового канала, сохраняет его физиологическую функцию после операции без формирования воспалительной реакции. Через 3 месяца ИР артерии семенного канатика продемонстрировал более высокие цифры в группе II, что говорит о сдавлении элементов семенного канатика извне, возможно, по причине рубцовых изменений. В группе I ИР оставался в пределах нормы. Новый метод аутопластики пахового канала имеет большой потенциал в лечении паховой грыжи, поскольку он может устранить все осложнения, связанные с использованием синтетического материала.

КОНВЕРСИОННАЯ ТЕРАПИЯ У ПАЦИЕНТОВ С IV СТАДИЕЙ РАКА ЖЕЛУДКА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Сарина Т.Т., Керимкулов А.К.

ТОО «Национальный научный онкологический центр», г. Нур-Султан, Республика Казахстан

Цель работы – оценить эффективность конверсионной терапии, как метода лечения пациентов с терминальной стадией рака желудка с одним или более метастазом, после проведения комбинированного лечения.

Клинический случай. Представлен клинический случай пациентки 37 лет с диагнозом – рак антрального отдела желудка St. IV T3NxM1 (American Joint Committee on Cancer 8th edition). Метастатическое поражение печени, перитонеальный карциноматоз. Пациентке проведены 6 курсов неоадьювантной химиотерапии в режиме DCF (доцетаксел, цисплатин, фторурацил) с последующим R0 оперативным лечением.

Согласно GLOBOCAN 2020 по частоте заболеваемости, рак желудка занимает 4 место среди других онкологических болезней и на 4 месте по смертности в мире. В Казахстане рак желудка также занимает лидирующие места: 2 место по заболеваемости и 3 по смертности.

Во всем мире, включая Казахстан, для пациентов с IV стадией рака желудка лечением является паллиативная химиотерапия или паллиативное оперативное лечение, по жизненным показаниям, для облегчения состояния пациента.

В 2016 году коллегами из Японии были представлены результаты исследования REGATTA, где пациентам с IV стадией рака желудка проводили неоадьювантную химиотерапию с последующим хирургическим лечением с R0 резекцией. В предоставленных ими данных медиана выживаемости составила 15 месяцев и также есть данные о 1-, 3-, 5-летней выживаемости (78,2%, 38,6% и 26,5% из 45 пациентов, участвовавших в исследовании), тогда как в мире у пациентов с IV стадией рака желудка и классическим подходом выживаемость достигает 4,6-13 месяцев.

Нами была выполнена операция – гастрэктомия с лимфодиссекцией D2. Эзофагоэюностомия на Ру петле. Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. Учитывая гистологическое заключение, было рекомендовано проведение курсов адьювантной химиотерапии в монорезиме до 4 месяцев, наблюдение в динамике согласно протоколам диагностики и лечения злокачественных новообразований.

Заключение. Пациенты с нерезектабельным раком IV стадии и наличием одного и более метастаза, после проведения химиотерапии могут быть прооперированы радикально (R0), что позволит улучшить исход и выживаемость пациентов.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ТОРАКОСКОПИЧЕСКОЙ АБЛАЦИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Стребкова Е.Д.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского» МЗ РФ, г. Москва, Российская Федерация

Актуальность. Эффективность эпикардиальной торакоскопической абляции фибрилляции предсердий (ТА ФП) по

многочисленным публикациям показывает высокую эффективность как в лечении пароксизмальных, так и непароксизмальных форм фибрилляции предсердий (ФП). В связи с чем, данная минимально инвазивная видеоассистированная методика все более широко применяется при изолированной ФП.

Цель исследования – оценить эффективность модифицированной методики ТА ФП в нашем центре.

Материал и методы. ТА ФП выполнялась из одномоментного билатерального доступа. Правосторонний и левосторонний этапы операции включали выполнение изоляции устьев легочных вен биполярным электродом по 10 пликаций с постепенным смещением бранш для увеличения зоны изоляции. Торакоскопическая абляция левого предсердия (ЛП) включала формирование верхней и нижней линии монополярным электродом. Ампутация ушка левого предсердия выполнялась из левостороннего доступа. Таким образом, при достижении полного блока проведения процедуру завершали, при наличии участков неполной изоляции выполняли дополнительные абляции в критических точках. Всего выполнено 140 ТА ФП в ФГБУ «НМИЦ хирургии имени А.В. Вишневского».

Результаты. Среднее время вмешательств составило 258,4±58 мин. К началу операции ФП регистрировалась в 83% (n=116). Временный ЭКС потребовался 25 (17,9%) пациентам, преимущественно с непароксизмальной формой ФП, только двое пациентов было с пароксизмальной формой ФП. На момент окончания операции было выполнено 68 (48,6%) кардиоверсий. Синусовый ритм на момент перевода пациента в ОРИТ регистрировался у 132 (94,3%) пациентов. Ампутация ушка ЛП не производилась 5 (3,6%) в связи с его маленьким размером и высокими рисками травматизации.

Среднее время ИВЛ составило 6,2±3,4 час, 6 пациентов было экстубировано в операционной, средняя кровопотеря до момента удаления плевральных дренажей 121,13±66,7 мл. Средний послеоперационный койко-день составил 14±6 суток. На момент выписки у 97,4% пациентов по ЭКГ регистрировался синусовый ритм, с гемодинамически незначимыми пароксизмами ФП выписано двое пациентов. Через 12 месяцев ЭКГ и холтеровское мониторирование ЭКГ выполнено 108 пациентам, из которых 74 была отменена антиаритмическая терапия, при этом синусовый ритм регистрировался в 80,6% (n=87). В отдаленном периоде наблюдения синусовый ритм в группе пароксизмальной формы ФП регистрировался в 86,2%, персистирующей форме ФП 82,9% и при длительно-персистирующей форме ФП в 73,7%.

Заключение. Высокие показатели свободы от наджелудочковых нарушений ритма в отдаленном периоде наблюдения позволяют рассмотреть данный метод абляции, как первую линию у пациентов с изолированной ФП.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПОСЛЕ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЙ ОПЕРАЦИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ. СИНДРОМ НИЗКОЙ ПЕРЕДНЕЙ РЕЗЕКЦИИ

Хамитов Ж.Ж.

ТОО «Национальный научный онкологический центр»,
г. Нур-Султан, Республика Казахстан

Введение. Синдром низкой передней резекции (СНПР) – это симптомокомплекс, развивающийся в последствии хирургического лечения рака прямой кишки при низких локализациях. СНПР значительно снижает качество жизни пациента и приводит к инвалидизации.

Цель исследования – выявление СНПР, у пациентов которым было проведено хирургическое лечение по поводу рака прямой кишки в Национальном научном онкологическом центре г. Нур-Султан.

Материал и методы. В ретроспективном анализе было включено 42 пациента, которые перенесли органосохраняющую операцию прямой кишки и закрытие превентивной стомы, в период с 2019 по 2021 г. Всем пациентам было разослано анкета шкала СНПР, которая официально переведена на русский язык. СНПР. Из 42 пациентов, отправленных нами онлайн анкету, ответ получили от 31 пациента.

Результаты. Из всех пациентов (n=31), включенных в ретроспективном анализе средний балл по шкале СНПР составляет 28,09. По данным результатов анкеты у 19 пациентов (61,2%) отмечается проявления выраженного СНПР, у 2 (6,4%) пациентов слабовыраженный СНПР и у 10 пациентов (32,4%) не выявилось СНПР. А в группе пациентов (n=14) которые получили курс ХЛТ (неoadьюватном режиме и адьювантом режиме) и перенесших органосохраняющую операцию у 10 пациентов (71,1%) выявлен выраженный СНПР и у 1 пациента слабовыраженный СНПР (7,1 %). А также в группе (n=4) которым было проведено – интерсфинктерная резекция прямой кишки и предоперационная курс ХЛТ у всех отмечается проявления выраженного СНПР (100%).

Заключение. По зарубежным данным СНПР встречается у 25 до 90% в случае у пациентов, которые перенесли операцию по поводу рака прямой кишки. Утрата ампулы прямой кишки, эвакуаторной функции прямой кишки и денервации в последствие диссекцией приводит к ухудшению функциональных результатов операций. Но, к сожалению, в Казахстане не существуют команда реабилитологов, которая занимается лечением этого синдрома.