

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

2024 №4

2011 йилдан чиқа бошлаган

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI
AХВОРОТНОМАСИ



ВЕСТНИК

ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Тошкент



Выпуск набран и сверстан на компьютерном издательском комплексе

редакционно-издательского отдела Ташкентской медицинской академии

Начальник отдела: М. Н. Аслонов

Редактор русского текста: О.А. Козлова

Редактор узбекского текста: М.Г. Файзиева

Редактор английского текста: А.Х. Жураев

Компьютерная корректура: З.Т. Алюшева

Учредитель: Ташкентская медицинская академия

Издание зарегистрировано в Ташкентском Городском управлении печати и информации

Регистрационное свидетельство 02-00128

Журнал внесен в список, утвержденный приказом № 201/3 от 30 декабря 2013года

реестром ВАК в раздел медицинских наук

Рукописи, оформленные в соответствии

с прилагаемыми правилами, просим направлять

по адресу: 100109, Ташкент, ул. Фароби, 2,

Главный учебный корпус ТМА,

4-й этаж, комната 444.

Контактный телефон: 214 90 64

e-mail: rio-tma@mail.ru

rio@tma.uz

Формат 60x84 1/8. Усл. печ. л. 9,75.

Гарнитура «Cambria».

Тираж 150.

Цена договорная.

Отпечатано на ризографе редакционно-издательского отдела ТМА.

100109, Ташкент, ул. Фароби, 2.

Вестник ТМА №4, 2024
РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор

проф. А.К. Шадманов

Заместитель главного редактора

проф. О.Р.Тешаев

Ответственный секретарь

проф. Ф.Х.Иноятова

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ

акад. Аляви А.Л.

проф. Билалов Э.Н.

проф. Гадаев А.Г.

проф. Жае Вук Чои (Корея)

акад. Каримов Ш.И.

проф. Татьяна Силина (Украина)

акад. Курбанов Р.Д.

проф. Людмила Зуева (Россия)

проф. Метин Онерчи (Турция)

проф. Ми Юн (Корея)

акад. Назыров Ф.Г.

проф. Нажмутдинова Д.К.

проф. Саломова Ф.И.

проф. Саша Трескач (Германия)

проф. Шайхова Г.И.

Члены редакционного совета

проф. Акилов Ф.О. (Ташкент)

проф. Аллаева М.Д. (Ташкент)

проф. Хамдамов Б.З. (Бухара)

проф. Ирискулов Б.У. (Ташкент)

проф. Каримов М.Ш. (Ташкент)

проф. Маматкулов Б.М. (Ташкент)

проф. Охунов А.О. (Ташкент)

проф. Парпиева Н.Н. (Ташкент)

проф. Рахимбаева Г.С. (Ташкент)

проф. Хамраев А.А. (Ташкент)

проф. Холматова Б.Т. (Ташкент)

проф. Шагазатова Б.Х. (Ташкент)

Herald TMA №4, 2024

EDITORIAL BOARD

Editor in chief

prof. A.K. Shadmanov

Deputy Chief Editor

prof. O.R. Teshayev

Responsible secretary

prof. F.Kh. Inoyatova

EDITORIAL TEAM

academician Alyavi A.L.

prof. Bilalov E.N.

prof. Gadaev A.G.

prof. Jae Wook Choi (Korea)

academician Karimov Sh.I.

prof. Tatyana Silina (Ukraine)

academician Kurbanov R.D. prof. Lyudmila Zueva (Russia)

prof. Metin Onerc (Turkey)

prof. Mee Yeun (Korea)

prof. Najmutdinova D.K.

prof. Salomova F.I.

prof. Sascha Treskatch (Germany)

prof. Shaykhova G.I.

EDITORIAL COUNCIL

DSc. Abdullaeva R.M.

prof. Akilov F.O. (Tashkent)

prof. Allaeva M.D. (Tashkent)

prof. Khamdamov B.Z. (Bukhara)

prof. Iriskulov B.U. (Tashkent)

prof. Karimov M.Sh. (Tashkent)

prof. Mamatkulov B.M. (Tashkent)

prof. Okhunov A.A. (Tashkent)

prof. Parpieva N.N. (Tashkent)

prof. Rakhimbaeva G.S. (Tashkent)

prof. Khamraev A.A. (Tashkent)

prof. Kholmatova B.T. (Tashkent)

prof. Shagzatova B.X. (Tashkent)

*Journal edited and printed in the computer of Tashkent
Medical Academy editorial department*

Editorial board of Tashkent Medical Academy

Head of the department: M.N. Aslonov

Russian language editor: O.A. Kozlova

Uzbek language editor: M.G. Fayzieva

English language editor: A.X. Juraev

Corrector: Z.T. Alyusheva

Organizer: Tashkent Medical Academy

*Publication registered in editorial and information
department of Tashkent city*

Registered certificate 02-00128

*Journal approved and numbered under the order 201/3 from 30 of
December 2013 in Medical Sciences DEPARTMENT OF SUPREME ATTESTATION*

COMMISSION

COMPLETED MANUSCRIPTS PLEASE SEND following address:

*2-Farobiy street, 4 floor room 444. Administration building of TMA.
Tashkent. 100109, Toshkent, ul. Farobi, 2, TMA bosh o'quv binosi, 4-qavat,
444-xona.*

Contact number: 71- 214 90 64

e-mail: rio-tma@mail.ru. rio@tma.uz

Format 60x84 1/8. Usl. printer. l. 9.75.

Listening means «Cambria».

Circulation 150.

Negotiable price

Printed in TMA editorial and publisher department risograph

2 Farobiy street, Tashkent, 100109.

| | | |
|---|--|-----|
| Зуфарова Ш.А., Шокирова С.М., Исмаилова А.А. ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СД-МАРКЕРОВ В ОБРАЗЦАХ ТКАНИ ПОЛИКИСТОЗА ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПРИ БЕСПЛОДИИ | Zufarova Sh.A., Shokirova S.M., Ismailova A.A. IMMUNOHISTOCHEMICAL STUDY OF CD MARKERS IN TISSUE SAMPLES OF POLYCYSTIC OVARY SYNDROME IN WOMEN OF FERTILE AGE WITH INFERTILITY | 130 |
| Курбаниязов З.Б., Сайинаев Ф.К., Юлдашев П.А., Абдурахманов Д.Ш. РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ | Kurbaniyazov Z.B., Sayinaev F.K., Yuldashev P.A., Abdurakhmanov D.Sh. RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIAS | 134 |
| Махкамов Т.Т., Тияков А.Б., Муродиллаев А.А. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РИГИДНЫХ ДИСПЛАСТИЧЕСКИХ ФОРМ КИФOSКОЛИОТИЧЕСКИХ ДЕФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ | Makhkamov T.T., Tilyakov A.B., Murodillaev A.A. SURGICAL TREATMENT OF RIGID DYSPLASTIC FORMS OF KYPHOSCOLIOTIC DEFORMITIES IN CHILDREN AND ADOLESCENTS | 140 |
| Muminova Z. A. Raximova Z. A. ADENOMIOZ RIVOJLANISHINING XAVF OMILLARI | Muminova Z.A., Rakhimova Z.A. RISK FACTORS FOR ADENOMYOSIS DEVELOPMENT | 144 |
| Muxitdinova K.O. AYOLLARDA ERTA HOMILADORLIK DAVRLARIDA IMMUNOLOGIK KO'RSATKICHLARNING VA PROTEAZ INGIBITORLARINING O'ZGARISHI | Mukhitdinova K.O. CHANGES IN IMMUNOLOGICAL INDICATORS AND PROTEASIS INHIBITORS IN WOMEN IN EARLY PREGNANCY | 148 |
| Мухтаров Ш.Т., Аюбов Б.А., Бахадирханов М.М., Назаров Дж.А., Акилов Ф.А., Мирхамидов Д.Х., Каримов О.М. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ДОСТУПА | Muxtarov Sh.T., Ayubov B.A., Baxadixanov M.M., Nazarov Dj.A., Akilov F.A., Mirxamidov D.X., Karimov O.M. COMPARATIVE ASSESSMENT OF THE EFFICIENCY OF LAPAROSCOPIC OPERATIONS DEPENDING ON THE TYPE OF ACCESS | 151 |
| Набиев А.М., Содиков Ш.А., Улжаев С.Б. РЕЗУЛЬТАТЫ ДРЕНАЖНОЙ ХИРУРГИИ ЮВЕНИЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ НА ФОНЕ МИОПИИ | Nabiyev A.M., Sodikov Sh.A., Ulzhaev S.B. RESULTS OF DRAINAGE SURGERY OF JUVENILE GLAUCOMA ON THE BACKGROUND OF MYOPIA | 154 |
| Набиева Д.А., Юсупов И.К. ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ | Nabieva D.A., Yusupov I.K. CHRONIC RENAL DISEASE IN PATIENTS WITH SYSTEMIC SCLERODERMA | 157 |
| Nishanova Y.X., Xodjamova G.A., Juravlyov I.I. ROL OF ULTRASOUND FOR DIAGNOSIS OF BREAST CANCER IN YOUNG WOMEN | Nishanova Y.X., Xodjamova G.A., Juravlyov I.I. YOSH AYOLLARDA KO'KRAK BEZI SARATONI TASHXISIDA ULTRATOVUSH DIAGNOSTIKASINING ROLI | 161 |
| Рихсиева Н.Т., Ходжаева Ф.С. БОЛАЛАРДА БИРЛАМЧИ ГИПЕРПАРАТИРЕОЗНИНГ КЛИНИК ХУСУСИЯТЛАРИНИ ВА ДАВОЛАНИШДАН КЕЙИНГИ ҲАЁТ СИФАТИНИ БАҲОЛАШ | Rikhsieva N.T., Khodzhaeva F.S. ASSESSMENT OF CLINICAL FEATURES OF PRIMARY HYPERPARATHYROIDISM IN CHILDREN AND QUALITY OF LIFE AFTER TREATMENT | 166 |
| Рузикулов М.М., Кариев Г.М., Ташматов Ш.Н. РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПО ГЕМОРРАГИЧЕСКОМУ ТИПУ | Ruzikulov M.M., Kariev G.M., Tashmatov Sh.N. RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF ACUTE CEREBRAL CIRCULATION DISORDERS OF THE HEMORRHAGIC TYPE | 173 |
| Салимов Ш.Т., Абдусаматов Б.З., Элмуратов Ш.Х., Эргашев М.Р., Усманов Х.С. СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЕННОГО ПЕРИТОНИТОМ У ДЕТЕЙ | Salimov Sh.T., Abdusamatov B.Z., Elmuradov Sh.Kh., Ergashev M.R., Usmanov Kh.S. MODERN APPROACH TO THE TREATMENT OF LIVER ECHINOCOCCOSIS COMPLICATED BY PERITONITIS IN CHILDREN | 176 |
| Таджибаев Ш.А., Собиров Э.К., Абдурашидов Ф.Ш., Усмоннов Х.К., Азизов Д.Т. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ АППЕНДЭКТОМИЯ – «ЗОЛОТОЙ» СТАНДАРТ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА?! | Tadzhibaev Sh.A., Sobirov E.K., Abdurashidov F.Sh., Usmonov H.K., Azizov D.T. LAPAROSCOPIC APPENDECTOMY – THE "GOLDEN" STANDARD IN THE TREATMENT OF ACUTE APPENDICITIS?! | 180 |
| Турсунов Д.М., Жалолов О.К. СИЙДИК ҚОПИ МУСКУЛ-ИНВАЗИВ САРАТОНИ ЖАРРОҲЛИК ДАВОСИ ЭРТА НАТИЖАЛАРИНИ ТАҲЛИЛ ҚИЛИШ | Tursunov D.M., Jalolov O.K. ANALYSIS OF EARLY RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF MUSCLE-INVASIVE BLADDER CANCER | 186 |
| Хакимов М.Ш., Каримов М.Р., Ашуров Ш.Э., Матмуратов Ж.К. ВЫБОР ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ЗОНЫ ПАПИЛЛОТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА | Khakimov M.Sh., Karimov M.R., Ashurov Sh.E., Matmuradov J.K. TREATMENT TACTICS OF EPST ZONE BLEEDING ON PATIENTS WITH BENIGN ORIGIN MECHANICAL JAUNDICE | 194 |

ПАХОВАЯ ГРЫЖА: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, РИСКИ, ПЕРСПЕКТИВЫ ЛЕЧЕНИЯ

Халиков С.П., Якубов О.Э., Рахмонов У.Р., Эшкүзиев М.Ш.

CHOV CHURRASI: TARQALISHI, XAVFLARI, DAVOLASH ISTIQBOLLARI

Xalikov S.P., Yakubov O.E., Rahmonov U.R., Eshquziyev M.Sh.

INGUINAL HERNIA: PREVALENCE, RISKS, TREATMENT PROSPECTS

Khalikov S.P., Yakubov O.E., Rahmonov U.R., Eshquziyev M.Sh.

Ташкентская медицинская академия

Chov churrani jarrohlik davolashning turli usullari, jumladan, ochiq va laparoskopik usullar tasvirlangan. Har bir usul o'zining afzalliklari va kamchiliklariga ega, tanlov bemorning individual xususiyatlari va jarrohning tajribasi bilan belgilanadi. Polimer plastik to'rlardan foydalangan holda jarrohlik davolash yaxshi natijalarga erishishga imkon beradi.

Kalit so'zlar: *transabdominal preperitoneal, total ekstrperitoneal, tabiiy teshiklar orqali transluminal endoskopik jarrohlik.*

Various methods of surgical treatment of inguinal hernia have been described, including open and laparoscopic approaches. Each method has its advantages and disadvantages; the choice is determined by the individual characteristics of the patient and the experience of the surgeon. Surgical treatment using polymer plastic meshes allows achieving good results.

Key words: *transabdominal preperitoneal, totally extraperitoneal, natural orifice transluminal endoscopic surgery.*

Паховая грыжа составляет 75% всех грыж передней брюшной стенки, а риск развития в течение жизни отмечается у 32% мужчин и у 3% женщин. Косые (наружные) паховые грыжи превосходят по количеству прямые (внутренние) паховые грыжи примерно в соотношении 2:1. Заболеваемость наиболее распространенной хирургической патологией имеет два рискованных периода: в возрасте 16-24 лет (110 больных на 100 тыс. населения) и в 65 лет и старше (2 тыс. на 100 тыс. населения). Заболеваемость паховой грыжей увеличивается с возрастом, средний возраст при постановке диагноза составляет 40-59 лет [1,3,6].

Несмотря на то, что женщины гораздо меньше страдают паховой грыжей, они имеют факторы риска развития данной патологии, что особенно проявляется во время беременности и родов (0,1%). Среди детей заболеваемость паховой грыжей составляет 1-5%, среди недоношенных этот показатель достигает 10-30% [7,10].

Как в мире, так и в Республике Узбекистан одним из самых распространенных оперативных вмешательств является грыжесечение. По поводу различных грыж в стране ежегодно выполняется около 250 тыс. операций. В России в год количество операций по поводу данной патологии достигает 400 тыс. По статистике, в США ежегодно проводится более 1 млн операций по пластике грыж передней брюшной стенки, из которых около 750 тыс. приходится на операцию по поводу паховой грыжи [1,22,24].

История паховой грыжи уходит корнями в 1500 г. до нашей эры, когда в Древнем Египте появились самые ранние свидетельства о паховой грыже. Хирургическая история грыж, имея многовековой опыт, ограничивалась перевязкой шейки грыжевого мешка, с последующей ампутацией яичка, или прижиганием грыжи, которая в дальнейшем также оканчивалась удалением яйца [2,5].

С появлением анатомической истории радикальное лечение грыж при помощи оперативных вмешательств стало бурно развиваться. Не каждая анатомическая структура или орган человека может похвастаться наличием имен, названных в честь специалиста. F. Roupart (1661-1709) – пупартова связка (паховая), P. Camper (1722-1789) – фасция Кампера, A. Scarpa (1752-1832) – фасция Скарпы, C. Amyand (1660-1749) – грыжа Амьанда, A.P. Cooper (1768-1841) – связка Купера, F.K. Hesselbach (1759-1816) – треугольник Гессельбаха [4,7].

Впервые об успешной трансабдоминальной пластике 1716 г. сообщил Деметрий Кантемир (1673-1723). Генри Марси (1837-1924) заявил, что отсутствие закрытия внутреннего пахового кольца или низкая перевязка грыжевого мешка могут привести к рецидиву, тем самым описав технику реконструкции. Он был первым, кто применил высокую перевязку грыжевого мешка и закрытие пахового кольца. Bassini описал анатомию переднего отдела пахового канала и предложил безопасную и эффективную хирургию – операцию Bassini (1887). В последующем Уильям Холстед (1852-1922) и Эдмунд Эндрюс (1824-1904) модифицировали пластику Бассини. Модифицированная пластика Бассини (североамериканская пластика Бассини) применялась во всем мире, хотя при ее использовании часто возникали рецидивы. Честер Маквей (1911-1987) для восстановления пахового канала в 1939 г. впервые применил связку Купера. В 1919 г. Жорж Рок (1876-1934) использовал разрезы брюшной полости и кожи, а затем лигировал втянутый из брюшной полости грыжевой мешок. В 1936 г. Арнольд Генри (1886-1962) разработал аналогичный доступ с помощью разреза по средней линии нижней части живота. В 1920 г. Джордж Лентал (1865-1951) впервые применил тотально внебрюшинный доступ в качестве радикальной хирургической операции как при паховых, так и при бедренных грыжах, с использованием нижнесрединного предбрюшинного доступа. В соответствии с концепцией предбрюшинного

ВЫБОР ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ЗОНЫ ПАПИЛЛОТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА

Хакимов М.Ш., Каримов М.Р., Ашуров Ш.Э., Матмуратов Ж.К.

YAXSHI SIFATLI GENEZLI MEKANIK SARIQLIK BILAN HASTA BEMORLARDA PAPILLOTOMIYA ZONASIDAN QON KETISHINING DAVOLASH TAKTIKASI

Xakimov M.Sh., Karimov M.R., Ashurov Sh.E., Matmuradov J.K.

TREATMENT TACTICS OF EPST ZONE BLEEDING ON PATIENTS WITH BENIGN ORIGIN MECHANICAL JAUNDICE

Khakimov M.Sh., Karimov M.R., Ashurov Sh.E., Matmuradov J.K.

Ташкентская медицинская академия

Maqsad: davolash taktikasini optimallashtirish orqali endoskopik papillosfinkterotomiya hududidan qon ketishi bo'lgan bemorlarni davolash natijalarini yaxshilash. **Material va usullar:** nazorat va asosiy guruhlardagi bemorlarni davolash natijalarining qiyosiy tahlili o'tkazildi. Asosiy guruhdagi bemorlar biz ishlab chiqqan tasnif va davolash algoritmi asosida davolandilar. **Natijalar:** optimal davolash algoritmidan foydalanish endoskopik gemostaz ulushini 95,7% gacha oshirishga imkon berdi, shu bilan ochiq operatsiyalar va o'limni mos ravishda 20 dan 4,3% gacha va 1,0 dan 0% gacha kamaytirishga imkon berdi. **Xulosa:** yaxshi obstruktiv sariqlik bilan og'rigan bemorlarda endoskopik papillosfinkterotomiya hududidan qon ketish uchun minimal invaziv aralashuvlar samaradorligini oshirish uchun qon ketishining intensivligiga qarab gemostaz usullarini tanlashga tabaqalashtirilgan yondashuv tavsiya etiladi.

Kalit so'zlar: endoskopik papillosfinkterotomiya hududidan qon ketish, gemostaz usullari, endoskopik kesish.

Objective: To improve the results of treatment of patients with bleeding from the area of endoscopic papillosphincterotomy by optimizing treatment tactics. **Material and methods:** A comparative analysis of the results of treatment of patients in the control and main groups was carried out. Patients in the main group were treated based on the classification and treatment algorithm we developed. **Results:** The use of an optimal treatment algorithm made it possible to increase the proportion of endoscopic hemostasis to 95.7%, thereby reducing open operations and mortality, respectively, from 20 to 4.3% and from 1.0 to 0%. **Conclusions:** To increase the effectiveness of minimally invasive interventions for bleeding from the area of endoscopic papillosphincterotomy in patients with benign obstructive jaundice, a differentiated approach to the selection of hemostasis methods depending on the intensity of bleeding is advisable.

Key words: bleeding from the area of endoscopic papillosphincterotomy, hemostasis methods, endoscopic clipping.

На сегодняшний день ретроградные эндоскопические вмешательства (РЭВ) играют важную роль в диагностике и лечении механической желтухи (МЖ). Среди всех способов декомпрессии билиарной системы удельный вес РЭВ составляют более 90% [1,4,5].

Главными требованиями современной медицины для методов билиарной декомпрессии являются высокая клиническая эффективность, малая травматичность, низкие показатели частоты послеоперационных осложнений и летальности [1,3-5,9]. К сожалению, до сих пор удельный вес постманипуляционных осложнений остается стабильно высоким (5-22%) [1,3]. Несмотря на малоинвазивность этих вмешательств, по своей сути они должны считаться хирургическими операциями, которые отличаются только особенностями доступа к оперируемому органу. По мнению M.L. Freeman [9], эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) считается «наиболее опасной среди «стандартных» манипуляций, выполняемых эндоскопистами». Накопление опыта и применение новых или усовершенствованных методов при выполнении эндоскопических ретроградных процедур может привести к снижению количества постманипуляционных осложнений и летальности [4,7].

Самым частым и ранним осложнением после ретроградных оперативных вмешательств является

кровотечение из зоны папиллотомии, частота которого достигает 10%, а летальность варьирует от 2 до 8% [1,2,4,5]. Оно может возникнуть сразу после рассечения большого дуоденального сосочка (БДС), либо в течение первых двух недель. Такое осложнение после ЭПСТ чаще наблюдается из-за быстрого рассечения тканей БДС. Риск кровотечения может увеличиваться при применении атипичных способов папиллотомии в технически трудных ситуациях, наличии aberrантных веточек поджелудочно-двенадцатиперстнокишечной артерии, при выраженной МЖ, при наличии юктапапиллярных дивертикулов и ряда сопутствующих заболеваний (заболевания печени, коагулопатии, хроническая почечная недостаточность) а также недостаточном опыте врача-эндоскописта [4,5].

Гемостаз обычно достигается эндоскопическими методами: химический способ (подслизистое введение раствора склерозантов – этанола, натрия хлорида, этоксисклерола, фибровейна), физический (моно-биполярная диатермокоагуляция, гидрокоагуляция, аргоноплазменная коагуляция – АПК), механический – использование металлических клипс [2,4,5,8,10]. Среди механических методов также используются захватывание кровотока сосуда с окружающими тканями с помощью эндоскопических зажимов и удержание в течение 3-5 минут или

сочетание с коагуляцией, компрессия кровотока зоны раздутым баллоном. Наиболее эффективным считаются комбинированные методы гемостаза, например, инъекция раствора этанола с коагуляцией, коагуляция с наложением клипс, аппликация этанола с АПК и т.д. [1,2,4,5,8-10]. При неэффективности этих методов некоторые исследователи прибегают к ангиографической эмболизации поджелудочно-двенадцатиперстнокишечной артерии [8], а многие авторы, напротив, считают необходимым выполнение дуоденотомии с прошиванием кровотока части ЭПСТ, так как не имеет смысла применение ангиографических методов гемостаза при угрожающем жизни состоянии пациента [10].

Таким образом, кровотечение после РЭВ является одним из наиболее серьезных осложнений после ЭПСТ, что требует усовершенствования методов эндоскопического гемостаза и разработки оптимального алгоритма ведения больных.

Цель исследования

Улучшение результатов лечения пациентов с кровотечениями из ЭПСТ зоны путем оптимизации лечебной тактики.

Материал и методы

Проанализированы результаты обследования и лечения 510 пациентов в возрасте от 18 до 90 лет с клиникой МЖ, причиной которой явились конкременты внепеченочных протоков, поступивших в экстренное хирургическое отделение многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии в 2015-2023 гг. Женщин было 318 (62,4%), мужчин – 192 (37,6%). Пациенты с холедохолитиазом без признаков МЖ в исследование не включены. Из анализируемого материала были исключены также больные с уровнем билирубина свыше 200 мкмоль/л., пациенты с клиническими признаками гнойного холангита, печеночной недостаточностью тяжелой степени, а также с МЖ, обусловленной уже верифицированными опухолями до ретроградного вмешательства.

Всем больным выполнена ЭПСТ. У 72 (14,1%) из 510 больных отмечалось кровотечение из ЭПСТ зоны разной интенсивности. На начальном этапе работы (2015-2018 гг.) кровотечение отмечалось у 25 (11,9%) из 210 пациентов. В этих случаях применялись методы инъекции склерозантов и монополярная электрокоагуляция. Эффективность гемостаза составила 80%, доля открытых операций – 20%.

Эти результаты требовали пересмотра лечебной тактики при кровотечениях из зоны папиллотомии во время выполнения РЭВ. Нами была разработана тактика, которая заключалась в дифференцированном подходе к выбору метода гемостаза с учетом интенсивности кровотечения, которую определяли по предложенной нами шкале. Согласно этой классификации интенсивность кровотечения из ЭПСТ зоны включала три степени.

I степень (профузное кровотечение) – струйное, пульсирующее кровотечение, кровь бьётся как будто из «фонтана», струя крови достигает экрана видеоканалера, интенсивность кровотечения не умень-

шается, в течение считанных минут заполняется пространство в двенадцатиперстной кишке.

Тактика лечения. Немедленное наложение гемоклипс (1-2 шт.) с последующей коагуляцией с помощью щипцов. Технически сложно достигается гемостаз. Эндоскопическое наблюдение продолжается в течение 8-10 минут при достижении гемостаза. Через 1 час выполняется повторная дуоденоскопия для контроля остановки кровотечения. Если во время осмотра отмечается подсачивание крови из-под тромба, при этом тромб мобилен, выполняются дополнительная диатермокоагуляция либо инъекционный гемостаз. Если тромб неподвижен, а кровотечение продолжается, из-за отсутствия доступа к источнику геморрагии целесообразно выполнять открытую операцию.

II степень (кровотечение средней интенсивности) – кровотечение медленно пульсирующее, пространство в двенадцатиперстной кишке остается свободным, кровь стекает по слизистой оболочке кишечника, технически легко достигается гемостаз.

Тактика лечения. Промывание 70% раствором этанола, далее холодным стерильным раствором, электрокоагуляция с помощью эндоскопических зажимов, при необходимости подслизистая инъекция 33% раствором этанола краев зоны ЭПСТ. При невозможности гемостаза осуществляется клипирование.

III степень (незначительное кровотечение) – подсачивание крови, пульсация отсутствует, кровотечение останавливается самостоятельно, или отмечается моментальная остановка при распылении 70% раствора этанола.

Тактика лечения. Промывание 70% раствором этанола или холодной стерильной водой, редко применяется инъекция склерозантов или электрокоагуляция тканей.

Результаты и обсуждение

В контрольной группе кровотечения наблюдались у 25 (11,9%) больных, окончательный гемостаз достигнут у 20 (80%). У остальных 5 (20%) пациентов после неудачных повторных попыток эндоскопического гемостаза выполнено открытое оперативное вмешательство, что привело к потере времени и оказало негативное влияние на общее состояние этих пациентов. « из них умерли в результате геморрагического шока в раннем послеоперационном периоде. Анализ показал, что причинами неудовлетворительных результатов у больных контрольной группы явились отсутствие четкой градации интенсивности кровотечения и дифференцированного подхода к выбору метода гемостаза.

А.Г. Фёдоров и соавт. [7] предпочтение отдают использованию всех методов эндоскопического гемостаза при кровотечениях, но при этом они оставляют выбор метода эндоскописту согласно принципу индивидуального подхода. Кроме того, они рекомендуют применять баллонную дилатацию БДС без выполнения папиллотомии, особенно у больных с нарушением свертывающей системы крови.

По данным В.И. Никольского, А.В. Герасимова [4], провоцирующими факторами

сле папиллосфинктеротомии являются нарушение свертывающей системы крови, изменение тканей БДС, протяженность и быстрота выполнения папиллотомного разреза. Патология гемостаза имеет большое значение не только при МЖ, но и при артериальной гипертензии (повышенное давление в мелких артериях препятствует образованию и фиксации тромба). Эти аргументы позволяют считать рецидив в виде профузного кровотечения из зоны ЭПСТ после эндоскопических методов гемостаза абсолютным показанием к экстренной операции. Возможно, у больных контрольной группы на исход заболевания повлияло выполнение повторных попыток эндогемостаза при продолжающемся кровотечении.

И.М. Сайфутдинов и соавт. [6] сообщают об огромном значении эндосонографии для определения показаний к РЭВ, которое в сомнительных клинических случаях позволяет исключить или подтвердить наличие холедохолитиаза, что позволяет уменьшить частоту выполнения необоснованных инвазивных манипуляций. Необходимо отметить, что при сомнительной картине холедохолитиаза мы отдавали предпочтение РЭВ.

В основной группе к выбору метода гемостаза подходили дифференцированно, учитывая интенсивность кровотечения из зоны ЭПСТ, согласно

разработанной нами тактике. У 47 (15,7%) из 300 пациентов отмечалось кровотечение из области папиллотомии. У 8 (17,0%) больных отмечалась I степень интенсивности кровотечения, у 14 (29,8%) – II степень и у 25 (53,2%) – III степень.

Среди пациентов с кровотечением I степени окончательный эндоскопический гемостаз достигнут у 6, у 2 больных произведена дуоденотомия с прошиванием кровоточащей зоны ЭПСТ. У 1 из них развилась несостоятельность швов двенадцатиперстной кишки, которая ликвидирована на 25-26-е сутки после операции на фоне проводимых консервативных мероприятий.

Все больные с кровотечением II степени после выполнения эндоскопического гемостаза были выписаны на 3-4-е сутки после манипуляции. Из них 2 пациента повторно обратились с признаками кровотечения в течение 10 дней. Во время контрольной дуоденоскопии были выявлены признаки III степени кровотечения, необходимости в выполнении каких-либо дополнительных эндоскопических вмешательств с целью достижения гемостаза не было.

Окончательный гемостаз был достигнут у всех больных с кровотечением III степени. Летальных исходов среди пациентов основной группы не было (табл.).

Таблица

Распределение больных сравниваемых групп в зависимости от клинического результата, абс. (%)

| Показатель | Контрольная группа | Основная группа |
|--|--------------------|-----------------|
| Кровотечение из ЭПСТ зоны | 25 (12,0) | 47 (15,7) |
| Окончательный эндоскопический гемостаз | 20 (80,0) | 45 (95,7) |
| Открытая операция | 5 (20,0) | 2 (4,3) |
| Летальность | 2 (1,0) | - |

Таким образом, объективная оценка интенсивности кровотечения и дифференцированный подход к выбору метода гемостаза в зависимости от тяжести геморрагии позволил повысить удельный вес окончательного гемостаза эндоскопическими методами с 80,0 до 95,7% и снизить летальность с 1,0 до 0%.

Выводы

1. Для повышения эффективности малоинвазивных вмешательств при кровотечениях из зоны ЭПСТ у пациентов с механической желтухой доброкачественного генеза целесообразен дифференцированный подход к выбору методов гемостаза в зависимости от интенсивности кровотечения.

2. Применение предложенной лечебной тактики дает возможность увеличить долю окончательного эндоскопического гемостаза с 80,0 до 95,7%, уменьшить количество открытых операций с 20 до 4,3% и снизить летальности с 1,0 до 0%.

Литература

1. Балалыкин А.С., Балалыкин В.Д., Гвоздик В.В. Дискуссионные вопросы хирургических вмешательств на большом сосочке двенадцатиперстной кишки // *Анналы хир. гепатол.* – 2007. – №4. – С. 45-50.

2. Башилов В.П., Брехов Е.И., Малов Ю.Я., Василенко О.Ю. Сравнительная оценка различных методов в лечении больных острым холециститом, осложненным холедохолитиазом // *Хирургия.* – 2005. – №10. – С. 40-45.

3. Затехахин И.И., Цицашвили М.Ш., Дзарасова Г.Ж. Возможности и неудачи эндоскопической папиллотомии в лечении калькулезного холецистита, осложненного механической желтухой // *Московский Международный конгресс по эндоскопической хирургии.* – М., 2000. – С. 100-102.

4. Никольский В.И., Герасимов А.В. Трансдуоденальные вмешательства на желчевыводящих путях: ошибки, неудачи, осложнения и их профилактика // *Мед. науки.* – 2012. – №2. – С. 165-177.

5. Ревякин В.И., Климов П.В., Ибрагимов Н.И. Осложнения и летальность после эндоскопической папиллосфинктеротомии: опыт 1300 операций // *Внутрипросветная эндоскопическая хирургия: Рос. симп.* – М., 1998. – С. 67-69.

6. Сайфутдинов И.М., Славин Л.Е., Хайруллин Р.Н. и др. Анализ осложнений транспапиллярных вмешательств // *Клин. и экспер. хир.* – 2015. – №3. – С. 51-56.

7. Фёдоров А.Г., Давыдов С.В., Климов А.Е. Осложнения эндоскопических транспапиллярных вмешательств и способы их профилактики и лечения // *Неотложная мед. помощь.* – 2012. – №3. – С. 29-35.

8. Anderson M.A., Fisher L., Jain R. Complications of ERCP. ASGE Standards of Practice Committee // *Gastrointest. En-*

dosc. – 2012. – №3. – P. 467-473.

9. Freeman M.L., Nelson D.B., Sherman S. et al. Complications of endoscopic biliary sphincterotomy // New Eng. J. Med. – 1996. – Vol. 13. – P. 909-918.

10. Kahaleh M., Freeman M. Prevention and management of post-endoscopic retrograde cholangiopancreatography complications // Clin. Endosc. – 2012. – Vol. 45. – P. 305-312.

ВЫБОР ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ЗОНЫ ПАПИЛЛОТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА

Хакимов М.Ш., Каримов М.Р., Ашуров Ш.Э.,
Матмуратов Ж.К.

Цель: улучшение результатов лечения пациентов с кровотечениями из зоны эндоскопической папиллосфинктеротомии путем оптимизации лечебной тактики. **Материал и методы:** проведен сравни-

тельный анализ результатов лечения пациентов контрольной и основной групп. У пациентов основной группы лечение было основано на разработанных авторами классификации и лечебном алгоритме. **Результаты:** применение оптимального алгоритма лечения позволило увеличить долю эндоскопического гемостаза до 95,7%, тем самым снизить открытых операций и летальности соответственно с 20 до 4,3% и с 1,0 до 0%. **Выводы:** для повышения эффективности малоинвазивных вмешательств при кровотечениях из зоны эндоскопической папиллосфинктеротомии у пациентов с механической желтухой доброкачественного генеза целесообразен дифференцированный подход к выбору методов гемостаза в зависимости от интенсивности кровотечения.

Ключевые слова: кровотечение из зоны эндоскопической папиллосфинктеротомии, методы гемостаза, эндоскопическое клипирование.

