

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги
Министерство здравоохранения Республики Узбекистан

Ўзбекистон хирургияси

Илмий-амалий журнал

1999 йилда ташкил этилган

Хирургия Узбекистана

Научно-практический журнал

Основан в 1999 году

Главный редактор
Ф.Г.НАЗЫРОВ

Редакционная коллегия:

**В.Е.Аваков, М.Д.Азизов, Х.А.Акилов, М.М.Алиев, А.В.Алимов,
А.В.Девятов (ответственный секретарь), М.М.Зуфаров, А.И.Икрамов,
Ю.И.Калиш (заместитель главного редактора), Г.М.Кариев, Ш.И.Каримов,
С.Н.Наврузов, З.М.Низамходжаев, Д.М.Собиров, Б.З.Турсунов,
А.М.Хаджибаев, Г.В.Хан (заведующий редакцией)**

*Учредитель - АО «Республиканский специализированный
центр хирургии имени академика В.Вахидова»*

2016, №3 (71)

Адрес редакции: 100115
Республика Узбекистан
г. Ташкент
ул. ул. Кичик халка йули, 10

Web-сайт: www.rscs.uz

E-mail: hirurgiya_uz@mail.ru

Телефон/факс: (99871) 277-04-94
Телефон: (99871) 277-25-22
Телефон: (99891) 136-59-99

ISSN 2181-7359

*Журнал перерегистрирован
в Агентстве по печати и
информации Узбекистана
06 июня 2007г. (Регистрационный №0280)*

*Расчетный счет: 20212000603999363001
в Чиланзарском АКИБ Ипотека банке
ИНН 202897523
ОКОНХ 87100
МФО 00997*

Подписной индекс:
1041 - для индивидуальных подписчиков
1042 - для организаций

*Подписано в печать 12.10.2016г.
Отпечатано в ООО «MACRO PRINT»
г. Ташкент, туп. Салар - 2.
Заказ №3 от 19.10.2016г.
Тираж: 285 экз.
Формат 84 x 60 1/8
Объем 28,5 печ.л.*

**МАТЕРИАЛЫ
XXI РЕСПУБЛИКАНСКОЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ
КОНФЕРЕНЦИИ
«ВАХИДОВСКИЕ ЧТЕНИЯ – 2016»
"РОЛЬ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ
В РАЗВИТИИ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ
ТОРАКО-АБДОМИНАЛЬНОЙ
И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ"**

**ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ
КОНФЕРЕНЦИИ ВЫРАЖАЕТ
ПРИЗНАТЕЛЬНОСТЬ ЗА СПОНСОРСКУЮ
ПОМОЩЬ, ОКАЗАННУЮ СО СТОРОНЫ
ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВ КОМПАНИЙ
В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН**

BERLIN-CHEMIE MENARINI

AGM

ЮРИЯ-ФАРМ

WORLD MEDICINE

**ООО "ADINAMED"
ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВО
КОМПАНИИ KDM**

TAKEDA

JURABEK

SHAYANA PHARM

SERENE PHARMA

KARL STORZ

I. АБДОМИНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

Абдужаппаров С.Б.,
Кораходжаев Б.Ш.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПРИ НИЗКОАМПУЛЯРНОМ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ

Республиканский онкологический научный центр МЗ РУз

Актуальность. Наложение, так называемых, "низких" и "ультранизких" колоректальных анастомозов после резекции прямой кишки имеет показания и противопоказания. Если при "низких" резекциях прямой кишки можно применять ручной способ наложения колоректальных анастомозов, то после "ультранизких" резекций невозможно его выполнение.

Материал и методы исследования. В отделение колопроктологии РОНЦ МЗ РУз 35 пациентам раком прямой кишки выполнены низкая и ультранизкая резекции прямой кишки с лимфодиссекцией в различном объеме (Д2, Д3). Стадия Т3-4N0M0 было у 17 пациентов, Т₃₋₄N₁M₀ - у 13 больных. Мужчин было 12, женщин - 18 в возрасте 62,4±4,6 лет. Кишечный тракт восстанавливали применения колоректальных анастомозов при помощи циркулярно-сшивающих аппаратов фирмы "Ethicon" с рабочим объемом головки 29, 31 и 33. 25 пациентам оперативное лечение проводили одноэтапно; 10 больным операцию разделили на два этапа вследствие явлений кишечной непроходимости у пациентов.

Результаты и их обсуждение. Изучение непосредственных и ближайших результатов оперативного лечения показало: продолжительность операции - 180±25,6 мин.; этап лимфодиссекции при проведении в стандартном варианте - 42,5±8,4 мин.; при расширенном - 64,3±6,3 мин. Кровопотеря составила 256±35,7 мл.

При морфологическом исследовании макропрепаратов во всех случаях выявлена аденокарцинома кишечника различной степени дифференцировки. Большое значение имело изучение лимфатических узлов для прогнозирования и определения дальнейшей тактики лечения (химио- или лучевой терапии). Больным с метастазами в лимфатических узлах в адьювантном режиме проведена химиотерапия по схеме FOLFOX-4. Осложнений со стороны колоректальных анастомозов не было. У одной больной через 3 месяца после операции возник рецидив опухоли в зоне колоректального анастомоза.

Выводы. При расположении опухоли прямой кишки на высоте 5-10 см и без явлений кишечной непроходимости операций выбора может быть передняя резекция прямой кишки с расширенной лимфодиссекцией в объеме Д3 и наложением "ультранизкого" сигморектального анастомоза.

Выводы. При расположении опухоли прямой кишки на высоте 5-10 см и без явлений кишечной непроходимости операций выбора может быть передняя резекция прямой кишки с расширенной лимфодиссекцией в объеме Д3 и наложением "ультранизкого" сигморектального анастомоза.

Абдужаппаров С.Б.,
Матниёзова Ш.Я.

ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Республиканский онкологический научный центр МЗ РУз

Актуальность. Учитывая, что в 60-70% случаев рак прямой кишки диагностируется в 3-4 стадиях заболевания, отмечается тенденция увеличения женщин с распространением процесса в органы гениталий. Нет четких рекомендаций при каких ситуациях выполнять органосохраняющие вмешательства.

Материал и методы. Проанализированы результаты комбинированных операций при раке прямой кишки с прорастанием в органы гениталий, выполненных в отделении колопроктологии научно-го центра онкологии МЗ РУз в 2006-2015 годах. Под нашим наблюдением были 138 женщин в возрасте от 21 до 68 лет. Методы обследования включали колоноскопию с биопсией, ирригоскопию, ТРУЗС, КТ, гистероскопию. У 22 пациенток проведено исследование гормонального статуса. Характер операций на прямой кишке при комбинированных хирургических вмешательствах был следующим:

брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки с сигмостомией выполнена 48,3%; брюшно-анальная резекция прямой кишки - 18,6%; передняя резекция прямой кишки - 10,2%; операция Гартмана - 22,9% больным.

Результаты и их обсуждение. Наиболее часто при комбинированных оперативных вмешательствах выполняли резекции влагалища (68); надвлагалищную ампутацию матки без придатков (21), экстирпацию матки с придатками (32), удаление придатков матки (31). Метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов установлено у 28,0% больных. Послеоперационные осложнения гнойно-воспалительного характера возникли в 17,7% случаев. Общая летальность составила 3,4%. Частота рецидивов после комбинированных операций по поводу рака прямой кишки составила 28%. Средняя продолжительность без рецидивно-

го периода составила 14 месяцев.

Выводы. Приведенные данные свидетельствуют, что такие важные показатели, как частота рецидивов (28%),

5-летняя выживаемость (47,1%) при комбинированных вмешательствах и операциях стандартного объема по поводу рака прямой кишки, примерно, одинаковы.

*Абдужаппаров С.Б.,
Наврузов Б.С.,
Умурзоков С.К.*

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА, ОСЛОЖНЕННОГО МАЛИГНИЗАЦИЕЙ

Республиканский онкологический научный центр МЗ РУз

Актуальность. Известно, что язвенный колит (ЯК) связан с повышенным риском развития рака толстой кишки (РТК). Считается, что этот риск в 7-8 раз выше у больных ЯК, чем в общей популяции, где частота колоректального рака в разных странах колеблется от 0,5 до 3%. Относительный кумулятивный риск (relative risk - RR) возникновения РТК при ЯК, по данным разных авторов, колеблется в интервале 3,1-5,7.

Материал и методы исследования. В отделение колопроктологии РОНЦ и РНЦКП МЗ РУз с 2004 по 2014 год обследованы и пролечены 98 пациентов с НЯК и болезнью Крона, у которых отмечено перерождение процесса в рак. Мужчин было 53, женщин - 45. Средний возраст - $43,5 \pm 3,5$ года. Тотальное поражение отмечено у 42. Язвенный колит отмечен у 77 пациентов, болезнь Крона - у 21. Больные обследованы по комплексной программе с включением лучевых методов, определения онкомаркеров.

Длительность анамнеза 20 и более лет отмечена у 55 пациентов.

Результаты и их обсуждение. Всем больным выполнено оперативное лечение в зависимости от уровня поражения толстой кишки. Тотальная колэктомия с илео-ректальным анастомозом выполнена 42 пациентам, колпроктэктомия с илеос-

томией - 21; БАР прямой кишки с низведением проксимальных отделов - 16 пациентам. В ближайшем послеоперационном периоде осложнения отмечено у 17 пациентов. Из них несостоятельность анастомоза - у 4 больных с развитием перитонита. У 2 пациентов отмечен некроз низведенной кишки с развитием ретракции. Спаечная кишечная непроходимость отмечена в одном случае. Из терапевтических осложнений у двух пациентов отмечена тромбоз эмболия легочной артерии с летальным исходом. Умерли 4 пациентов. Морфологические исследования показали следующие результаты: аденокарцинома различной степени дифференцировки выявлена у 74; плоскоклеточный рак - у 9; недифференцированный рак - у 7; Cancer in situ - у 8 пациентов.

Выводы. Процент малигнизации, т.е. трансформации НЯК в рак составляет 4,2%, а при болезни Крона - 2,1%.

Чем длительнее анамнез ЯК и неэффективна специальная терапия, тем выше риск трансформации язвенного процесса в рак.

Необходим морфологический мониторинг за состоянием слизистой при ЯК.

Тяжелая дисплазия является абсолютным показанием к оперативному лечению.

*Абдужаппаров С.Б.,
Нишонов Д.А.,
Тен Я.В.,
Исламов Х.Д.,
Хакимов Г.М.*

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНО МНОЖЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ И ДРУГИХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Республиканский онкологический научный центр МЗ РУз

В отделении колопроктологии РОНЦ МЗ РУз под наблюдением находились 172 пациента с первично-множественными злокачественными опухолями толстой кишки и других органов брюшной полости. Мужчин было 90, женщин - 82. Возраст больных составил $57,7 \pm 2,5$ лет. Первично-множественных синхронных опухолей было 62 (36,04%); у 15 пациентов они определены интраоперационно. Первично-множественные метастатические опухоли - 101 (58,7%). Первично-множественные синхронно-метастатические опухоли - 9.

В качестве первичной опухоли рак ободочной киш-

ки отмечено у 69 пациентов; рак прямой кишки - у 42; рак желудка как первичная опухоль выявлен у 7 пациентов. Яичники (9) и шейка матки (5) в качестве первичной опухоли отмечены у 14 больных. Мочевыделительная система (почки и мочевой пузырь) поражена в качестве первичной опухоли у 19 пациентов. Всем больным проведены комбинированные, расширенные операции. Чаще выполняли переднюю резекцию прямой кишки (27,4%).

Результаты и их обсуждение. Учитывая, что у больных одновременно или отсрочено поражались два или более органов или систем, имелись опреде-

ленные различия в предоперационной подготовке, самом оперативном вмешательстве и ведении послеоперационного периода по сравнению с пациентами с одиночными опухолями толстой кишки. При анализе послеоперационных осложнений хирургического профиля у 18 пациентов отмечены различные осложнения. Наиболее опасным была несостоятельность анастомозов (2,3%) на толстой кишке с развитием перитонита. Из терапевтических осложнений ТЭЛА отмечена у 2, острый инфаркт - у 2, ОНМК - у 2 пациентов. Послеоперационная ле-

тальность составила 2,2% - умерли 4 пациента.

Закключение. Особый интерес вызвало морфологическое исследование удаленных препаратов. В качестве первичной опухоли были исследованы 172 препарата. Аденокарцинома составила 68% всех исследованных препаратов. При выявлении первично множественных синхронных опухолей после оперативного лечения мы рекомендуем полихимиотерапию в зависимости от гистологического строения опухоли, распространенности процесса. Рекомендуются универсальные схемы полихимиотерапии.

*Абдурахманов Ш.М.,
Хайдаров А.А.,
Абидов У.У.,
Бафоев З.П.,
Рузиев У.У.*

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

Бухарский филиал РНЦЭМП

В последние годы отмечена тенденция увеличения количества больных механической желтухой. Своевременная диагностика имеет большое значение для определения тактики ведения больных и результатов лечения.

Материалы и методы. С 2010 по 2015 год в Бухарском филиале РНЦЭМП произведены более 1015 эндоскопических ретроградных холангиопанкреатографий (ЭРХПГ). По результатам ЭРХПГ, причинами механической желтухи явились: холедохолитиаз - 767, опухоль большого дуоденального сосочка (БДС) - 36, опухоль головки поджелудочной железы и стриктуры терминального отдела холедоха - 90, опухоль ворот печени и общего желчного протока - 24, прорыв эхинококковой кисты печени в общий желчный проток - 82, гепатикофасциола - 1, паренхиматозная желтуха немеханической природы - 15. По данным биохимического исследования венозной крови, у пациентов отмечалась гипербилирубинемия в пределах от 23,4

до 580,3 мкмоль/л.

Результаты и их обсуждение. На основании ЭРХПГ произведены 936 эндоскопических папиллосфинктеротомий (ЭПСТ) с извлечением хитиновой оболочки у 80 больных (с последующим оперативным лечением). Литоэкстракция выполнена 702 больному (у 27 из них после механической литотрипсии). У 65 из-за парапапилярных дивертикулов и больших размеров камней литоэкстракцию произвести не удалось, больные были оперированы. 85 больным с опухолью головки поджелудочной железы и терминального отдела холедоха выполнено стентирование холедоха.

Таким образом, при отсутствии МРТ-панкреатохолангиографии ЭРХПГ является информативным методом диагностики причины механической желтухой. Широкое применение ЭРХПГ с ЭПСТ в устранении механической желтухи позволяет в дальнейшем проводить оперативное вмешательство в более благоприятных условиях.

*Абидов У.У.,
Хайдаров А.А.,
Абдурахманов Ш.М.,
Бафоев З.П.,
Рузиев У.У.,
Болтаев Н.Р.*

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛИГИРОВАНИЯ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА

Бухарский филиал РНЦЭМП

Эндоскопическое лигирование варикозно расширенных вен пищевода является малотравматичным и малоинвазивным вмешательством, позволяющим значительно снизить летальность и улучшить качество жизни больных циррозом печени, осложненным портальной гипертензией.

До сих пор нет единой программы лечения синдрома портальной гипертензии. Плохая переноси-

мость больными циррозом печени обширных травматичных хирургических вмешательств обусловила необходимость разработки и поиска рационального сочетания малоинвазивных вмешательств. Одним из приоритетных методов является эндоскопическое лигирование варикозно расширенных вен пищевода.

Цель исследования - показать роль эндоскопи-

ческого лигирования (ЭЛ) в лечении и профилактики кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода.

Материал и методы. Наши данные основаны на опыте эндоскопического лечения 156 пациентов с варикозным расширением вен пищевода с 2013 по 2015 год в возрасте от 18 до 83 лет. Мужчин было 91 (58,3%), женщин - 65 (41,7%). У 4 из 156 пациентов причиной портальной гипертензии был тромбоз воротной вены; у 152 - цирроз печени различной этиологии: класс "B" у 85 и класс "C" у 67 пациентов (шкала Child-Pugh).

Эндоскопическое лигирование выполняли больным со II и III степенью расширения варикозных вен пищевода и поступившим в клинику 112 больным с острым массивным пищеводным кровотечением. 44 пациентам из-за плохой визуализации источника кровотечения использовали зонд-обтуратор Блекмора-Сенгстакаена с госпитализацией в отделение реанимации и интенсивной терапии. После относительной стабилизации состояния пациентам проводили отсроченную эндоскопию с лигированием вен с приостановившимся кровотечением и вен, визуально имеющих риск кровотечения.

При варикозном расширении вен ЖКТ и кровотечении возможны различные варианты лечения. Но ни один из них, за исключением эндоскопической терапии, не влияет на уровень смертности.

Эндоскоп с торцевой оптикой и прямым колпачком вводили в дистальный отдел пищевода, выявляли варикозно расширенную вену и аспирировали её в просвет лигирующего устройства. Затем, нажимая на присоединённый к нему проводочный рычаг, на вену надевали латексное кольцо. Процедуру проводили до полной перевязки всех варикозно расширенных вен.

Результаты и их обсуждение. 156 пациентам с варикозным расширением вен пищевода II-III степени выполнены 265 сеансов лигирования. Мы использовали эндоскопические лигаторы фирмы

Wilson Cook Shooter MBL-6 PK и EZY Shoot QF-OVL. Во время одной процедуры по стандартной методике использовали 3-6 лигатур "спиральным" методом наложения в шахматном порядке, начиная с области эзофагокардиального перехода, снизу вверх. Во время лигирования и в раннем послеоперационном периоде осложнений не было.

Рецидив кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода после первого этапа ЭЛ возник у 3 (5,8%) больных в течение 2 месяцев после вмешательства. Это послужило показанием к проведению второго этапа эндоскопического лечения. В 2 случаях (3,9%) отмечены летальные исходы. В первом случае причиной стало прогрессирование печёночной (декомпенсированный цирроз класса C) и полиорганной недостаточности без рецидива кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода. Во втором случае при профузном кровотечении не удалось визуализировать его источник. Установка зонда Блекмора и неоднократные попытки лигирования не позволили добиться временного гемостаза. Госпитальная летальность составила 6,1%.

Заключение. ЭЛ варикозно расширенных вен пищевода вследствие его малоинвазивности и малотравматичности является методом выбора лечения и профилактики пищеводного кровотечения портального генеза. Применение ЭЛ позволило существенно снизить летальность, улучшить качество жизни больных, продлить консервативное лечение основной патологии. Эндоскопическое лигирование применяли пациентам с острым пищеводным кровотечением, по возможности, в момент поступления в приемное отделение. Для больных с плохой визуализацией источника кровотечения считаем целесообразным выполнение эндоскопического лигирования в отсроченном порядке после достижения временного гемостаза с применением зонда-обтуратора Блекмора-Сенгстакаена в более благоприятных условиях для адекватной оценки эндоскопической картины.

*Азимов А.А.,
Маматов К.С.,
Давронов А.У.,
Хотамов И.Э.,
Умирзаков А.Ш.*

ЖИГАР ЭХИНОКОККОЗИДА ЛАПАРОСКОПИК ЭХИНОКОККЭКТОМИЯ

Республика шошилнч тиббий ёрдам илий маркази Навоий филиали

Ҳозирги кунда жигар касалликлари хирургиясида жигар эхинококкози долзарб муаммолардан бири бўлиб қолмоқда. Тиббиётдаги замонавий технологияларни ўзлаштириш кам инвазив амалиётларнинг янги имкониятларини очмоқда.

РШТЁИМ Навоий филиали хирургия бўлимида 2013-2015 йиллар давомида жигар эхинококкози аниқланган 146 нафар бемор даволанган. Эркаклар 53 (36,3%) тани, аёллар 93 (63,7%) тани ташкил қилган. Шаҳар аҳолиси 33 (22,6%)тани,

қишлоқ аҳолиси 113 (77,3%) тани ташкил қилган. Рақамларга назар солидиган бўлсак, эхинококкоз касаллиги кўпроқ қишлоқ аҳолиси орасида кузатилганлигини кўраимиз. Беморларнинг ёши 12-74 ёшни, ўртача ёши 34,8 ёшни ташкил этган, яъни, беморлар ҳаёт фаоллиги юқори бўлган ёшда бўлганлар. Барча беморларга стандарт бўйича текширувлар: умумий кўрик, лаборатор таҳлиллар, УЗИ, КТ текширувлари ўтказилган. Эхинококк кистаси ўлчамлари 5-18 см.га тенг бўлган. 129 (88,3%) на-

фар беморда киста жигарнинг ўнг бўлагиди, 17 (11,7%) та беморда эса жигарнинг чап бўлагиди жойлашганлиги аниқланган. ўтказиладиган хирургик даволашнинг тактикасини аниқлашга индивидуал ёндошилган. Қуйидаги ҳолатларда: ўлчами 10 см дан катта бўлган, жигарнинг VII-VIII сегментларида жойлашган, кўп камерали, қиз пуфакчали, бир вақтнинг ўзида бир нечта ва асоратланган (эхинококк кистасининг ўт йўлларига ёрилиши ва механик сариқлик юзага келиши, киста йиринглаши, кистанинг қорин бўшлиғига ёрилиши ва ҳ.к.) кисталар аниқланганида ҳамда жигарнинг рецидив эхинококкозларида хирургик амалиёт анъанавий усулда бажарилган.

Киста ўлчами 10 см гача бўлганда, асоратланмаган, бир камерали, қиз пуфакчаларисиз, жигарнинг I-II-III-IV-V-VI сегментларида периферик жойлашган кисталарда лапароскопик усулда эхинококкэктомия амалиёти бажарилган. Операцияларнинг иккала усулида ҳам антипаразитарлик қоидаларига амал қилинган. Жигар эхинококкозида анъанавий усулдаги эхинококкэктомия 127 (83,9%) нафар беморда, лапароскопик эхинококкэктомия 19 (13,1%) нафар беморда бажарилган.

Лапароскопик усулдаги эхинококкэктомияда биринчи порт, яъни, киндик пастидаги оптик порт ўрнатилганидан кейин, эндохирургия қоидаларига биноан ҳар бир беморга индивидуал ёндашилган ҳолда ёрдамчи портлар уч ёки баъзи ҳолларда тўрттагача ўрнатилди (1та 10 мм ва 2та ёки 3та 5 мм.ли портлар). Дастлаб киста атрофи салфеткалар ёрдамида чегараланди, киста бўшлиғи пункция

қилинди ва аспиратор ёрдамида суюқлик сўриб олинди. Фиброз капсула очилди ва хитин қобик контейнер ёрдамида олинди. Киста бўшлиғига 3%ли водород перекиси, 5%ли йод, 96%ли спирт билан ишлов берилди. Қолдиқ бўшлиқ полихлорвинил найча билан дренажланди, қолдиқ бўшлиқнинг герметиклиги фиброз капсулани тикиш йўли билан тикланди. Бунда интракорпорал тугундан фойдаланилди, бир вақтнинг ўзида дренаж найи ҳам фиксация қилинди. Қолдиқ бўшлиғидаги дренаждан ташқари назорат учун қорин бўшлиғи ҳам алоҳида дренаж найи билан дренажланди. Қолдиқ бўшлиқдаги дренаж дренаждан ажралма чиқиши давом этгунигача, УТТ маълумотлари бўйича қолдиқ бўшлиқ ўлчами 2 см ва ундан кичик бўлгунигача 2 ойгача бўлган муддатга қолдирилди. Барча беморларга 10-12 мг/кг дозада профилактик химиотерапия (Албезол 400 мг) ўтказилди.

Иккала гуруҳдаги беморларда операциядан кейинги даврда даво муолажалари бир хилда олиб борилди. Жигар эхинококкозида эхинококкэктомия амалиёти анъанавий усулда бажарилган беморларда ўртача ўрин куни 12,3 кунни, эхинококкэктомия амалиёти лапароскопик усулда ўтказилган беморларда ўртача ўрин куни 10,2 кунни ташкил қилди.

Хулоса ўрнида айтиб ўтиш жоизки, жигар эхинококкозини хирургик даволашда лапароскопик эхинококкэктомия амалиёти каминвазивлиги, операциядан кейинги яқин ва узоқ даврда асоратларнинг кам учраши, беморларнинг қисқа муддатларда фаоллашуви, ўртача ўрин-кунларининг қисқа бўлиши кузатиладиган самарали усул ҳисобланади.

Алиев М.М.,
Нарбаев Т.Т.,
Тураева Н.Н.,
Тилавов У.Х.,
Абдукодиров О.А.

МОДИФИКАЦИЯ ОПЕРАЦИИ СТОУН-БЕНСОНА ПРИ НИЗКИХ ФОРМАХ АНОРЕКТАЛЬНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ У ДЕТЕЙ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Проблема хирургической коррекции аноректальных аномалий не теряет актуальности, но до сих пор нет методики, обеспечивающей надежные анатомо-функциональные результаты, социальную адаптацию пациентов, многие из которых остаются тяжелыми инвалидами.

Недостатки операции Н. Stone (1936) в модификации Venson (1949): недостаточный обзор в узкой и глубокой ране половой щели, что затрудняет выделение стенок прямой кишки; рецидивы свищей в половую систему; вторичные эктопии вновь сформированного анального отверстия к преддверию влагалища; формирование туннеля для низведения прямой кишки производится вне сфинктерного аппарата; нарушение асептичности линий шва кишечным содержимым и ретракция выведенной культи прямой кишки с образованием грубых рубцов на промежности.

Материал и методы. Представлен опыт лечения 122 детей с низкими формами аноректальной мальформации в возрасте от 2 месяцев до 14 лет.

105 выполнена промежностная проктопластика, брюшно-промежностная - 17.

Низкая форма аноректальной мальформации в виде атрезии анального отверстия с ректovesибулярным свищом выявлена у 92 пациентов, у 13 - с ректопромежностным свищом. 58 пациентам выполнена операция Стоун-Бенсона, 47 - промежностная проктопластика (ППП) в модификации Клиники (Патент № IAP04799 от 17.12.2013г.)

Результаты и их обсуждение. У пациентов, оперированных по методике Стоун-Бенсона, инфицирование послеоперационной раны в раннем послеоперационном периоде отмечалось в 6 (5,7%) случаях в 3 (2,8%) - смещение неоануса кпереди. Расхождение краев раны - у 5 (4,8%), ретракция

низведенной кишки - у 3 (2,8%) детей. Рецидив свища - у 3 (2,8%) детей.

После ППП в модификации клиники на месте свищевого хода у 4 (3,8%) детей отмечалась местная гиперемия с геморрагическим отделяемым в первые 3-4 дня. После консервативных мероприятий выделения прекратились. Ретракция низведенной кишки у 2 (1,9%) детей, соответственно передняя эктопия ануса у 2 (1,9%) детей. Заживление ран с незначительным расхождением краев у 2 (1,9%) детей. Этому способствовали тщательная подготовка, максимальное очищение кишечника от содержимого перед операцией, рациональная антибактериальная терапия. У всех оперированных зафиксирован хороший косметический эффект.

В результате ППП по Стоун-Бенсону отмечены осложнения в ближайшем послеоперационном периоде у 18,9% детей, после промежностной проктопластики в модификации клиники - в 9,5%. В отдаленные сроки послеоперационного периода отмечены осложнения после проктопластики по Стоун-Бенсону у 22,8% детей, после ППП в модификации клиники - в 12,3% случаев.

Преимущества предложенной нами модифика-

ции ППП перед операцией Стоун-Бенсона состоят в следующем. Сохраняется целостность промежности с ее иннервацией. Это способствует получению хороших косметических и функциональных результатов. В результате ретроградного отделения передней стенки и иссечения свища изнутри на месте свищевого отверстия образуется дефект, соответствующий размеру свища, что предотвращает деформацию и наличие рубца со стороны влагища. Инфицирование раны исключалось отведением каловых масс на расстояние в результате оставления свободно висячей кишечной культи с сохраненной мышечной стенкой и её иссечением после образования бесшовного анастомоза. Сохранение целостности промежности, сфинктера и пуборектальной петли предотвращало смещение вновь сформированного заднего прохода кпереди, к преддверию влагища; исключало риск рецидива свища в половую систему.

Создание адекватно функционирующего запирающего аппарата, предупреждение недержания кала и нормальное восстановление внешнего вида промежности способствует адекватной социальной адаптации детей и улучшению качества их жизни.

*Алиев М.М.,
Нарбаев Т.Т.,
Тураева Н.Н.,
Тилавов У.Х.,
Султанов Х.Х.*

ВЫБОР МЕТОДА КОЛОСТОМИИ ДЛЯ ДЕТЕЙ С АНОРЕКТАЛЬНОЙ МАЛЬФОРМАЦИЕЙ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. На современном этапе развития детской колопроктологии осложнения, связанные с формированием и дальнейшим восстановлением кишечной стенки, показания и противопоказания к наложению кишечной стомы вызывают разногласия.

В специальной литературе можно встретить разные суждения об уровне наложения колостомы. Одни авторы рекомендуют выбирать для этой цели сигмовидную кишку, другие предпочитают поперечную ободочную, третьи - слепую и восходящую. Этот вопрос нельзя решить однозначно. Прежде всего, колостома должна соответствовать основной идее лечения, не создавать трудности при последующих операциях.

Наложение колостомы в области сигмовидной кишки усложняет последующую операцию. Вместе с тем приходится учитывать срок функционирования колостомы, т.к. длительное отключение протяженного здорового участка кишки после формирования колостомы на начальных отрезках толстой кишки нежелательно, так как развивается синдром "отключенной" кишки.

Всегда имеется соблазн скорректировать аноректальные аномалии без защитной колостомы. Но осложнения, связанные как непосредственно с колостомой, так и с формированием и в дальнейшем

её закрытием создают серьёзную угрозу для нормального функционирования кишки и сфинктерного аппарата анального отверстия.

Цель - выбрать метод колостомии для детей с аноректальной мальформацией.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 122 детей в возрасте от 2 месяцев до 12 лет, поступивших в отделение плановой хирургии клиники ТашПМИ с различными видами аноректальной мальформации.

Результаты и их обсуждение. Бессвищевые формы аноректальной мальформации выявлены у 29 детей, из них с низкой формой - у 12; у 17 - высокая форма атрезии кишки. Свищевые формы обнаружены у 89 пациентов, из них с ректовестибулярным свищом - 54, ректовагинальным - 13, ректоуретральным - 5 и ректовезикальным соустьем - 7 детей. Особую группу составили 4 детей с клоакальной формой порока.

84 ребенка оперированы без предварительного стомирования кишки: 74 проведена промежностная коррекция аноректального порока; 10 - брюшно-промежностная проктопластика. 38 пациентам до радикальной операции предварительно сформирована стома.

При атрезии анального отверстия и прямой

кишки, высоких свищевых формах с соустьем в мочевого пузыря и уретру у 10 мальчиков и ректовагинальным свищем у 6 девочек и в 2 случаях с клоакальной формой сформирована колостома.

2 детям сформирована петлевая колостома, 16 - одноствольная концевая сигмостома. У 3 пациентов, ранее лечившихся по месту жительства, высокая форма порока расценена низкой и предпринята попытка промежностного низведения кишки. В дальнейшем это привело к обнаружению у двух пациентов соустья с мочевым пузырем и уретрой с развитием ретракции низведенной кишки и явлением метаболического ацидоза, пиелонефрита и цистита.

При повторных обращениях оперированных детей с ретракцией низведенной кишки, грубыми рубцовыми изменениями запирающего аппарата прямой кишки, рецидивом заболевания, образованием полных параректальных свищей всегда первым этапом повторного корригирующего хирургического лечения было наложение колостомы.

При анализе преимуществ любого вида наложения колостомы хотелось бы отметить, что зачас-

тую колостому является единственным выходом для создания условий опорожнения кишки на фоне явлений кишечной непроходимости. Удаётся работать без инфицирования операционных ран, что предотвращает развитие послеоперационных осложнений в виде ретракции, пролапса слизистой прямой кишки, стеноза анального отверстия и явления инконтиненции.

Таким образом, все высокие и клоакальные формы порока требуют предварительного формирования "защитной" колостомии.

Повторные корригирующие операции во всех случаях возникновения осложнений следует производить только под прикрытием колостомии.

Предпочтительно формирование одноствольной концевой колостомы (сигмостомы).

Колостому необходимо выводить через отдельное "окно" вне операционного разреза.

Соблюдение указанных правил формирования колостомы с образованием "гармошки" путем гофрирования кишки предотвратило осложнения в виде эвагинации и синдрома "отключенной кишки".

*Алиев М.М.,
Тилавов У.Х.,
Арифжанов Н.С.,
Норбаев Т.Т.,
Абдукадиров О.А.*

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТОЖОГОВЫХ СТРИКТУР ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Послеожоговые рубцовые стриктуры являются самой частой патологией пищевода и составляют около 70% его доброкачественных стенозов. Они развиваются у 33-74% больных, перенесших химический ожог пищевода.

Рубцовые сужения пищевода в результате химических ожогов относятся к числу тяжелых осложнений, которые приводят к значительным нарушениям гомеостаза: расстройствам водно-электролитного, жирового, белкового, витаминного и других балансов и нередко заканчиваются алиментарной дистрофией.

Цель - оптимизировать тактику лечения детей с постожоговыми стриктурами пищевода.

Материал и методы: В хирургическом отделении клиники ТашПМИ с 2010 по 2016 год находились на лечение 47 детей в возрасте от 1 года до 13 лет с рубцовыми стриктурами пищевода после химического ожога. В 8 случаях ожог пищевода был вызван кислотами, в 27 - щелочами, в 12 случаях - неизвестными химическими веществами.

Результаты и их обсуждение. Больные поступали в тяжелом состоянии, со значительным нарушением проходимости пищевода (стеноз III-V ст.), нарушениями белкового и водно-электролитного баланса. Для определения протяженности стриктуры пищевода были использованы эндоскопические и рентгенологические (контрастная МСКТ) методы исследования. Чаще выявлялись трубчатые стриктуры с выражен-

ным супрастенотическим расширением, множественные извитые сужения. В 3 случаях наблюдалась непроходимость V степени, которая не поддавалась бужированию в течение 1 года, что послужило показанием к пластике пищевода. 36 больным со стриктурой пищевода III-IV степени после формирования гастростомы проводили ретроградное бужирование. Наш опыт показал, именно этот способ бужирования имеет значительное преимущество перед антеградным. У 6 больных с III-IV степенями сужения пищевода преобладали стриктуры на протяжении со значительным супрастенотическим расширением, что затрудняло антеградное проведение бужа. Бужирование начинали через 5 дней после наложения гастростомы. Осложнений, связанных с ретроградным бужированием, не было. У 8 больных не удалось восстановить проходимость пищевода указанным способом. Этим больным выполнено стентирование пищевода. Отмечены хорошие и удовлетворительные результаты.

Заключение. Консервативное лечение рубцовых стриктур пищевода после химического ожога является методом выбора. Основным методом лечения послеожоговых рубцовых стриктур пищевода является бужирование, которое позволяет добиться хороших результатов у 80-90% пациентов. Оперативное и внутриспросветное стентирование показано больным с V степенью стриктуры пищевода и при стенозах III-IV степени в случаях безуспешности длительного (6-8 мес.) бужирования.

Алимов М.М.,
Садыков Р.А.,
Исмаилов Б.А.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИМПЛАНТАТА "ГЕПРОЦЕЛ" ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ РАЗЛИЧНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЕЧЕНИ

АО "Республиканский специализированный центр хирургии
имени академика В.Вахидова"

Цель исследования - разработать протокол применения нового гемостатического имплантата Гепроцел при различных повреждениях печени.

Материалы и методы. Исследования проведены с использованием нового гемостатического имплантата Гепроцел, полученного из производных целлюлозы (Патент РУз FAP 2015 0054 от 24.04.2015г.). Используются пленочная (5x5 см) и порошковая формы (100 мг) Гепроцел.

Экспериментальные исследования проведены на 10 беспородных собаках весом 7-8 кг, содержащихся в условиях вивария в соответствии с требованиями ГОСТ ISO 10993-11-2011. Применены 2 модели повреждений печени:

- с капиллярно-паренхиматозным кровотечением - путем повреждения поверхности левой доли печени абразивным материалом размером 3x3 см и глубиной 0,5 см (5 животных);

- смешанным кровотечением - путем атипичной краевой резекции левой доли печени (5 животных).

Операции выполняли под общим обезболиванием с мониторингом основных жизненных функций и послеоперационным обезболиванием. За животными проводили динамическое наблюдение. Исследованы общие и биохимические анализы крови, коагулограмма. Заживление раны печени оценивали путем взятия биопсийного материала через 7, 14 суток после операции. Ткань печени фиксировали в 10-12% растворе формалина на фосфатном буфере. Парафиновые срезы окрашивали гематоксилин-эозином. Просматривали под светооптическим увеличением x 72.

Результаты и их обсуждение. При капиллярном кровотечении из раны печени применение пленки Гепроцел приводило к моментальной остановке кровотечения вследствие ее адгезии. В течение 10 минут рецидив кровотечения не отмечен ни в од-

ном случае. При смешанном кровотечении паренхимы печени гемостаз осуществляли поэтапно. Сначала на рану наносили порошок Гепроцела, который останавливал кровотечение в течение 1,5-2 минут, затем устанавливали пленку Гепроцел. Рецидивов кровотечения также не было выявлено. Послеоперационный период у всех животных протекал без осложнений, летальных исходов не было. Повторное вхождение в брюшную полость не выявило признаков выраженного спаечного процесса.

Показатели коагулограммы, общего анализа и биохимии крови существенно не отличались. При микроскопическом исследовании через 7 суток после применения вокруг Гепроцела формируется соединительнотканная капсула. Имплантант обильно инфильтрируется нейтрофильными лейкоцитами, он теряет четкость, уменьшается в размерах, что свидетельствует о начале рассасывания покрытия. На 14 сутки наблюдается лизис Гепроцела. Нейтрофильная реакция не выражена, фрагменты гемостатика не определяются. В отдаленные сроки исследования наблюдаются регенераторные процессы в паренхиме печени, особенно в зоне повреждения, что свидетельствует о восстановлении ткани печени после применения предлагаемого гемостатического имплантата. Эксперименты показали, что полное рассасывание гемостатической пленки происходит на 10-14 сутки.

Выводы. Результаты проведенных испытаний на модели повреждения печени на беспородных собаках показали, что гемостатический имплантант Гепроцел дает стойкий гемостатический эффект. При капиллярно-паренхиматозном кровотечении из печени наиболее эффективно применение пленочной формы Гепроцела. После атипичной резекции, когда наблюдается смешанное кровотечение, целесообразно комбинировать порошковую и пленочную формы имплантата Гепроцел.

Асадуллаев Д.Р.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА РУБЦОВЫХ СУЖЕНИЙ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Стенозы пищевода известны с давних времен, а история их лечения бужированием чрезвычайно увлекательна. Дилатация циркулярных стриктур обычно направлена на то, чтобы разорвать рубцовую ткань. Применяемые в настоящее время методы дилатации очень разнообразны. Это, прежде всего, проведение струны, по которой вводятся расширители Tucker.

Используются также бужи Hurst с ртутным наполнителем, нити и проводники, расширители Savary с проволочным проводником и, наконец, наиболее современные баллонные расширители.

Материал и методы. В отделении неотложной хирургии детского возраста РНЦЭМП с 2005 по 2016 год на стационарном лечении находились 32

ребенка в возрасте от 1 месяца до 12 лет со стриктурами пищевода различного генеза. Причинами стриктур у 15 (46,8%) больных явились химические ожоги кислотой; у 9 (28,1%) стриктура возникла в зоне пищеводно-пищеводного анастомоза (дети ранее оперированы по поводу атрезии пищевода (3), термического ожога (2), ожога пищевода и врожденного трахеопищеводного свища (2), после удаления инородного тела из пищевода (1).

Мы придерживаемся методики бужирования по струне-проводнику.

Результаты и их обсуждение. В процессе лечения просвет в зоне сужения удалось расширить у 29 (90,6%) больных. Неудовлетворительный результат был у 1 (3,8%) больного с рубцовым сужением пищевода, возникшим после удаления инородного тела. У ребенка имели место частые рес-

тенозы, он был неоднократно бужирован в течение одного года с кратковременным эффектом.

Оперативное вмешательство выполнено 3 больным. Показанием к оперативному вмешательству в 2 случаях (6,2%) была рубцовая стриктура пищевода протяженностью более 3 см.

Наш опыт показывает, что рубцовый стеноз пищевода независимо от этиологии, локализации, степени выраженности и протяженности может являться показанием к бужированию. Выраженный стеноз, высокая локализация верхнего края рубцового поражения, эксцентричное расположение входа в стриктуру, деформация супростенотического отдела могут быть причиной затруднения или невозможности проведения направляющей струны под рентгенологическим контролем. В таких случаях считаем целесообразным эндоскопическое проведение струны.

Асланов З.А.,
Баймаков С.Р.,
Болтаев Ш.Ш.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ТРАДИЦИОННОГО И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО АДГЕЗИОЛИЗИСА ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Ташкентская медицинская академия

Одним из частых послеоперационных осложнений в абдоминальной хирургии является спайкообразование. Спаечный процесс обнаруживается у 70-93% больных, перенесших полостные операции, а при гинекологических вмешательствах - у 97% больных. Значимость спаечной болезни брюшины растет в связи с постоянным увеличением числа и объема операций на органах брюшной полости. Частота рецидива болезни достигает 60-70%, а острая спаечная кишечная непроходимость (ОСКН) занимает первое место среди других форм непроходимости кишечника. В последние 10 лет активно внедряются малоинвазивные технологии в хирургическое лечение ОСКН. Мы поставили цель оценить в сравнительном аспекте результаты традиционного и лапароскопического адгезиолизиса у больных с ОСКН.

Изучены результаты обследования и лечения 126 больных (59 мужчин и 67 женщин), получавших лечение в хирургическом отделении 3 клиники Ташкентской медицинской академии по поводу ОСКН с 2010 по 2015 год. Возраст пациентов составил от 20 до 68 лет. Средний возраст - 35,1±7,5 года. В результате проведенных мероприятий у 82 пациентов приступ ОСКН был купирован консервативным путем. Данным пациентам была предложена диагностическая лапароскопия (ДЛ) с последующим лапароскопическим адгезиолизисом (ЛА) в плановом порядке. Из них только 6 пациентов дали согласие на плановый ЛА. Остальным 44 больным выполнены оперативные вмешательства в срочном порядке. В зависимости от оперативного вмешательства больные были распределены на три группы. Первую группу составили 27 пациентов (54%), которым из-за неэффективности

консервативной терапии была выполнена традиционная лапаротомия и традиционный адгезиолизис с назогастроинтестинальной интубацией тонкого кишечника. У этих больных либо имелись противопоказания к диагностической лапароскопии (ожирение 3-4 степени, старческий возраст, тяжёлые сопутствующие заболевания), либо они сами отказались от ДЛ с последующим ЛА. В 23 случаях произведена диагностическая лапароскопия с последующим ЛА, конверсия в лапаротомию выполнены 4 (8%) пациентам, у которых при диагностической лапароскопии был выявлен выраженный спаечный процесс IV степени. При этом обнаружить и устранить непроходимость лапароскопическим методом не представлялось возможным, вследствие чего осуществляли конверсию. 13 пациентов (26%) составили вторую группу, которым после УЗИ и выявления акустических окон в передней брюшной стенке была выполнена ДА с последующим ЛА. Плановый малоинвазивный адгезиолизис больным третьей группы (n=6) (12%) выполнили через 7-10 дней после купирования непроходимости кишечника.

Результаты наших исследований показали, что из 50 оперированных больных при обзорной рентгенограмме брюшной полости у 42 (84%) обнаружены чаши Клойбера, у 33 (66%) - вздутие тонкой кишки, у 17 (34%) - поперечная исчерченность (симптом периостости), у 39 (78%) - сглаженность складок. У 37 (74%) больных при ультразвуковом исследовании верифицировали "акустические окна" на передней брюшной стенке и ВПС полых органов. Ценность ультразвуковой локализации ВПС, оценки состояния моторной функции

кишечника, наличия свободной жидкости в брюшной полости превышала рентгенологическую. Из 31 больного, оперированного по поводу ОСКН лапаротомным доступом, умерших не было. Релапаротомия произведена в одном (3,2%) случае в связи с тяжелым состоянием при поступлении и прогрессированием послеоперационного перитонита вследствие несостоятельности швов после ушивания дефекта тонкого кишечника. Послеоперационный период осложнился гнойно-воспалительными осложнениями со стороны раны в 5 (16,1%) случаях, характеризовался более тяжелым течением, поздним восстановлением функции кишечника. Результаты ЭГЭГ показали, что среднее время восстановления функции кишечника после операции составляло $3,8 \pm 1,4$ дня, а длительность послеоперационного лечения - $10,1 \pm 1,2$ дня.

Анализ непосредственных результатов ЛА показал, что ввиду ранней диагностики ОСКН, сво-

временного выполнения оперативных вмешательств по показаниям непосредственные результаты в значительной степени были хорошими. По результатам ЭГЭГ среднее время восстановления функции кишечника после ЛА составляло $1,8 \pm 1,7$ дня, а длительность послеоперационного лечения - $3,1 \pm 1,3$ дня. Послеоперационные осложнения в виде гнойно-воспалительных процессов в области раны отмечались в 2 (10,5%) случаях, летальных исходов не было. Значительно более легкое течение послеоперационного периода, быстрое восстановление функции кишечника, ранняя активация больных и меньшая длительность пребывания в стационаре являются важными преимуществами ЛА. При этом определение критериев отбора пациентов для ЛА является важным моментом. Таким образом, ЛА способствует быстрой реабилитации больных с ОСКН, снижает риск развития повторных спаек органов брюшной полости.

*Асраров А.А.,
Хакимов М.Ш.,
Беркинов У.Б.,
Маткулиев У.И.*

ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Ташкентская медицинская академия

Диагностическая лапароскопия - наиболее эффективный метод в диагностике ургентной патологии, обладает малой травматичностью и высокой информативностью. В большинстве случаев удается точно верифицировать диагноз, что позволяет определить последующую тактику хирурга.

С 2011 по 2016 год в отделение экстренной хирургии 2 клиники Ташкентской медицинской академии выполнены 254 диагностические лапароскопии больным с подозрением на острую хирургическую патологию органов брюшной полости.

В 108 наблюдениях острая хирургическая патология не выявлена. В 48 случаях обнаружены гинекологические заболевания, требующие неотложного оперативного вмешательства; в 42 - патологии со стороны органов брюшной полости не найдены; в 18 случаях выявлены хронические заболевания органов брюшной полости (болезни печени, желудка, двенадцатиперстной кишки).

В 146 наблюдениях выявлена острая хирургическая патология, которая потребовала выполнения различных оперативных вмешательств. В 85 случаях диагностирован острый аппендицит (75 пациентам выполнена лапароскопическая аппендэктомия, 10 -

традиционная операция). У 10 больных выявлен деструктивный холецистит (4 пациентам произведена лапароскопическая холецистэктомия, 6 - открытая холецистэктомия). В 36 наблюдениях диагностирована перфорация язвы двенадцатиперстной кишки (в 26 случаях произведено лапароскопическое ушивание перфоративной язвы, в 5 - открытое ушивание, в 2 - ваготомия с дренирующей желудок операцией, в 3 - резекция желудка); у 12 больных диагностирован панкреонекроз (в 10 наблюдениях произведено лапароскопическое дренирование брюшной полости, в 2 случаях - операция открытым способом); в 3 случаях при лапароскопии обнаружен серозно-геморрагический выпот в брюшной полости, что потребовало выполнения лапаротомии; у 2 пациентов выявлена болезнь Крона (произведено дренирование брюшной полости); в 1 наблюдении - инвагинация тонкого кишечника (выполнена дезинвагинация).

Исследования показали, что диагностическая лапароскопия в ургентной хирургии способствует точной диагностике острой хирургической патологии органов брюшной полости, уменьшению частоты необоснованных лапаротомий и риска неоправданного расширения объема операции.

*Атаджанов Ш.К.,
Бекчанов Х.Н.,
Бабажанов А.У.*

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Хорезмский филиал РНЦЭМП

Улучшение качества жизни и питания населения в последние десятилетия способствует значительному увеличению частоты деструктивных форм острого панкреатита. Наиболее частыми этиологическими факторами острого панкреатита в нашем регионе являются желчекаменная болезнь и прием алкоголя. Сегодня лечение больных с деструктивными формами острого панкреатита представляет собой актуальную проблему из-за высокой летальности.

Цель исследования - улучшить результаты хирургического лечения больных с деструктивным панкреатитом с помощью видеолапароскопических вмешательств.

Материалы и методы. С 2012 по 2015 год в отделении экстренной хирургии Хорезмского филиала РНЦЭМП находились 117 пациентов с диагнозом острый панкреатит. Мужчин было 51 (46%), женщин - 66 (54%). Причиной острого панкреатита у 46 пациентов был прием алкоголя, у 71 - билиарная патология. Тяжесть состояния оценивали по шкале Ranson и Glasgow. 70 (59,8%) пациентам проведена комплексная терапия, которая способствовала их выздоровлению. У 47 (40,1%) больных диагностирован панкреонекроз: у 36 (30,7%) - асептический, у 11 (9,4%) - септический. 38 больным выполнена лапароскопическая операция (хиолецистэктомия, дренирование холедоха по Пиковскому, дренирование сальниковой сумки, боковых каналов и малого таза). 9 больным выполнены открытые (лапаротомные) операции.

В зависимости от вида операций больные разде-

лены на две группы. Первую группу составили больные, оперированные видеолапароскопическим способом. Вторую группу - лапаротомным доступом.

Двое больных первой группы оперированы повторно открытым способом из-за продолжающегося панкреонекроза с развитием гнойно-септических осложнений, в одном случае с летальным исходом.

Во второй группе было 6 летальных исходов. Причинами, которых были прогрессирование гнойно-некротических процессов и инфицирование антибиотикорезистентными штаммами внутрибольничной инфекции. Видеолапароскопические операции значительно снижают риск инфицирования, количество гнойно-септических осложнений и летальность. Лапароскопическая санация и дренирование желчных путей и брюшной полости улучшают состояние больных в послеоперационном периоде. Доказательством этого является улучшение показателей лабораторно-инструментальных данных и положительная динамика клинических проявлений. Наш опыт показывает, что лапароскопические вмешательства являются перспективным направлением при панкреонекрозе и позволяют адекватно дренировать брюшную полость, и желчные пути, уменьшить риск послеоперационного инфицирования и гнойно-септических осложнений.

Заключение. Видеолапароскопические вмешательства с комплексной интенсивной терапией способствуют снижению частоты гнойных осложнений и летальности при деструктивных формах острого панкреатита.

*Атаджанов Ш.К.,
Бекчанов Х.Н.,
Садуллаев У.О.,
Абдуллаев Г.С.*

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ ПИЩЕВОДА

Хорезмский филиал РНЦЭМП

Травма пищевода является тяжелой патологией, сопровождается быстрым развитием воспаления параэзофагеальной клетчатки с последующим гнойным медиастинитом. До настоящего времени проблема лечения больных с инородными телами пищевода не утратила своей актуальности. Летальность при данной патологии удваивается с удвоением времени от момента травмы. Если операция проводится до 6 часов, летальность - 12-14,5%; через 2 часа - 24-28%; через сутки - 48-56%.

Цель исследования - проанализировать собственные данные и улучшить результаты лечения больных с травмами пищевода.

Материал и методы. Проанализирован опыт лечения 168 больных с различными инородными телами пищевода в Хорезмском филиале РНЦЭМП в 2012-2016 г. Мужчин было 92, женщин - 76. У 159 (94,6%) пациентов инородные тела без проникающих повреждений пищевода удалены эндоскопи-

ческим методом. У 9 (5,4%) пациентов отмечались осложнения повреждения проникающего характера через все слои. По уровню повреждения травма пищевода в шейном отделе диагностирована у 5, в грудном - у 3, абдоминальном - у 1 пациента.

Основные методы обследования: сбор анамнеза, общеклинические данные, эзофагоскопия, эзофагография, рентгенография органов грудной клетки и средостения, УЗИ органов грудной клетки и брюшной полости.

Подозрения или наличие инородного тела пищевода служило основанием к экстренному эндоскопическому исследованию, которое с диагностической и лечебной целью проводили всем пациентам. Целью диагностической эндоскопии было определить характер инородного тела, его локализацию, степень фиксации и возможность удаления. Диагностическую и лечебную эндоскопию выполняли в оборудованном кабинете под местной ане-

стезией глотки 2% раствором лидокаина или в операционной под эндотрахеальным наркозом с применением миорелексантов. Показанием к общей анестезии были инородное тело, плотно фиксированное к стенке пищевода; множественные инородные тела сложной конфигурации; обтурация просвета пищевода с длительным нахождением инородного тела. Инородные тела удалены биопсийными щипцами, петлями, а также корзинкой типа Dormia. Особые трудности встречаются при удалении умышленно проглоченных инородных тел, связанных в виде "креста", их удаляли после пересечения диатермоэлектродом резинки или нити, связывающей куски проволоки. После удаления инородного тела всем пациентам выполняли контрольную эндоскопию и рентгеноконтрастное исследование пищевода.

У 7 из 9 больных причиной повреждения было непосредственно инородное тело. 2 пациентам проведена эндоскопическая манипуляция для извлечения инородного тела, фиксированного к стенке пищевода. С целью установления локализации инородного тела и выявления повреждения им стенки пищевода выполняли рентгенологическое исследование с водорастворимым контрастом.

Результаты и их обсуждение. 3 пациента с проникающим повреждением пищевода с ограниченным затеком контраста отказались от оперативно-

го лечения. Им проводили мощную антибактериальную терапию, прием пищи заменили параэнтеральным и зондовым кормлением. 1 пациент умер от продолжающегося медиастенита, сепсиса и полиорганной недостаточности.

С повреждением всех стенок пищевода были оперированы 7 больных; у 4 из них использован чресшейный доступ - левосторонняя колитомия, ушивание дефекта пищевода с дренированием парапищеводной клетчатки по Разумовскому; 2 - чресплевральный - правосторонняя боковая торакотомия, удаление инородного тела, ушивание дефекта с дополнительной укреплением медиастинальной плевры с дренированием парапищеводной клетчатки и плевральной полости и наложение гастростомы; 1 - чресбрюшинный - верхне-срединная лапаротомия, диафрагмотомия по Савиных, ушивание дефекта пищевода с дополнительным укреплением фундопликационной манжеткой по Дору, наложение гастростомы.

В послеоперационном периоде у 2 больных возникло нагноение послеоперационной раны. Других осложнений не было. Все больные выписаны в удовлетворительном состоянии.

Вывод. Основным методом удаления инородного тела из пищевода является эндоскопический, при сквозных повреждениях необходима активная хирургическая тактика.

*Атажанов У.Ж.,
Дўсчанов Б.А.,
Жуманазарова Г.У.*

ҚОРИН БЎШЛИГИДАГИ ХИРУРГИК КАСАЛЛИКЛАРИДА ҲАРАКАТ ФАОЛЛИГИНИНГ АҲАМИЯТИ

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Ҳаракат натижасида одамнинг турли аъзо ва тузилмаларининг фаолияти меъёрлашади, бузилган фаолиятлари эса тикланади, ақлий ва жисмоний меҳнатга бўлган фаоллиги ошади. Ҳар қандай ёшдаги одам учун ҳаракат тўлақонли ҳаёт ва фаолият кўрсаткичидир. Ҳаракат натижасида қувват сарфи ошади, тўқималарнинг қон, кислород ва озик моддалар билан таъминланиши яхшиланади. Юрак мускуллари толаларининг тузилиши мустақамланади, организмни идора этувчи гормонлар ва нерв системасининг иши фаоллашади. Ҳаракат ва жисмоний машқлар суяклар тузилмасини мустақамлайди, мушак кучини ошириб, уларнинг бир хил шаклини сақлайди. Гўдаклар ва мактаб ёшидаги болалар учун ҳаракатнинг аҳамияти жуда катта бўлиб, у бола организмнинг шаклланишига, таянч-ҳаракат аппарати, юрак-томир тизими, эндокрин ва организмдаги бошқа системаларнинг ривожига яхши таъсир қилади.

Ҳаракат фаоллиги мускуллар билан скелетни ривожлантиради, қадди-қоматни расо қилади, алмашинув жараёнлари, қон айланиши ва нафаснинг идора этилишини такомиллаштиради, юрак-томир системасининг ривожланишини белгилаб беради.

Кундалик турмушда ҳар куни эрталаб бадан тарбия билан шуғулланиш, ишлаб чиқариш гимнастикасини қанда қилмаслик, спорт билан шуғулланиш, жисмоний меҳнат қилиш, кўпроқ пиёда юриш зарур. Бунда жисмоний тарбиянинг аҳамияти жуда муҳим бўлиб, киши ҳар жиҳатдан интизомли бўлади, кучлилиқ, чаққонлик, иродалилиқни ўзида шакллантиради. Жисмоний тарбия машғулотлари жуда хилма-хил бўлиб, гимнастика, юриш, сузиш, велосипед ҳайдаш, турли спорт ўйинлари, аэробика, чанги, терренкур, тренажёрлар ва бошқаларни ўз ичига олади.

Агар инсон ҳаракат қилмайдиган, жисмоний машқларнинг ҳеч қандай тури билан шуғулланмайдиган бўлса гиподинамия ҳолати келиб чиқади. Бу ҳолатда эса организмда турли хилдаги касалликларнинг келиб чиқиши учун шароит туғилади.

Гиподинамия (юнонча - *hypo* - кам, *past* ва *dynamis* - куч) мушакларнинг етарли ишламаслиги, қисқариш кучининг камайиб кетиши бўлиб, одатда доимо ўтириб ишлаш, пиёда юрмаслик, кам ҳаракат қилиш, умуман, мушакларга тушадиган оғирликнинг камайиб қолиши туфайли келиб чиқадиган гипокинезия, яъни, одам ҳаракат фаоллигининг камайиб кетиши билан бирга давом этади. Одам

узоқ вақт давомида касал бўлиб ётганида ҳам унда гиподинамия кузатилади.

Ҳаракат фаоллиги кескин сусаядиган бўлса, суюқларнинг тузилиши ҳам ўзгаради. Мушаклар атрофияга учраши туфайли ёғ тўқимаси кўпаяди, алмашинув жараёнлари издан чиқиб, марказий нерв системасининг ҳолати ўзгаради, одам тез толиқади. Юрак томир системаси фаолиятида ҳам ўзгаришлар кузатилади. Юрак қисқаришларининг кучи камаяди, қон томирларининг ҳолати ёмонлашади, бу аввалига одам тез юрганида хансираб қолиши, юрак уриши тезлигининг ошиши, жисмоний иш билан

шуғулланганида юрак соҳасида оғриқ юзага келиши билан ифодаланadi, кейинчалик эса, атеросклероз, гипертония касаллигини келтириб чиқаради.

Кам ҳаракат қилиш, кўп ўтириш натижасида мускуллар эрта қувватсизланиб, бўшашиб қолади, кишининг қадди букилиб, физиологик қариш жараёни тезлашади.

Хулоса қилиб айтадиган бўлсак, инсон, айниқса ёшлар, доимий ва узлуксиз равишда жисмоний машқлар билан шуғулланиши лозим. Шундагина организм соғлом ва бақувват бўлиб ўсиб бир қанча касалликларнинг олди олинган бўлади.

*Атажанов У.Ж.,
Жуманазарова Г.У.*

АБДОМИНАЛ ХИРУРГИК КАСАЛЛИКЛАРИДА АЙРИМ АЪЗО ВА ТЎҚИМАЛАРДА КУЗАТИЛАДИГАН ЎЗГАРИШЛАР

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Овқат ҳазм қилиш тизими аъзолари касалликларининг муаммолари тиббиётдаги энг долзарб муаммолардан бири бўлиб, ушбу муаммо ҳозирги кунда ҳам олимлар эътиборидан четда қолмаяпти. Овқат ҳазм қилиш тизими касалликлари организмнинг бошқа тизимларида ҳам органик ўзгаришлар билан намоеън бўлувчи оғир асоратлар келтириб чиқариши мумкин. Касалликнинг кенг тарқалиши сабаблари, патогенези, даволаш усуллари ҳақида анчагина назарий ва амалий маълумотлар бўлишига қарамай айни пайтда қарама-қарши фикрлар ҳам мавжуд.

Ўтган даврларда ҳам, ҳозирги вақтда ҳам касалликнинг келиб чиқиши омиллари борасида мунозарали қарашлар мавжуд. Жумладан, модда алмашинувларининг бузилиши, экологик муҳитнинг издан чиқиши ва айрим сабаблар натижасида ичимлик суви таркибининг, ҳамда овқатланиш тарзининг бузилиши туфайли организм учун зарур бўлган озиқ моддаларининг етишмаслиги, қишлоқ хўжалик маҳсулотларида зарарли химикатлар миқдорининг меъеридан кўп бўлиши каби омилларга эътибор қаратилмоқда. Кўпчилик беморларнинг касалликдан тўлиқ фориг бўлиб кетмасликлари, касалликнинг тез-тез қайталаниши ҳамда патологик жараёнларнинг чуқурлашиб, оғир буйрак етишмовчилигига олиб келиши каби муаммоларнинг мавжудлиги касаллик ва унинг асоратларини даволашнинг мукамал усуллари яратишни тақозо қилади. Беморларда буйрак ва овқат ҳазм қилиш тизими аъзолари ўртасидаги ўзаро боғлиқлик бошқарувининг бузилиши масалаларига ҳам катта илмий ва амалий

аҳамият берилмоқда. Бу икки аъзо метаболик ва эндокрин аъзолар бўлиб, секретор вазифаларини ҳам ўтайдилар. Ошқозон метаболизм жараёнининг бош томонида турса, буйрак бу ўзгаришлар занжирининг охирида туриб, организм учун керак бўлмаган ва парчаланиб ниҳоясига етган моддаларни сийдик билан ташқарига чиқариб ташлайди.

Кейинги йиллар ичида олиб борилган тадқиқотлар буйрак ва ошқозон ўртасида морфологик ўхшашликлар, чуқур функционал метаболик боғланишлар борлигини кўрсатади.

Айрим клиник изланишлар натижалари буйрак тош касаллигида сурункали диализ ўтказилганида ошқозон ва ичакда яллиғланиш жараёнининг кузатилиши буйрак ва ошқозон ўртасидаги функционал боғланишларнинг тамомила янги патогенетик босқичидан далолат беради. Бироқ, овқат ҳазм қилиш тизимида, айниқса, ошқозонда учрайдиган морфофункционал ўзгаришлар ва уларнинг сабаблари ҳалигача ўрганилмоқда.

Шу жиҳатдан олганда, бу касалликда юзага келадиган ўзгаришларни ўрганиш, таҳлил этиш ва самарали даволаш усуллари қўллашни тадбиқ қилиш ҳозирги кунда айнан мақсадга мувофиқдир. Айниқса, касалликни даволаш жараёнида ушбу аъзолар ўртасидаги ўзаро боғлиқликни инобатга олган ҳолда уларнинг тўқималаридаги хужайра мембраналарининг мўътадил таркибини тиклаш масалалари ҳозирги тиббиётнинг долзарб муаммолари бўлиб ҳисобланади ва бунга етарлича эътибор қаратилмоқда.

*Ахмедов Р.М.,
Муаззамов Б.Б.,
Шарипова Ш.У.,
Хикматов Ж.С.*

МНОЖЕСТВЕННЫЙ И СОЧЕТАННЫЙ ЭХИНОКОККОЗ КАК ПРИЧИНА РЕЦИДИВОВ

Бухарский государственный медицинский институт

Введение. Заболеваемость эхинококкозом в Средней Азии, в том числе и в Республике Узбекистан, достигает высоких цифр несмотря на проводимые лечебно-диагностические мероприятия и не имеет тенденции к снижению. Большое число операций по поводу эхинококкоза внутренних органов человека проводится при множественных и сочетанных вариациях, что нередко является причиной рецидива заболевания, приводит к резидуальным и рецидивным их формам.

Цель работы - оценить роль и место множественного и сочетанного эхинококкоза в возникновении рецидивов заболевания.

Материал и методы. С 2001 по 20012 год нами обследованы 65 больных с солитарным, множественным и сочетанным эхинококкозом; у 8 из них диагностирован множественный рецидивный эхинококкоз. Солитарный эхинококкоз имел место у 19 пациентов. Изолированное поражение печени двумя и более кистами различного диаметра наблюдалось у 18 больных, причем в основном в стадии живого паразита. 15 пациентов госпитализированы с сочетанным поражением печени и легких, при которых количество паразитарных кист составляло 3-4, максимально - 12. Остальные 5 больных были с сочетанно-множественным эхинококкозом печени, легких и других органов брюшной полости.

Результаты и их обсуждение. Результаты наших

наблюдений показали, что у большинства пациентов отмечались рецидивы заболевания, трактуемые как истинный и резидуальный эхинококкоз. Общее число рецидивного эхинококкоза, который отмечался в сроки от 1,5-2 до 4 лет, составляло 18 человек (32,7%). Истинный рецидивный эхинококкоз составил 25,5% (14 пациентов), резидуальный - 7,2% (4 пациента). Рецидивный эхинококкоз при солитарном эхинококкозе отмечался в 2 случаях. Все больные находились на учете. В послеоперационном периоде всем в обязательном порядке назначали курс антипаразитарной терапии по общепринятой схеме. Несмотря на это 9 пациентов оперированы повторно в различные сроки (от 1 года до 4 лет). Следует учесть, что 2 из них ранее были оперированы более 2 раз. Во время оперативного вмешательства удаляли по возможности большинство паразитарных кист с соблюдением принципов апаразитарности и антипаразитарности и использованием гермицидных препаратов для обработки остаточных полостей.

Таким образом, множественный и сочетанный эхинококкоз является одной из причин частого возникновения рецидивов заболевания, при лечении которого необходимо учитывать количество, размеры и характер паразитарных кист. Учитывая это необходимо проводить динамический контроль за состоянием больных в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде.

*Ахмедов Р.М.,
Норов Ф.Х.,
Мирходжаев И.А.,
Хикматов Ж.С.*

ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Бухарский государственный медицинский институт

Показатели качества жизни (КЖ) являются основополагающими в оценке результатов хирургического.

Цель исследования - изучить изменения показателей КЖ у больных с вентральными грыжами после аллогерниопластики в различные сроки.

Работа выполнена на базе абдоминального отделения Бухарского областного многопрофильного медицинского центра. Изучены результаты лечения 186 пациентов с грыжами белой линии живота и послеоперационными вентральными грыжами. Все больные оперированы в плановом порядке в 2013-2014 г.

Основная группа представлена 108 больными, которым при герниопластике использован эндпротез "Эсфил". Контрольную группу составили 78 больных, оперированных натяжным методом аутогерниопластики.

КЖ изучали через 1, 6 и 12 месяцев после операции. С этой целью использовался опросник The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36), позволяющий оценить КЖ в баллах по таким критериям, как физическая работоспособность (ФР), физическое

состояние (ФС), болевой синдром (БС), общее здоровье (ОЗ), энергичность (Эн), социальная роль (СР), эмоциональное состояние (ЭС), психическое здоровье (ПЗ). Проведено вычисление таких значимых для оценки КЖ параметров как интегральный показатель качества жизни (ИПКЖ), интегральный показатель качества жизни физического здоровья (ИПКЖ-ФЗ), интегральный показатель качества жизни психического здоровья (ИПКЖ-ПЗ).

Особый интерес представляют результаты изучения качества жизни оперированных больных. Показатели КЖ у пациентов по всем шкалам опросника SF-36 в указанные сроки колебались от 38,7 3,3 до 99,8 2,4 балла.

До операции показатели КЖ исследуемых больных в обеих группах особо не отличались. Спустя 1 месяц после аллогерниопластики показатели ФР, ОЗ, Эн, ЭС, ПЗ, ИПКЖ, ИПКЖ-ФЗ, ИПКЖ-ПЗ в основной группе оказались выше, чем в контрольной. Через 6 месяцев после оперативного вмешательства такие показатели, как ФР, ФС, Эн, ЭС, ИПКЖ, ИПКЖ-ФЗ и ИПКЖ-ПЗ в основной группе оказались достоверно выше чем в контрольной. Повы-

шение Эн, ПЗ в основной группе спустя 6 месяцев после операции оказались статистически недостоверными; а в группе контроля статистически значимыми повышенные параметры ФР, ФС, БС, ЭС, ИПКЖ и ИПКЖ-ФЗ; параметры ОЗ, Эн и ПЗ были недостоверно повышенными ($P > 0,05$). Спустя 1 год после операции в основной группе отмечалось повышение показателей КЖ по сравнению с контрольной. Наивысшими в основной группе оказались показатели ФС, ОЗ, Эн, ИПКЖ-ПЗ; в контрольной группе показатели качества жизни имели положительную динамику кроме ОЗ ($P > 0,05$).

В основной группе ФР оказался повышен в 1,3 раза, ФС - в 1,9, БС - в 1,4 раза, ОЗ - в 1,5 раза, Эн, СР и ПЗ - в 1,3 раза, ЭС - в 1,7 раза, ИПКЖ - в 1,4 раза. Спустя 12 месяцев после герниопластики в

контрольной группе ФР возрос в 1,3 раза, ФС - в 1,5 раза, БС - в 1,3 раза, ОЗ и СР - в 1,2 раза, Эн и ПЗ - в 1,1 раза, ЭС - в 1,4 раза, ИПКЖ - в 1,2 раза.

Интегральные показатели качества жизни выросли с 60,8 1,8 балла в дооперационном периоде до 87,6 2,2 балла спустя 1 год после операции ($P < 0,01$). В контрольной группе, соответственно, с 63,1 1,8 до 78,5 1,6 балла ($P < 0,01$). Обобщая результаты можно отметить достоверный рост показателей в сравниваемых группах больных.

Таким образом, параметры КЖ больных с вентральными грыжами брюшной стенки, перенесших аллогерниопластику через 1 год после хирургического вмешательства по ряду критериев оказались заметно лучше по сравнению с больными, которым выполнили аутогерниопластику.

*Ахмедов Ю.М.,
Мавлянов Ш.Х.,
Мавлянов Ф.Ш.,
Ахмедов Д.Ю.*

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАПАРОСКОПИИ В ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель - улучшить диагностику и лечение детей с абдоминальными травмами путем применения эндовизуальной хирургии.

Материал и методы. Проанализированы результаты диагностики и лечения 149 детей с закрытыми травмами органов брюшной полости. Из них мальчиков было 111, девочек - 38. Возраст детей составил то 2 и до 15 лет. Средний возраст детей составил $7,2 \pm 1,3$ года. В обязательный клинико-инструментальный диагностический алгоритм были включены: лабораторные анализы, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и полипозиционное рентгенологическое обследование. С 2010 г. в лечебно-диагностический комплекс пострадавшим с абдоминальной травмой включена неотложная лапароскопия. Показания к хирургическому вмешательству: нестабильная гемодинамика, снижение артериального давления, наличие, по данным ультразвукового исследования, свободной жидкости в брюшной полости; увеличение размеров гематомы селезенки или печени, по данным ультразвука, в динамике через 3 часа; наличие обширной гематомы и разрывы органа по данным компьютерной томографии.

Результаты и их обсуждение. Механизм травмы во всех наблюдениях расценивали как удар и сотрясение (сотрясение). При дорожно-транспортных происшествиях и падениях с высоты, очевидно, имело место сочетание этих двух травмирующих механизмов. Ведущий вид травматизма - уличный (49%), более редкий - дорожно-транспортный (22%); бытовой (9%); спортивный (8%); школьный (8%); прочий (4%).

Экстренное оперативное лечение потребовалось 49 больным. Из них 25 детей были с травмами селезенки, 24 - с разрывами печени. 23 больным произведена диагностическая лапароскопия.

У 18 детей диагностировано повреждение селезенки. 10 из них с продолжающимся кровотечением при помощи электрокоагуляции был произведен гемостаз. В 5 случаях отмечен самостоятельный гемостаз, после аспирации крови признаки продолжающегося кровотечения отсутствовали. У 3 больных в связи с размождением паренхимы селезенки пришлось перейти к конверсии.

У 4 детей выявлено повреждение печени в виде линейных разрывов по диафрагмальной поверхности (2 случая), и по нижнему краю печени (2 случая). Гемостаз осуществляли при помощи биополярной коагуляции.

Выводы. Диагностическая лапароскопия является наиболее эффективным диагностическим мероприятием для больных с абдоминальной травмой в сложных случаях. Использование эндохирургической техники при абдоминальной травме позволяет избежать выполнения лапаротомии и оказать лечебное пособие. Отмечено более благоприятное клиническое течение послеоперационного периода у пациентов после эндохирургической операции в сравнении с традиционной (лапаротомия). Кроме того, можно установить характер повреждения внутренних органов и показания к лапаротомии, а также произвести хирургические манипуляции малоинвазивным способом, что существенно снижает неудовлетворительные результаты лечения больных с травмами органов брюшной полости.

Ахмедов Ю.М.,
Мавлянов Ш.Х.,
Мавлянов Ф.Ш.,
Ахмедов Д.Ю.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С КИШЕЧНОЙ ИНВАГИНАЦИЕЙ

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель - поделиться опытом и результатами диагностики и лечения детей с кишечной инвагинацией.

Материал и методы. С 2010 по 2015 год на обследовании и лечении на базе кафедры детской хирургии СамМИ в отделении детской хирургии ОДММЦ г. Самарканда находились 39 детей с диагнозом "Инвагинация кишечника" в возрасте от 5 месяцев до 9 лет. Мальчиков было 23 (59%), девочек - 16 (42%). Первый очень важный момент при постановке диагноза - правильная интерпретация анамнестических данных. Следующий этап - анализ данных объективного осмотра, правильная оценка клинических симптомов, их выявление и сопоставление с данными анамнеза и дополнительных методов диагностики. В комплекс обследования были включены УЗИ, рентгенологические методы, включая пневмоирригографию; лабораторные методы исследования. При инвагинации основной принцип лечения - ранняя дезинвагинация (консервативная либо оперативная) после предоперационной подготовки.

Результаты и их обсуждение. В 7 (18%) случаях при ранних (до 12 часов) сроках заболевания мы применили консервативный способ дезинвагинации путем нагнетания воздуха в толстую кишку с последующей контрольной рентгенографией органов брюшной полости и пассажем контрастного вещества.

32 (82%) детям выполнено хирургическое вмешательство для дезинвагинации кишечника. Толсто-толстокишечная инвагинация наблюдалась у 6

(19%) пациентов; илеоцекальная - у 14 (44%); у 12 (38%) тонко-тонкокишечная.

Операция по дезинвагинации выполнена 28 (88%) больным. В остальных случаях (9%) по причине некроза инвагинированного участка кишки пришлось выполнить резекцию пораженного отдела кишечника. В одном случае (3%) резекция кишечника произведена с удалением илеоцекального угла и наложением анастомоза по типу "конец в бок". Трём детям (9%) после резекции тонкого кишечника наложен анастомоз "конец в конец". Целостность кишечной трубки восстановлена однорядным швом с использованием атравматического шовного материала. В послеоперационном периоде в целях профилактики пареза кишечника применены продленная перидуральная анестезия и назоинтестинальная интубация кишечника.

Результаты лечения детей с инвагинацией кишечника оказались в основном хорошими. В одном случае наблюдалась несостоятельность анастомоза, потребовавшая релапаротомии. У остальных пациентов кишечные анастомозы зажили без осложнений.

Выводы. Высокая частота оперативных вмешательств связана с поздней обращаемостью пациентов и трудной диагностикой инвагинационной кишечной непроходимости на догоспитальном этапе. Своевременный дифференцированный подход к диагностике и лечению при инвагинации кишечника улучшают качество хирургической помощи детям.

Ахмедов Ю.М.,
Мавлянов Ш.Х.,
Мавлянов Ф.Ш.,
Ахмедов Д.Ю.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ УЩЕМЛЕННЫХ ПАХОВЫХ И ПАХОВО-МОШОНОЧНЫХ ГРЫЖ У ДЕТЕЙ

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель - проанализировать результаты комплексного лечения ущемленных паховых и пахово-мошоночных грыж у детей.

Материал и методы. Под нашим наблюдением за последние 12 лет находились 747 детей в возрасте от 2 месяцев до 15 лет с диагнозом "Ущемленная паховая грыжа". Мальчиков было 617, девочек - 130. Девочкам независимо от времени ущемления произведено экстренное грыжесечение. Интраоперационно в 27 случаях обнаружено, что ущемленным органом явились яичники и придатки матки; в 1 случае - матка и оба яичника; в остальных случаях органы брюшной полости: сальник и различные отделы тонкого и толстого кишечника.

Результаты и их обсуждение. В 338 случаях, когда

от момента ущемления прошло не более 10-12 часов, детям после консервативной терапии удалось вправить грыжу без операции. Из них 229 детям позже выполнено плановое хирургическое вмешательство. Больные были разделены на 2 группы. 1 группа - 98 детей в возрасте до 5 лет. Апоневроз наружной косой мышцы данным пациентам не пересекали, ограничили высоким пересечением и перевязкой шейки грыжевого мешка через наружное паховое кольцо. 2 группа - 131 ребенок старше 5 лет. В этой группе путем создания "окна" в апоневрозе над глубоким паховым кольцом с непосредственным выходом на брюшную воронку и с последующей ее обработкой. Анатомическую целостность паховой области восстанавливали без дополнительной апоневротической

пластики. Остальные дети выписаны домой под наблюдение по месту жительства. После стабилизации соматического фона этим детям также проведены операции грыжесечения.

В 118 случаях несмотря на консервативное лечение вправить грыжевое содержимое в брюшную полость не удалось. 157 детей поступили в стационар через 12 часов после ущемления или с неадекватным анамнезом. Данным пациентам после предоперационной подготовки выполнено экстренное грыжесечение с пластикой передней стенки пахового канала по Мартынову. В одном случае произведена *Herniolarapatomia* с резекцией отдела тонкой кишки и наложением межкишечного анас-

томоза по типу "конец в конец".

Ближайшие и отдаленные результаты оперативного лечения детей были хорошими, летальных случаев и рецидивов не было.

Выводы. В паховом грыжесечении основным являются высокое полное поперечное пересечение и перевязка шейки грыжевого мешка с оставлением его дистальной части. Доступ к брюшной воронке и метод пластики пахового канала избирают в зависимости от возраста ребенка, состояния грыжевого мешка, выраженности общих и местных диспластических процессов. Соблюдение выше указанной тактики позволило нам добиться наилучших результатов лечения.

Davlatov S.S.

HERNIOABDOMINOPLASTICS OF POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIA IN PATIENTS WITH OBESITY OF III-IV DEGREE

Samarkand State Medical Institute

Introduction. The combination of hernia of anterior abdominal wall (AAW) in violation of the right proportions and AAW trunk negative effect on the results of hernia repair. So important and even necessary complement abdominoplasty hernia repair that is aimed at restoring morphological state of the abdominal wall that has changed as a result of pregnancy, carried surgical interventions, long hernia carrier, obesity.

Materials and methods. From 2008 till 2015 years in surgical departments 1st and 2nd clinic of Samarkand Medical Institute were operated 208 patients with postoperative ventral hernia of abdominoanterior walls. Important factors identifying surgical tactic is localization of hernia, size defect and presence of relapsing in amnesia. According to classification of Chervel J.P. and Rath A.M. In 152 patients accompanied obesity in several stages. 73 of them patients in the age from 27 to 68 years suffered of obesity III-IV stages and presence of manifestation dermato-fatty lining. From them 69 were women and 3 were men gender. All the patients were carried out anthropometry, including the measure of height, mass of body, computation index of body mass (IBM). Standard criteria for determine obesity- (IBM). IBM identifies in formula: weight divides in quadrate of height: 20-26 - healthy; 26-28 - increasing nutrition; 28-31 - obesity of I stage; 31-36 - obesity of II stage; 36-41 - obesity of III stage; More than 41 - obesity of IV stage. The patients were separated in two groups. The control group consisted of 29 patients with obesity III-IV stages, they were performed hernia section with plastic autogenous tissue and performed complex operative treatment, including hernia section with abdominoplastic. Carried out general clinic, biochemical examinations, measuring intraabdominal pressure before and after operation. Among 73 (35.1%) patients with obesity III-IV in 61 (83.6%) had extensions down of abdomen form, in 7 (9.6%) - ovoid shape form and in 5 (6.8%) extension

of upper abdomen form. Receiving presented allowed to choose optimal operative approach on hernioplastic and abdominoplastic. Operative treatment of control group patients included of plastic hernia defect of autogenous tissue and prosthesis of material indication. On prosthesis plastic transplant fixed according to method of onlay, inlay and sublay. In necessities with aim of increasing capacity of abdominal cavity for prevention of development the syndrome of few abdomen and respiratory failure, the plastic of pre-abdominal walls performed in combination method - in supplementary mobilization of vaginal straight abdomen muscle. The stage of hernia section in patients of main and control group did not distinguished. Particularities of operative treatment in main group patients was included in combination abdominoplastic. The stage of prosthesis hernioplastic with combination of abdominoplastic included the following: After manipulation of operating field on the skin of pre-abdominal walls inserted the picture of type "Anchor", enclosing hernia pulsion, old postoperative scar and dermo-fatty ruga. After cutting the skin and hypodermatic fatty layer till aponeurosis of excessive ruga on picture removed and discharged hernia sac. The edge of dermo-fatty patches widely steamed into and out. Prosthesis of hernia defect refers on indications. After completing hernioplastic with abdominoplastic in patients on aponeurosis retained drainage of perforated tube on Redone.

Results and discussion. Altogether, among the examinations (n=208) spreading obesity in various degree consisted 73.1% (n=152). On this III-IV stages obesity (IBM from 36 till 60,9) had 35,1% (n=73). There were detected growing of the rate obesity in the ages. The part of the obesity made up 35.1% in women younger than 45 years, 56.3% in patients on the age from 45 to 55 years and in women older age 80.3%. Estimation of effectiveness results treatment of patients in discussing group in the quality of main criteria

used of indication rate in hernia recurrence of pulsion, character and gravity of occurring complications. In dynamic examination separate anthropometric indication: mass of body (MB, kg), index of body mass (IBM, kg/m²). Also investigated the dynamic of intraabdominal pressure (IAP, mm.rt.st.), laboratorial results, current concomitant pathology and the level of life quality. From 73 treated patients one case (3.4%) finished by fatality result in control group. The cause of death was acute cardiovascular failure. Postoperative period in patients of control groups observed on 9 complications (31.0%), (infiltrate in 3, hematoma in 2, seroma in 2, lymphorrhoea in 1 and purulence of wound in 1 patient. Bronchopulmonary complication observed in 7 patients, phenomena of heart failure in 5 patients, the last manifestation was in low indication of arterial pressure, acceleration of pulse, dyspnoea. The last complication obviated simultaneously with pulmonologist and cardioresuscitator. In main group complications were in 4 patients (9,1%). (purulence of postoperative wound in 1 patients, infiltrate in the area of postoperative wound in 2, necrosis of edge skin patches in 1 patients. Bronchopulmonary complications observed in 2, heart failure in 1 patients of age 66 years suffering from postinfarction cardiosclerosis. Thus a majority number of complication observed in patients of control group. A few number of cardio-pulmonary and local complications of

postoperative were marked in main group patients. On dynamic observations of control group patients the indication of body mass and relative indication of IBM, important changes did not undergo. In patients of control group on dynamic observation, indication, characterized degree of abdomen obesity important changes did not undergo. According to the IBM of patients in main group the indication of abdominal obesity carried out in global changes. This positive said on the further vital perspectives, as far as exactly abdominal type of spreading fatty tissue, in most degree associated with a high risk of cardio-vascular disease and diabetes mellitus II-type, undergo essential changes. On research level of glycemia in control group patients important changes were not detected. After 1 year of postoperative diabetes mellitus II type was detected again in 3 patients and total number such patients consisted of 12 (16.4%).

Conclusions. Abdominoplastic is not only cosmetic operation in patients suffering from obesity on excessive fat of deposit of abdominal wall, but also presence of postoperative ventral hernia -technical surgery using, allowing to improve results of hernioplastics. Hernioplastics with abdominoplastics in patients postoperative ventral hernia anterior abdominal cavity suffering from obesity III-IV degree, performing after careful pre-operative preparation as rule improves the quality of life of patients and gives adequate cosmetic effect.

*Давронов А.У.,
Маликов Ю.Р.,
Азимов А.А.,
Маматов К.С.,
Серикбаев Н.*

РОЛЬ ЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ НЕЯСНОЙ ОСТРОЙ ПАТОЛОГИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Навоийский филиал РНЦЭМП

В Навоийский филиал РНЦЭМП за последнее четыре года (2012-2015) были госпитализированы 13076 больных хирургического профиля. С диагностической целью 341 (2,6%) пациенту с клинически не уточненной патологией живота выполнено экстренное лапароскопическое исследование.

Среди больных мужчин было 68 (19,9%), женщин - 273 (80,1%) в возрасте от 14 до 78 лет.

Острый аппендицит диагностирован у 153 (44,9%) из них: у 9 (5,9%) больных - аппендикулярный инфильтрат, операция завершена дренированием бокового канала и малого таза; 127 (83%) больным произведена лапароскопическая аппендэктомия; 17 (11,1%) в связи с выраженными деструктивными изменениями червеобразного отростка, местным или распространенным перитонитом аппендэктомия выполнена традиционным способом.

У 119 (34,9%) больных диагностирована патология со стороны малого таза. У 63 (52,9%) отмечался разрыв кисты яичника. У 54 из них операция завершена лапароскопически, у 9 (7,6%) - традиционным способом. Внематочная беременность ди-

агностирована у 52 (43,7%) пациенток; переход на традиционное оперативное вмешательство выполнен 8 (6,7%) больным; лапароскопическим способом прооперированы 39. Воспалительные заболевания органов малого таза установлены у 9 больным, операция у них завершена санацией и дренированием малого таза.

Перфоративная язва двенадцатиперстной кишки выявлена у 18 (5,3%) больных; переход на традиционное вмешательство выполнен в 6 случаях в связи с разлитым перитонитом. Остальным больным удалось ушить перфоративную язву лапароскопически.

У 51 (15%) больного диагностированы другие острые хирургические заболевания (тумор органов брюшной полости, перекрут большого сальника, осложненный острый калькулезный холецистит, разрыв мочевого пузыря). В 42 (82,4%) случаях потребовался переход на традиционную лапаротомию. У 9 больных хирургическая патология не обнаружена, операция завершена диагностикой.

Осложнений и летальности среди больных не было.

Таким образом, лапароскопическое вмешательство позволяет в 86% случаев острой неясной патологии брюшной полости добиться положительных результатов. Внедрение малоинвазивных ме-

тодов для диагностики и лечения больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости уменьшает осложнения и летальные исходы.

Жариков Ю.О.,
Коваленко Ю.А.

ЗНАЧЕНИЕ ИЗУЧЕНИЯ КЛИНИКО-ПАТОЛОГИЧЕСКИХ И МОЛЕКУЛЯРНЫХ ПАРАМЕТРОВ ОПУХОЛИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ВОРОТНОЙ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМой

ФГБУ "Институт хирургии имени А.В. Вишневского"
Российская Федерация

Введение. Вопросы хирургического лечения больных с воротной холангиокарциномой несмотря на совершенствование лечебно-диагностических методик сохраняют актуальность в настоящее время. Обширные резекционные вмешательства на печени, внепеченочных желчных протоках и магистральных сосудах являются "золотым" стандартом лечения. При этом общая 5- и 10-летняя выживаемость составляет 40,4% и 29,9%, соответственно. В то же время при отборе больных для хирургического лечения до сих пор не уделяется должного внимания молекулярно-генетическим и морфологическим аспектам опухоли, что важно с точки зрения отдаленного прогноза течения заболевания.

Цель - изучить роль клинико-патологических и молекулярных параметров опухоли в аспекте отдаленных результатов хирургического лечения больных воротной холангиокарциномой.

Материал и методы. С 2011 по 2015 год на лечении в Институте хирургии имени А.В. Вишневского находились 55 больных воротной холангиокарциномой. В 18 (32,72%) случаях от операции воздержались вследствие нерезектабельности опухоли, декомпенсации сопутствующих заболеваний. В зависимости от стадии опухолевого процесса (AJCC, 2010) больные были распределены следующим образом: стадия I выявлена у 1 (2,8%) пациента; стадия II - у 9 (25%); стадия IIIa - у 10 (27,8%); стадия IIIb - у 6 (16,7%). У 10 (27,8%) больных диагностирована IV стадия (IVa - 7 (19,4%) больных, IVb - 3 (8,3%)). Для выявления факторов риска и оценки прогноза выполнен моно- и полифакторный регрессионный анализ Кокса. Анализ выживаемости пациентов после оперативного лечения проведен по методу Каплана-Мейера. Корреляция между параметрами переменными определена с помощью индекса корреляции Спирмена. Различия признаны статистически достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Хирургическое лечение после билиарной декомпрессии было проведено 37 (67,3%) больным. Обширные (у 21 (57,5%) больного) и расширенные резекции печени с резекцией S1 печени (в 14 (39,7%) случаях); 1 (2,7%) пациенту выполнена изолированная резекция вне-

печеночных желчных протоков с бифуркацией общего печеночного протока. У 4 (10,8%) больных резекция печени сочеталась с резекцией воротной вены. Необходимо отметить, что операции проводили с учетом типа распространения опухоли по классификации Bismuth-Corlette и стадии опухоли по системе TNM. Летальный исход был в 1 (2,7%) случае, обусловленном развитием печеночной недостаточности в раннем послеоперационном периоде (в анализ не включен). В отдаленные сроки наблюдали 36 (97,3%) больных. Общая 1-, 2-, 3- и 5-летняя выживаемость составила 77,9%, 63,4%, 31,7%, 21,1% соответственно. Медиана общей выживаемости составила 30,07 мес. При монофакторном анализе наиболее важными предикторами послеоперационной выживаемости были стадия заболевания (pTNM) ($p=0,028$), степень дифференцировки клеток опухоли ($p=0,00003$), наличие периневральной ($p=0,0114$) и сосудистой инвазии ($p=0,038$), радикальность оперативного вмешательства (край резекции) ($p=0,0219$). При полифакторном анализе было выявлено, что низкая общая выживаемость обусловлена: инвазией в S1 печени (что определяет необходимость сегментэктомии S1 печени для достижения радикального вмешательства, $p=0,0137$) и степенью дифференцировки клеток опухоли (низкодифференцированная аденокарцинома является фактором плохого прогноза течения заболевания, $p=0,0011$).

Для создания комплексной многофакторной шкалы оценки прогноза была изучена экспрессия молекулярных факторов опухоли: CK7, CK20, N-cadherin, Ki-67, Muc 1, 2, 5AC и 6. Между экспрессией N-cadherin и общей выживаемостью выявлена умеренная корреляция (0,694), связь между исследуемыми признаками (степень экспрессии и продолжительность жизни) - прямая (зависимость признаков статистически значима ($p < 0,05$)): чем более выражена экспрессия N-cadherin, тем хуже прогноз течения заболевания.

На основании мультимодального подхода к оценке факторов риска нами разработана прогностическая система, представленная балльной шкалой. После анализа клинико-патологических и молекулярных факторов в комплексе на завершающем

этапе проводится моделирование полученных результатов. По предварительным данным, точность прогностической системы составила 90%, однако полученные результаты требуют дальнейшего изучения.

Заключение. Важную роль, в патогенезе воротной холангиокарциномы играют клинико-молеку-

лярные параметры опухоли и индивидуальные особенности организма. Отдаленные результаты хирургического лечения и прогноз заболевания зависят от ряда неблагоприятных факторов риска, степени распространения опухолевого процесса, радикальности проведенной операции.

*Жураев Э.Э.,
Юсупбеков А.А.,
Хайруддинов Р.В.,
Чернышева Т.В.*

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ СРЕДНЕ- И НИЖНЕГРУДНОГО ОТДЕЛОВ ПИЩЕВОДА

Республиканский онкологический научный центр МЗ РУз

Актуальность проблемы. Хирургический метод - основной в лечении больных раком средне- и нижнегрудного отделов пищевода. Улучшение результатов лечения, увеличение общей и безрецидивной продолжительности жизни достигается внедрением современной хирургической техники, радикализмом операций, совершенствованием реанимационно-анестезиологического обеспечения.

Цель - оценить непосредственные результаты внутриплевральной эзофагопластики у больных раком средне- и нижнегрудного отделов пищевода.

Материалы и методы. С 2013 по 2015 год в торакальной онкохирургии РОНЦ МЗ РУз прооперированы 116 больных раком средне- и нижнегрудного отделов пищевода. Мужчин было 48 (41,4%), женщин - 68 (58,6%), средний возраст составил 55,4 лет (от 27 до 74 лет). Из 116 пациентов рак среднегрудного отдела пищевода диагностирован у 23 (19,8%), рак нижнегрудного отдела пищевода - у 18 (15,5%) пациентов и рак средне-

нижнегрудного отделов - у 75 (64,7%). Всем больным с локализацией опухоли в грудном отделе пищевода произведена субтотальная резекция пищевода с одномоментной гастрозофагопластикой по типу Льюиса. Всем больным раком средне- и нижнегрудного отделов пищевода выполняли расширенные двухзональные (2F) операции, предусматривающие лимфодиссекцию в средостении до верхней апертуры, а в брюшной полости - лимфодиссекцию D2.

Результаты и их обсуждение. Общая частота осложнений составила 23,3%, послеоперационная летальность - 6,9%. 5 (4,3%) пациентам выполнены симультанные операции: спленэктомия - 1 (0,86%), холецистэктомия - 3 (2,6%), лобэктомия - 1 (0,86%) пациенту.

Заклучение. Результаты хирургических вмешательств определяются распространенностью опухолевого процесса, внедрением в практику надежной техники оперирования и радикальностью операции.

*Ирназаров А.А.,
Саттаров О.Т.,
Джуманиязова Д.А.*

ОЦЕНКА РАССТРОЙСТВ КРОВотоКА СЕМЕННОГО КАНАТИКА У БОЛЬНЫХ С ПАХОВЫМИ ГРЫЖАМИ

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования - изучить характер кровотока в яичке у больных с паховыми грыжами в до- и послеоперационном периоде.

Материал и методы. Проанализированы результаты обследования 62 пациентов с паховыми грыжами во 2 клинике ТМА с 2012 по 2016 год. Возраст больных колебался от 18 до 30 лет. Длительность заболевания у 36 (58%) пациентов - до 1 года, у 26 (42%) - более 1 года.

Все хирургические вмешательства произведены с использованием полипропиленовой сетки. В качестве неинвазивного информативного метода исследования скоростных показателей кровотока по сосудам семенного канатика использовали цветное дуплексное сканирование артерий и вен семенного канатика. Исследовали скоростные пока-

затели кровотока - среднюю скорость артериального кровотока (ССАК), среднюю скорость венозного кровотока (ССВК), дефицит кровотока (ДК). Исследование проводили до операции и на 30 день после. Контролем считали скоростные показатели кровотока у 21 здоровых лиц.

Результаты и их обсуждение. В контрольной группе диаметр артерии яичка - $0,14 \pm 0,2$ см, вены - $0,17 \pm 0,1$ см, ССАК - $14,17 \pm 1,3$ см/с, ССВК - $11,85 \pm 1,2$ см/с. В основной группе в дооперационном периоде у больных с длительностью анамнеза до 1 года на здоровой стороне ССАК составила $14,07 \pm 4,23$ см/с, ССВК - $11,23 \pm 2,76$ см/с. На стороне поражения ССАК составила $11,27 \pm 2,34$ см/с, ССВК - $11,42 \pm 3,76$ см/с. ДК на пораженной стороне составила 19,76%. Диаметр артерии семенного канатика достиг $0,10 \pm 0,07$

см, вены - $0,19 \pm 0,06$ см. При длительности заболевания более 1 года на стороне поражения ССАК составила $10,25 \pm 2,25$ см/с, ССВК - $10,33 \pm 2,68$ см/с. ДК на пораженной стороне составил 19,88%. Диаметр артерии семенного канатика достиг $0,08 \pm 0,01$ см и вены - $0,35 \pm 0,02$ см.

При пахово-мошоночной грыже с длительностью заболевания до 1 года показатели ССАК на стороне поражения составили $11,1 \pm 2,12$ см/с, ССВК - $10,12 \pm 2,36$ см/с. ДК на пораженной стороне составил 19,97%. Диаметр артерии семенного канатика достиг $0,10 \pm 0,02$ см, вены - $0,17 \pm 0,01$ см. При анамнезе более 1 года ССАК составил $0,9 \pm 2,18$ см/с, ССВК - $0,95 \pm 2,53$ см/с. ДК на пораженной стороне достиг 20,11%. Диаметр артерии семенного канатика составил $0,07 \pm 0,01$ см, вены - $0,4 \pm 0,02$ см.

Всем пациентам произведено оперативное лечение в плановом порядке. Герниопластика по Лихтенштейну выполнена 19 (30,6%) больным. После хирургического вмешательства ССАК на стороне поражения оказалась ниже, чем на здоровой ($p < 0,05$). Разность ССАК на пораженной и здоровой стороне, которая до операции составляла $2,69 \pm 0,05$ см/с, уменьшилась до $2,11 \pm 0,06$ см/с и ССВК уменьшилась на $1,29 \pm 0,04$ см/с. Диаметр артерии семенного канатика составил $0,09 \pm 0,02$ см, вены - $0,3 \pm 0,02$ см.

У больных, перенесших лапароскопическую герниопластику по методике TAPP (transabdominal pre-peritoneal hernioplastic), в послеоперационном

периоде ССАК на пораженной стороне увеличилась на $1,3 \pm 0,02$ см/с по сравнению с дооперационным показателем и составила $2,69 \pm 0,04$ см/с, ССВК повысилась на $1,33 \pm 0,03$ см/с. Диаметр артерии семенного канатика составил $0,10 \pm 0,02$ см, вены - $0,23 \pm 0,02$ см.

У пациентов, перенесших лапароскопическую герниопластику по методике TEP (total extra peritoneal allopastic), на пораженной стороне ДК составил 8,05%. Это на 11,54% меньше, чем в дооперационном периоде. В послеоперационном периоде ССАК возросла на $1,47 \pm 0,05$ см/с, ССВК - на $1,36 \pm 0,06$ см/с. Диаметр артерии семенного канатика составил $0,12 \pm 0,03$ см, вены - $0,2 \pm 0,02$ см. При длительности заболевания более 1 года восстановление скоростных параметров происходило более медленно.

Таким образом, у больных, страдающих паховой грыжей, наблюдаются нарушения кровотока по сосудам семенного канатика и яичка. При пахово-мошоночной грыже с многолетним анамнезом параметры сосудистого поражения увеличиваются. В послеоперационном периоде кровотоки улучшаются. После TEP отмечается улучшение кровотока у пациентов всех групп, как следствие, меньше остаточный ДК - 8,05%. После TAPP ДК составил 9,57%. Менее благоприятные результаты наблюдались у больных, перенесших операцию Лихтенштейна. TEP максимально улучшает кровоток в семенном канатике. Эта методика оптимальна для пациентов репродуктивного возраста в плане сохранения их фертильности.

Исмаилов Б.А.,
Садыков Р.А.,
Алимов М.М.

ГЕМОСТАТИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ И БИОДЕСТРУКЦИЯ ГЕМОСТАТИЧЕСКОГО ИМПЛАНТАТА ГЕПРОЦЕЛ

АО "Республиканский специализированный центр хирургии
имени академика В.Вахидова"

Цель исследования - оценить гемостатические свойства и биодеградацию имплантата Гепроцел в условиях *in vitro* и *in vivo*.

Материалы и методы. Поликомпозиционный полимер Гепроцел создан из производных целлюлозы (Патент FAP 2015 0054 от 24.04.2015 года). В его состав входят: карбоксиметилцеллюлоза, окисленная целлюлоза, наноцеллюлоза, изготовленная оригинальным способом (совместно с лабораторией НИЦХФП при НУУз) из целлюлозы; может использоваться в виде мелкодисперсного порошка или пленки.

Гемостатическую активность оценивали в условиях *in vitro* с использованием крови здоровых доноров. Параметры гемостаза в крови доноров определяли согласно современной номенклатуре методов лабораторной диагностики, используя глобальные (скрининговые) методы, включавшие подсчет количества тромбоцитов, активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ), протромбинового времени (ПВ), концентрацию

фибриногена, время свертывания крови (ВСК) по Ли-Уайту. Аналогичные исследования проводили в присутствии окисленной целлюлозы (ОЦ). Для изучения биодеградации проведены исследования в условиях *in vitro* с использованием фосфатно-буферного раствора. Для имитации физиологических условий и поддержания нейтральной или слегка щелочной pH среды гемостатический имплантат в виде порошка погружали в фосфатно-буферный раствор (pH 7,4). В этих условиях до 90% имплантата солибилизировалось в течение 21 дня. Исследования оценки продуктов растворения проведены с использованием сыворотки крови.

Экспериментальные исследования *in vivo* проведены на 10 белых кроликах различного пола массой тела $4,14 \pm 0,1$ кг на модели плоскостной раны печени с последующим применением гемостатических материалов из производных целлюлозы. В моделированной ране отмечается активное паренхиматозное кровотечение. На кровоточащую по-

верхность печени нанесен гемостатический имплантат в виде порошка. Морфологические исследования проведены на 1, 3, 7, 14 и 30 сутки после имплантации с оценкой биодеструкции.

Результаты исследования. Время свертываемости крови по методу Ли-Уайта с использованием имплантата Гепроцел составило $5,1 \pm 0,3$ мин, в присутствии ОЦ по данной методике исследования свертываемость крови - $7,9 \pm 0,3$ мин. Исследования гемостатической активности в присутствии Гепроцела показали АЧТВ составило $20,1 \pm 0,8$ сек, а в присутствии ОЦ АЧТВ составило $18,2 \pm 1,7$ сек. ПВ в присутствии пленки Гепроцел - $6,1 \pm 0,4$ сек, в присутствии ОЦ - $4,5 \pm 0,2$ сек. В проведенных *in vitro* исследованиях выявлено, что гемостатический имплантат в форме порошка при распаде выделяет продукты в виде белой мучнистой натриевой соли полиглюкуроновой кислоты. Установлена более высокая скорость распада продуктов по отношению к фосфатно-буферному раствору.

В *in vivo* исследованиях при нанесении гемостатического порошка время гемостаза составило 1,5-

2 мин. После кратковременного наблюдения кровотечения не возобновлялось. В сроки наблюдения до 1 месяца в брюшной полости отмечался незначительный спаечный процесс. Срок биодеструкции составил 15-20 дней. Наблюдались регенераторные процессы в паренхиме печени, особенно в зоне повреждения, что свидетельствует о восстановлении ткани печени после применения гемостатического материала.

Вывод. Данные *in vitro* и *in vivo* исследований применения местного гемостатического материала в виде порошка свидетельствуют, что биодеструкция имплантата происходит путем химических и ферментативных процессов. Порошок Гепроцел обладает стойким гемостатическим эффектом, высокой адгезивностью, способствует регенерации тканей, не оказывает раздражающего действия и не обладает антигенными свойствами. Сроки биодеструкции порошка составили 15-20 суток. Гепроцел в виде порошка может применяться в качестве местного гемостатического средства с заданными характеристиками.

Кабулов М.К.,
Оразалиев Б.Х.

ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЕ И РАННИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Нукусский филиал АО "РСЦХ имени академика В.Вахидова"
Берунийское РМО

Актуальность. Данные мировой литературы свидетельствуют, что осложнения, возникающие во время операции и после неё при хирургическом лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖДПК) остаются сложной проблемой клинической хирургии. Частота повторных операций в значительной степени определяется контингентом оперируемых: при экстренных операциях достигает от 4,3% до 16,7%, при плановых - от 1,5% до 4,2%.

Цель работы - изучить характер интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений у больных ЯБЖДПК.

Материал и методы. Мы располагаем опытом хирургического лечения 1137 больных с ЯБЖДПК в 2000-2015 г. Операции в плановом порядке выполнены 875, в экстренном - 262 больным. Мужчин было 982 (80,5%), женщин - 155 (19,5%) в возрасте от 16 до 77 лет.

Из 875 плановых операций: резекция желудка по Бильрот I - 605 (69,7%); резекция желудка по Бильрот II - 150 (17,1%); трубчатая резекция - 8 (0,9%); проксимальная резекция - 4 (0,45%); гастрэктомия - 3 (0,3%); гастроэнтероанастомоз - 2 (0,23%); иссечение язвы с дренирующей операцией + стволовая ваготомия - 34 (3,9%); иссечение

язвы с дренирующей операцией без ваготомии - 69 (7,9%). Из 262 экстренных операций по поводу перфорации язвы операции выполнены 149, по поводу кровотечений - 113 больным. Выполнены следующие операции: резекция желудка по Бильрот I - 82; резекция желудка по Бильрот II - 8; иссечение язвы с дренирующей операцией + стволовая ваготомия - 68; иссечение язвы с дренирующей операцией без ваготомии - 89; ушивание перфоративной язвы лапароскопическим методом - 8.

Из 1137 оперированных больных у 39 (3,43%) наблюдались осложнения, разделенные на три подгруппы. Первая - осложнения, возникшие во время операции (повреждение селезенки - 2, желчного пузыря - 1); вторая - возникшие после операции, связанные с оперативным вмешательством на желудке и двенадцатиперстной кишке. внутреннее кровотечение (3), атония и гастростаз (14), недостаточность культи 12 п.к. (2), кишечная непроходимость (3), недостаточность гастроэнтероанастомоза (1), недостаточность гастродуоденоанастомоза (2), недостаточность эзофагогастроанастомоза после проксимальной резекции (1). Третья группа осложнений общего характера (бронхолегочные, сердечно-сосудистые и раневые) наблюдалось у 10 пациентов, которых лечили консервативным методом.

В послеоперационном периоде релапаротомии выполнены 10 (25,6%) больным из 39, имевшим осложнения с тремя летальными исходами. 7 пациентов выздоровели и выписаны домой. Общая послеоперационная летальность составила 0,3%.

Таким образом, выбор метода повторной операции зависит от характера осложнений. Причиной ранних релапаротомий, главным образом, являлись

осложненные формы ЯБЖДПК, тактические и технические ошибки хирургов. Доминирующей операцией при осложненных формах ЯБЖДПК остается резекция желудка. Наилучшей профилактической мерой несостоятельности дуоденальной культи считаем резекцию желудка с исключением язвы, особенно при глубоко пенетрирующих и постбульбарных язвах.

*Кабулов М.К.,
Оразалиев Б.Х.,
Оразалиев Г.Б.,
Кабулов Т.М.*

"ONLAY" ПРОТЕЗИРОВАНИЕ БОЛЬНЫХ С ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ И ПРОФИЛАКТИКА ИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

*Нукусский филиал АО "РСЦХ имени академика В.Вахидова"
Берунийское РМО*

Хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж остаётся актуальной проблемой герниологии. Частота вентральных грыж после операции достигает 10-15%. Особенно высокие их рецидивы у лиц старше 60 лет - до 30%. Поэтому в последнее время многие хирурги начали использовать аллогерниопластику на основе полипропиленовой сетки, которая отличается своей прочностью, биологической инертностью и хорошо противостоит к инфицированию раны.

Цель исследования - оценить результаты аллогерниопластики при вентральных грыжах и определить причины послеоперационных осложнений.

Данное сообщение основано на анализе 168 наблюдений за больными, которым в течение 2008-2015 г. нами было выполнена аллогерниопластика вентральных грыж. Для характеристики грыж использовали классификацию К.Д.Тоскина и В.В.Жебровского (1990). Из 168 больных у 58 (34,5%) были послеоперационные, у 44 (26,2%) послеоперационные рецидивные, у 31 (18,5%) - первичные, у 20 (11,9%) - пахово-мошоночные, у 15 (8,9%) - пупочные грыжи. Вправимые - 81, невправимые - 80, ущемленные - 7. Размеры грыж были: средние - 69, обширные - 68, гигантские - 31. Мужчин было 60, женщин - 108 в возраст от 29 до 74 лет. Аллогерниопластика выполнена с использованием полипропиленовой сетки фирмы "Этикон". Во всех случаях использован шовный материал "Монофил" 2/0. Симультантные операции выполнены 14 больным: 6 - холецистэктомия по поводу калькулезного холецистита, 5 - кистэктомия из придатков матки, 2 - резекция тонкого кишечника, 1 - удаление инкапсулированного инородного тела (оставленная салфетка от предыдущей лапаротомии).

Анализ причинных факторов возникновения вентральных послеоперационных, рецидивных грыж показал, что у большинства женщин (66%) имелись сопутствующие заболеваний: ожирение - 38, сахарный диабет - 15, сердечно-сосудистая патоло-

гия - 25, а также нагноение раны, перитониты, кишечные свищи и эвентерации после ранее выполненных операций.

Мы выполняли три вида стандартных операций: реконструкция и пластика передней брюшной стенки с продольным ушиванием дефекта апоневроза "край в край"; с поперечным ушиванием дефекта; косым ушиванием дефекта. В 162 случаях удалось свести края апоневроза и завершить аллогерниопластику "Onlay", лишь в 6 случаях пришлось произвести аллогерниопластику "Sublay".

Эффективность профилактики послеоперационных осложнений во многом зависит от техники выполнения операции мер по снижению инфицирования раны: адекватный выбор антибиотиков, активная эвакуация серомы из подкожной клетчатки. Для снижения частоты послеоперационных осложнений, во-первых, нужно избегать ушивание рубцовоизмененной брюшины. Для этого следует иссекать её до краев дефекта апоневроза. Во-вторых, нужно иссекать избыточную кожу. В-третьих, осуществлять тщательный гемостаз с электрокоагуляцией сосудов и дренирование подкожной клетчатки над сеткой в течение 4-7 суток.

Несмотря на соблюдение этих правил, в послеоперационном периоде у 18 (11,3%) больных наблюдались местные осложнения: расхождение нескольких кожных швов (3), нагноение раны (4), серома (9), свищи между кожей и трансплантатом (2). Общие осложнения встречались в 15 случаях: парез кишечника у 6, дыхательная и сердечно-сосудистая недостаточность у 9 больных, которые были купированы. В одном случае после симультанной операции наступила смерть (0,6%) на 3 сутки от сердечно-сосудистой недостаточности.

Таким образом, аллогерниопластика при вентральных грыжах является методом выбора в современной клинической герниологии. При этом необходимо строго соблюдать меры профилактики послеоперационных осложнений.

Калиш Ю.И.,
Аметов Л.З.,
Халикулов Х.Г.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БИЛАТЕРАЛЬНЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

АО "Республиканский специализированный центр хирургии
имени академика В.Вахидова"

Частота двусторонних паховых грыж (ДПГ) колеблется от 7,5 до 37%. По нашим данным, она составила 11,1%. Рецидивы ДПГ при одномоментной натяжной пластике наблюдаются в 15-46% случаев, а при раздельном оперировании их частота достигает 67%.

Выбор способа герниопластики (билатеральный или односторонний) окончательно не решён, также как натяжные или ненатяжные методы её выполнения.

Цель - изучить особенности ДПГ, определить тактику лечения и выбор способа герниопластики.

Материал и методы. С 1976 по 2015 год в отделении общей и лазерной хирургии АО "РСЦХ имени академика В.Вахидова" с различными видами паховых грыж прооперировано 1392 больных, из них 189 (13,5%) - с ДПГ. Одномоментная герниопластика произведена 125, последовательная - 64 больных. 51 (26,9%) пациент ранее оперирован и поступил с рецидивом грыж. При одномоментной пластике рецидив возник в 34 случаях из 125 (27,2%); при последовательной - в 17 из 64 (26,5%). Из общего числа лиц с ДПГ натяжная герниопластика произведена 52, протезная - 137 больным. Двусторонние паховые грыжи встречали только у мужчин. Прямые выявлены в 32,8% (62 из 189) случаев; косые с обеих сторон - в 59,2% (112 из 189), сочетанные - в 15 (7,9%). 51 больному

с паховым грыжами в дооперационном периоде проведено УЗИ паховых областей, у 14 (27,1%) диагностирована начальная форма паховой грыжи с противоположной стороны; обе оперированы одномоментно.

Результаты и их обсуждение. Ретроспективный анализ непосредственных результатов обоих видов герниопластики показал, что раневые осложнения (отёк раны, серома, гематома, нагноение) при натяжной пластике составляет 11%, при "ненатяжной" - 8%. В первую группу вошли больные, которым пластика передней стенки пахового канала осуществлена одномоментно (125); вторую группу составили больные, оперированные поэтапно (64). Сроки между двумя операциями - от 6 месяцев до 2 лет. С 2003 года альтернативой хирургическому лечению любого вида ПГ стала "ненатяжная" герниопластика; а у лиц с ДПГ - одномоментное протезирование по Лихтенштейну.

Выводы. Односторонняя натяжная герниопластика при больших грыжах паховой области может нарушить топографо-анатомические взаимоотношения тканей с риском возникновения грыжи с противоположной стороны. В связи с этим необходимо УЗИ паховой области с контрлатеральной стороны. Одномоментную билатеральную герниопластику при ДПГ с использованием протезных материалов следует считать операцией выбора.

Калиш Ю.И.,
Аметов Л.З.,
Халикулов Х.Г.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВНЫХ ПОСТПРОТЕЗНЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

АО "Республиканский специализированный центр хирургии
имени академика В.Вахидова"

Введение. Проблема рецидивов - одна из важнейших в герниологии. Их число остаётся высоким в пределах 11-35%. Внедрение в практику операции Лихтенштейна, предусматривающей использование синтетических протезов, значительно улучшило результаты лечения пациентов с паховой грыжей. Однако избежать рецидивов заболевания и после этого способа полностью не удастся. По данным литературы, частота рецидивов после протезирования пахового канала составляет 1,2-9,9%.

Цель - определить тактику лечения и выбор способа герниопластики постпротезных паховых грыж.

Материал и методы. В отделении общей и лазерной хирургии АО "РСЦХ имени академика В.Вахидова" с 2008 по 2015 год прооперированы 6 пациентов с рецидивными постпротезными пахо-

выми грыжами. Все больные были мужского пола. Средний возраст - $56,4 \pm 1,3$ года. Проанализированы непосредственные и отдаленные результаты протезирования по Лихтенштейну.

Результаты и их обсуждение. Во время операции установлено, что рецидив после операции Лихтенштейна, как правило, наступает в области фиксации протеза к лонному бугорку и пупартовой связке, в дистальной части имплантата. Ткани в области грыжевых ворот инфильтрированы, имеют щелевидную форму. Семенной канатик интимно спаян с протезом. Повторную операцию проводили путём фиксации ниже-медиальной части протеза к лонной кости и пупартовой связке. Считаем, что рецидив связан с нарушением техники операции и ненадежной фиксацией протеза. Ране-

вые осложнения (отёк раны, серомы, гематома, нагноение) при ненапряжной пластике составили 8%.

Выводы. После операции Лихтенштейна рецидивы обусловлены смещением протеза по нижней контуре без и с разрушением паховой связки. Основной причиной развития постпротезных па-

ховых грыж являются технические погрешности, допущенные во время первой операции. Пациентам с рецидивными паховыми грыжами после протезирующих герниопластик повторные операции следует выполнять квалифицированным хирургам.

*Калиш Ю.И.,
Аметов Л.З.,
Хан Г.В.,
Шаюсупов А.Р.,
Йигиталиев С.Х.*

ПРОТЕЗНАЯ ПЛАСТИКА ГРЫЖЕВЫХ ДЕФЕКТОВ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

*АО "Республиканский специализированный центр хирургии
имени академика В.Вахидова"*

По данным ООН, люди пожилого и старческого возраста в мире в 2010 году составили 1100 млн. Пятуую часть населения России составляют люди пожилого возраста, из них около 11% (3,3 млн.) - старше 80 лет. В Узбекистане лиц от 60 лет и старше в 2013 году составляли 8,2% (2,46 млн.) населения.

Материал и методы. В отделении общей и лазерной хирургии АО "РСЦХ им. акад. В.Вахидова" с 2003 по 2015 год по поводу грыж передней брюшной стенки оперированы 1258 пациентов. Всем выполнена протезная пластика. Геронтологических пациентов было 404 (32,1%) - (основная группа). Больных в возрасте 60-74 лет было 352, 75-89 лет - 52. Средний возраст составил $67,05 \pm 5,95$ лет. Мужчин - 184, женщин - 220. С послеоперационной грыжей - 215. Размеры грыжи оценивали по классификации J.P. Chevrel и A.M. Rath (SWR classification, 1999). С гигантской - 76 (35,3%), обширной - 90 (41,9%), средней - 41 (19%), малой - 8 (3,7%) больных Грыжи другой локализации: паховой - 154, пупочной - 22, белой линии - 12, спигелевой - 1. 37 (9,2%) пациентам с вентральными грыжами помимо протезной пластики выполнены симультанные вмешательства. В группу сравнения вошли 105 (29,1%) пациентов пожилого и старческого возраста из 361 оперированных с 1992 по 2002 год аутопластическими методами. Мужчин - 13, женщин - 92. Средний возраст в группе сравнения - $65 \pm 4,2$. С послеоперационной грыжей - 54 (51,4%): с гигантской - 6 (11,1%), обширной - 6 (11,1%), средней - 20 (37,0%), малой - 22 (40,8%), паховой - 27, пупочной - 16, белой линии - 5 и бедренной - 3.

У пациентов выявлены сопутствующие заболевания, требующие особого внимания и диагностики.

Результаты и их обсуждение. Для выявления сопутствующей хирургической патологии до операции всем пациентам проведены тщательное обследование и консультации профильных специалистов. В основной и в группе сравнения частота сопутствующих заболеваний составила 65,3% и 61,4% соответственно, что свидетельствует об однородности групп.

Применение синтетических биосовместимых материалов позволило значительно расширить по-

казания к хирургическому лечению больных с вентральными грыжами. Пациенты с обширными, гигантскими грыжами, так называемыми, "трудными" грыжами составили 77,2%. Таких пациентов в группе сравнения было 22,2%. Если ранее таким больным отказывали в оперативном лечении, то использование протезов изменило ситуацию.

404 больным основной группы для укрепления передней брюшной стенки использованы синтетические материалы. Из 250 пациентов: в надапоневротической позиции "onlay" - 222 (88,8%), ретромускулярно "inlay" - 8 (3,2%), предперитонеально "sublay" - 20 (8%), операция Лихтенштейна - в 154 случаях.

Больным в группе сравнения (105) выполняли натяжные методы аутопластики: Чемпионера - 39 (37,1%); с созданием дубликатуры - 31 (29,5%); вынужденная операция с использованием местных рубцовых тканей - 8 (7,6%) - обрекающая больных на рецидив. При паховых грыжах укрепление передней стенки пахового канала выполнено в 3 случаях, задней стенки - в 24.

Применение аллогерниопластики расширило показания к симультанным операциям, выполненным в 9,2% случаев. Преобладала холецистэктомия: в 17 случаях выполнена лапароскопически, в 12 - традиционно.

Пациенты пожилого и старческого возраста с сопутствующей соматической патологией составляют группу риска. Это требует повышенной настороженности. Анализ раневых осложнений (основная группа) в ближайшем послеоперационном периоде показал следующее: серома в ране развилась у 9 пациентов; гематома у 5; нагноение раны - у 3 больных. Как видно, преобладали ретенционные осложнения, обусловленные реакцией тканей на протез. Частота раневых осложнений составила 4,2%. У двух пациентов развился абдоминальный компартмент-синдром с летальным исходом в одном случае. Общих осложнений, связанных с наличием и обострением сопутствующих соматических заболеваний не наблюдали.

В группе сравнения симультанные операции выполнены в 3 (2,9%) случаях. Отличен и харак-

тер раневых осложнений: нагноений раны - 3, гематомы - 2. Летальных исходов не было.

Выводы. Использование совершенных способов диагностики и хирургических методов лечения вентральных грыж пациентам пожилого и старческого возраста следует рассматривать важной задачей

геронтологии.

Необходимы не только постоянное совершенствование хирургов, но и интеграция специалистов различного профиля для решения наиболее значимых проблем лечения больных пожилого и старческого возраста.

*Калиш Ю.И.,
Аметов Л.З.,
Хан Г.В.,
Шаясупов А.Р.,
Йигиталиев С.Х.*

ПРИМЕНЕНИЕ ВЫСОКОЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ЛАЗЕРА В ПРОФИЛАКТИКЕ РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ УЩЕМЛЕННЫХ ГРЫЖАХ

*АО "Республиканский специализированный центр хирургии
имени академика В.Вахидова"*

Частота развития местных раневых гнойно-воспалительных осложнений после экстренных грыжесечений по поводу ущемленных послеоперационных вентральных грыж передней брюшной стенки, по литературным данным, достигает 20,9-67%. Высокий процент развития раневых осложнений объясняется тем, что операция выполняется в условиях бактериальной контаминации раны, ишемии тканей, при наличии у пациента интоксикации, высокого внутрибрюшного давления, кишечной непроходимости, перитонита.

Материал и методы: В отделении лазерной хирургии АО "РСЦХ имени академика В.Вахидова" с 2005 по 2015 год 95 больным выполнена экстренная протезная герниопластика. Средний возраст составил $57,0 \pm 1,2$ года. Грыженосительством больные страдали в среднем $9,0 \pm 1,0$ лет. Площадь грыжевого выпячивания составила $218,8 \pm 27,0$ см². Время от момента ущемления до обращения в стационар, в среднем, составило $32,0 \pm 3,3$ часа.

По виду грыжи пациенты распределились следующим образом: вентральная - 49, пупочная - 31, паховая - 14, белой линии живота - 1. Из них рецидивные составили 36,8 % (от 1 до 6).

При поступлении больным проводили стандартное обследование (клинико-биохимические анализы, функциональное и рентгенологическое исследование), а также ультразвуковое изучение (УЗИ) содержимого грыжевого мешка и размеров дефекта апоневроза. Рентгенологически картина кишечной непроходимости (в виде тонкокишечных арок или чаш Клойбера) установлена в 35% случаев.

Результаты и их обсуждение. Больных оперировали с соблюдением правил антисептики. После выделения и вскрытия грыжевого мешка в 50% случаев отмечалось поступление грыжевых вод. Размеры грыжи оценивали по классификации J.P. Chevrel и A.M. Rath (SWR classification, 1999). С W4 было 6 (12,2%) больных, W3 - 16 (32,6%), W2 - 24 (48,9%), W1 - 3 (6,1%).

Ущемленным в грыжевом мешке в 65 случаях был кишечник. 10 (15%) больным произведена его резекция. В 30 ущемленным оказался сальник, 22 (73%) больным выполнена его резекция. После

резекции кишечника непрерывность тонкого кишечника восстанавливали энтеро-энтероанастомозом "бок в бок".

Перед имплантацией сетчатого протеза с целью бактерицидного, гемо- и лимфостатического эффекта мобилизованную подкожную жировую клетчатку и апоневроз облучали расфокусированным лучом CO₂-лазера "Скальпель-1" в режиме коагуляции мощностью 25 Вт с экспозицией 5 сек. на 1см². Обнаруженные лигатурные гранулемы vaporизировали углекислотным лазером.

Герниопластика с имплантацией проленового эндопротеза произведена в различных позициях: в onlay (71), sublay (5), intra-abdominalis (1), коррекция передней брюшной стенки с протезной пластикой (6). В 12 случаях по поводу паховой грыжи выполнена операция Лихтенштейна.

Операцию завершали дренированием парапротезного пространства по Редону. Дренажи удаляли на 4-5 сутки, после контрольного УЗИ исследования.

Осложнения со стороны послеоперационной раны наблюдали у 33 (34,7%) больных: серомы - 30, нагноения - 3. Летальность составила 3,1%.

Одним из основных факторов, влияющих на интраоперационную картину и течение послеоперационного периода, является время ущемления. Более 85% больных с некрозом сальника или кишечника, которым произведена резекция, обратились в стационар позже 24 часов.

Явления кишечной непроходимости, сдавление и некроз ущемленных органов являются причинами инфицирования грыжевого мешка и его содержимого и, как следствие, возникновения раневой инфекции.

Критерии оценки результатов хирургического лечения при УВГ: частота и спектр раневых осложнений (инфильтрат, гематома, серома, поверхностный некроз краев операционной раны, глубокое нагноение).

Анализ местных послеоперационных осложнений показал, что серомы составили 31,5%. Позитивные свойства углекислотного лазера позволили сократить частоту гнойно-воспалительных осложнений в ране до 3%.

Заключение. Использование высокоэнергетического углекислотного лазера интраоперационно позволяет достичь бактерицидного эффекта в ране, а его работа в одномодовом режиме стимулирует процессы регенерации, что приводит к ускоренной интеграции сетки в окружающие ткани.

Применение углекислотного лазера большим с

ущемленными вентральными грыжами позволяет выполнить имплантацию протезов. Воспалительные изменения, развивающиеся на фоне острой кишечной непроходимости или вследствие некроза содержимого грыжевого мешка (за исключением флегмоны), не являются противопоказанием к имплантации синтетических протезов.

*Калиш Ю.И.,
Аметов Л.З.,
Шаюсупов А.Р.,
Йигиталиев С.Х.*

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТКАНЕЙ В ОБЛАСТИ РЕЦИДИВА ГРЫЖИ ПОСЛЕ ПРОТЕЗНОЙ ПЛАСТИКИ

*АО "Республиканский специализированный центр хирургии
имени академика В.Вахидова"*

Введение. Сегодня нет окончательного ответа, почему инертные и неиммуногенные материалы индуцируют воспаление, известное под названием "реакция на чужеродные тела" - Foreign Body Reaction (FBR). В области исследований биоматериалов широко распространена теория абсорбции белков, как основного патофизиологического процесса, ответственного за этот тип хронического воспаления. Цель этого процесса состоит в изоляции чужеродного тела или биоматериала от тканей хозяина за счет образования искусственного пространства в области имплантации.

Цель - дать морфологическую оценку степени и характера взаимодействия тканей передней брюшной стенки с имплантатом.

Материал и методы. Изучение и фотографирование светооптических препаратов проводили с помощью светового микроскопа "AXIOSKOP-40" (Carl Zeiss), с цифровой камерой ProgRes, CapturePro 2.6, сопряжённой с компьютером Pentium IV.

Результаты и их обсуждение. Изучены фрагменты материала, полученного во время повторных герниопластик с иссечением старой сетки. Светооптические исследования показывают, что при сохранности архитектоники сети в мышечной ткани, на границе с апоневрозом и жировой клетчаткой определяются ложа нитей сеток, как правило, округло-овальной формы. Они разделены прослойками соединительной ткани различной толщины с хорошо развитыми волоконными компонентами.

Каждый фрагмент сетки окружён валом воспалительного инфильтрата различной толщины. В этих инфильтратах доминируют в основном круглоклеточные элементы, чаще всего - лимфоциты. Зачас-

тую в этих округлых образованиях не определяются какие-либо структуры. Волокна соединительной ткани, окружающие эти полости, имеют циркулярное расположение. Клетки воспалительного инфильтрата сосредоточены непосредственно вокруг фрагментов сеток, имеет место слияние фрагментов сетки в массивные конгломераты, окруженные общей соединительнотканной капсулой с выраженной воспалительной реакцией в виде скоплений преимущественно круглоклеточных элементов.

Эти образования встречаются на границе мышцы с апоневрозом и в толще самого апоневроза и в жировой ткани. Нередко вокруг полостей, сформированных волокнами сетки, определяются выраженные скопления соединительнотканых клеток, представляющих собой воспалительные инфильтраты. Чаще они встречаются в мышечной ткани. Среди клеток инфильтрата доминируют лимфоциты и зрелые плазматические клетки, что указывает на доминирование иммунных процессов в этих зонах.

В соединительнотканых прослойках и мышечной ткани часто встречаются многочисленные сосуды, просветы которых заполнены кровью.

Нередко сосуды встречаются в жировой ткани, прилежащей к полостям, сформированным фрагментами сетки.

Выводы. У пациентов с рецидивными грыжами после протезирования нарушены структура коллагеновых волокон, соотношение коллагеновых и эластических волокон и их взаимоотношения с тканями передней брюшной стенки. Это обуславливает ослабление мышечно-фасциальных структур и является благоприятным фоном для рецидива грыж брюшной стенки.

*Калиш Ю.И.,
Аметов Л.З.,
Шаюсупов А.Р.,
Йигиталиев С.Х.*

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАРАПРОТЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ ПОСЛЕ АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКИ

*АО "Республиканский специализированный центр хирургии
имени академика В.Вахидова"*

Введение. Прогресс в хирургии грыж живота во многом обусловлен разработкой и применением биосовместимых протезных материалов. Однако иногда возникают осложнения, связанные с развитием острого и хронического воспаления вокруг имплантатов. Лечение этих осложнений нередко позволяет купировать проявления инфекции без удаления имплантата.

Материал и методы. В отделении общей и лазерной хирургии АО "РСЦХ имени академика В.Вахидова" с 2007 по 2015 год наблюдали 11 пациентов с кожно-протезными свищами. Мужчин было 4, женщин - 7 в возрасте от 54 до 83 лет.

Анализ показал, что всем пациентам протез имплантирован в позиции "onlay", использованы сетки из полипропилена. В 5 случаях протезирующая пластика была ранее выполнена в условиях инфицированности грыжи (при наличии лигатурных свищей, абсцессов и гранулем). Кожно-протезные свищи (КПС) существовали от 1 года до 6 лет. Больные получали длительное безуспешное консервативное лечение.

Результаты и их обсуждение. Раневая инфекция - основная причина возникновения и формирования КПС. У всех 11 пациентов предыдущая операция осложнилась нагноением раны и развитием парапротезной инфекции, что нарушает процесс интеграции фибробластов в протез. Макроморфологическая картина при этом различна. В 7 случаях свищи проявлялись небольшим наружным отверстием диаметром 2-6 мм. В 4 случаях наблюдались дефекты кожи площадью от 2 до 10 см², дном которых являлся имплантат.

В обследование пациентов включали фистулографию, УЗИ области имплантации протеза, гистологическое исследование операционного материала.

При хронической парапротезной инфекции необходима повторная операция. Из-за наличия фиброзной ткани в зоне операции заживление раны без удаления сетки не имеет шанса на успех. Инфицированные имплантаты из полипропилена, как правило необходимо удалять. Иначе возможен рецидив грыжи, что потребует повторной установки

сетки или аутопластики. Иногда под протезом формируется плотная фиброзная капсула без дефектов. В таких ситуациях реимплантацию не выполняют.

Все пациенты прооперированы. В трех случаях выполнено иссечение участка протеза в пределах его интегрированной части. У восьми пациентов полностью удалены имплантаты с широкой диссекцией инфицированных тканей. При сформированной фиброзной капсуле без рецидива грыжи в четырех случаях операция завершена дренированием и ушиванием операционной раны с предварительным облучением всей поверхности расфокусированным лучом углекислотного лазера.

Репротезирование проведено четверым больным. На этапах операции использован углекислотный лазер для облучения операционной раны (длина волны - 10,6 мкм, мощность излучения 25 - Вт, экспозиция на 1 см² раневой поверхности в течение 5 сек.).

У 10 из 11 оперированных пациентов с хронической парапротезной инфекцией наступило выздоровление; в одном случае через 6 месяцев после реимплантации образовался новый свищ.

Изучен операционный материал, полученный во время повторных операций с иссечением имплантата. Светооптические исследования показали, что имеет место сморщивание сетки в конгломерат. При этом участки имплантата окружены общей соединительнотканной капсулой с выраженной воспалительной реакцией в виде скопления преимущественно круглоклеточных элементов. Нередко сетки инфицируются грибами рода *Candida* или микобактериями.

Выводы. В патогенезе кожно-протезных свищей после герниопластики с использованием сетчатых эндопротезов раневые осложнения являются основной причиной. Неадекватное дренирование пространства над имплантатом приводит к образованию сером и развитию парапротезной инфекции. Своевременное устранение этих осложнений позволяет в большинстве случаев купировать парапротезную инфекцию без удаления имплантата. В случаях хронической инфекции необходимо удаление имплантата.

*Karakozov P.E.,
Baibekov I.M.,
Ibadov B.K.,
Mardonov J.N.,
* Wann S.L.*

ULTRASTRUCTURAL PECULIARITIES OF THE SURGICAL SUTURES

*"Republican Specialized Center of Surgery named after academician V.Vakhidov" JSC
Wisconsin Heart Hospital, Milwaukee, USA

The spatial ultrastructure of a number of native (in vitro) surgical sutures with their knots used in surgery has been examined. Interaction between synthetic materials and biological tissues in various periods after their implantation into man and experimental animals (in vivo) were also studied. The methods of scanning and light microscopy of stained histological and half-

thin sections were used.

It was found that initial microstructural characteristics of homogenous by composition and apparently similar synthetic materials significantly differ, especially after their implantation in biological organism. Various defects of the samples, which have undergone to mechanical or biochemical influences,

are discovered before and after implantation. The degree of these defects and their nature were rather individual and depended on the type, composition of the synthetic material and manufacturer.

Moreover, these defects are revealed at very beginning stages of their application, before even sutures used. As a rule, it is a disintegration of suture fibres of different degree or the damages of their surface integrity. These processes much more marked in the knots where they took the range from minor deformation to total destruction and were followed by inescapable suture dehiscence. The most vulnerable subjects, in terms of disintegrative processes, are the braided absorbable sutures, while the least - the synthetic monofilaments. Stability and strength of the knot sizably depend on tightness of suture loops and durability of loops form. The suture surface microrelief and elasticity play notable role. From this position braided multifilament sutures have advantage before monofilament. In case when sutures directly contact with blood flow, the surface microrelief and physical-chemical characteristics are the source for thrombosis or microthrombosis before suture integrates with biological tissues.

The study of the coated braided or silicone treated sutures reveals that when knotting these materials deform the sutures surfaces with formation of numerous lumps of different sizes and shapes. Exactly in these

areas, in early postoperative period, fibrin deposition with further thrombi or microthrombi formation was observed as well as at the places of sutures surface damages. Knot dimension and linear size are important in cardiovascular surgery as source of thrombi. The braided suture knots approximate to flattened sphere, monofilament knots - to cylinder or cone. By contrast to the obvious convenience of their usage, the visualization of their three-dimensional structure reveals flaws, which may serve as a source of complications. The nature of interactions of artificial materials and the recipient tissues, and their integration into the cardiovascular or other biological system directly depend on the structure of used threads and their electrostatic characteristics.

The initial defects or damages decrease the period of sutures adequate functioning, increase the degree or risk of their destruction and raising specific for implants complications, including local and common hemodynamic disturbances, thrombosis and microthrombosis. Meanwhile the best results demonstrate synthetic monofilaments. The study of the thread cuts reveals that braided sutures form different degree fringe which is absent in monofilaments. The braided sutures faster and to greater extent integrate with biological tissues while monofilaments are encapsulated preserving their initial structure.

*Каракозов П.Е.,
Мардонов Ж.Н.,
Мусаев Э.Ш.*

ВЛИЯНИЕ ЛАЗЕРНОГО И СВЕТОДИОДНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ МЫШЕЧНЫХ РАН С РАЗЛИЧНЫМ ШОВНЫМ МАТЕРИАЛОМ

*АО "Республиканский специализированный центр хирургии
имени академика В.Вахидова"*

Известно выраженное стимулирующее влияние низкоинтенсивного излучения лазеров и светодиодов на процесс заживления кожных ран. Однако для многих разделов хирургии не менее важно и заживление мышечных ран различного типа. В этой связи важную роль играет изучение возможности фотостимулирования этого процесса.

Целью работы явилось исследование в эксперименте влияния низкоинтенсивного излучения лазеров и светодиодов на репарацию линейных мышечных ран, шовный материал и его взаимодействие с биологическими тканями в ране.

Материал и методики исследования. Линейные мышечные раны наносили на спине крыс породы Вистар, а затем ушивали узловым или непрерывным обвивным швом хирургическими нитями Ethibond, Prolene или капрон. Животных основной группы в течение 10 дней с момента операции ежедневно облучали с экспозицией 3 минуты. На раны воздействовали инфракрасным излучением лазеров ("Матрикс-ВЛОК", "Милта") или светодиодных матриц ("Барва-Флекс/СИК"). Процесс заживления ран исследовали комплексом морфо-

логических методик на 3, 7, 10, 15 и 30 день после операции. Применены СЭМ, ТЭМ, световая микроскопия окрашенных парафиновых и полутонких срезов. Результаты сравнивали с контрольной группой животных, не подвергавшихся квантовому воздействию.

Результаты и их обсуждение. Отмечены существенные морфологические изменения поперечно-полосатых мышц, особенно их сателлитного аппарата и межучной соединительной ткани всего через 2-3 сеанса фотостимулирующего воздействия. Это отражает усиление функционирования клеток при всех видах швов. Отмечено также значительное усиление микроциркуляции за счет структурных изменений как самих микрососудов, так и эритроцитов. При фотостимулировании заживления наблюдается не только увеличение митотической активности миоцитов, их сателлитных структур и клеток межучной соединительной ткани, но и возрастание активности всех типов фагоцитов. Взаимодействие шовного материала с окружающими тканями напоминает таковое в коже и больше зависит от структуры нитей, чем от типа швов. По-

лифиламентные (плетеные) нити вызывают более выраженные реактивно-воспалительные проявления миоцитов, клеток сателлитного аппарата и межучной соединительной ткани, чем монофиламентные. Однако первые значительно быстрее и теснее интегрируются с окружающими тканями, что приводит к постепенной деградации прокольного канала. Мононити, вызывая меньшую воспалительную реакцию, сохраняют прокольный канал во всех сроки наблюдения.

Фотостимулирование низкоинтенсивным излучением лазеров или светодиодов не оказывает видимого повреждающего влияния на шовный материал, но значительно влияет на взаимодействие шовного материала с биологическими объектами, заметно уменьшая проявление воспалительных реакций с ранних сроков наблюдения. Это в сочета-

нии с усилением пролиферации и дифференцировки клеток мышечной и окружающей соединительной тканей ведет к ускорению заживления линейных ран мышц, ушитых разными способами по сравнению с контролем.

Закключение. Воздействие низкоинтенсивным излучением лазеров и светодиодов стимулируют морфологическую динамику раневого процесса и микроциркуляции мышечных ран, снижает воспалительные реакции на шовный материал без влияния на его структуру, что способствует ускоренному заживлению. Мультифиламентные нити быстрее и более тесно интегрируются с тканями с деградацией прокольного канала, однако монофиламентные нити при длительном сохранении прокольного канала вызывают меньшую воспалительную реакцию при всех типах швов.

*Каракозов П.Е.,
Мардонов Ж.Н.,
*Чеканов В.С.,
Ванн Л.С.

РОЛЬ ВИДА ШОВНОГО МАТЕРИАЛА В РАЗВИТИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

*АО "Республиканский специализированный центр хирургии
имени академика В.Вахидова"*

**Институт сердца Висконсина, Милуоки, США*

Прогресс различных направлений хирургии неразрывно связан с развитием и внедрением в клиническую практику различных видов шовного материала. Шовный материал играет значительную роль не только в реализации, но и в исходе любой хирургической операции. Применение соответствующих целям интервенции нитей позволяет адекватно решать поставленные задачи в любой хирургической отрасли как интраоперационно, так и в ближайшем или отдаленном послеоперационных периодах.

Материал и методы. Методами сканирующей электронной и световой микроскопии изучена пространственная ультраструктура ряда нативных (in vitro) хирургических нитей и узлы из них, используемых в сердечно-сосудистой и абдоминальной хирургии, а также его взаимодействие с биологическими тканями в разные сроки после имплантации человеку и экспериментальным животным (in vivo). Исследован шовный материал фирм производителей (или владельцев торговой марки) России, Германии, США, Шотландии, Швеции - АККИ, Premilene, Syntofil, Teflon-Polyester, Vitalon, Surgidac, Biosin, Surgi pro, Monosoft, Polisorb, Cotton, Surgilene, Novafil, Ti-Cron, Dexon II, Maxon, Ethibond Exel, Ethibond Extra, Mersilene, Prolene, Vicril. Исследованы 6 нитей каждого типа и бренда взятые рандомизированно из товарной партии.

Результаты и их обсуждение. Выявлено, что исходные микроструктурные характеристики однородных по строению внешне схожих синтетических материалов, весьма разнятся между собой, особенно при их имплантации в организм или моде-

лировании процессов имплантации. При этом выявляются разнообразные дефекты образцов, подвергшихся механическим или биохимическим воздействиям. Степень и характер возникающих дефектов весьма индивидуальны и зависят от типа и состава синтетического материала, а также фирмы-производителя. Дефекты начинают выявляться уже на начальной стадии применения шовного материала до его использования. Как правило, это различной степени дезинтеграция волокон нити и нарушение целостности их поверхности. Эти процессы значительно более выражены в узлах, где они приобретают размах от незначительной деформации до полного разрушения, что приводит к неизбежной недостаточности шва. Наиболее подвержены дезинтеграционным процессам плетеные рассасывающиеся нити, наименее - синтетические монофиламентные. Стабильность и прочность узла в немалой степени зависят от плотности прилегания петель нити друг к другу и длительного сохранения ими своей формы. При этом заметную роль играют микрорельеф поверхности и эластичность нити. С этой позиции плетеные мультифиламентные нити имеют преимущество перед монофиламентными.

Шовный материал, используемый в сердечно-сосудистой хирургии, непосредственно соприкасается с кровотоком в просвете сердца или сосуда. Соответственно, его поверхностный микрорельеф и физико-химические свойства являются источником тромбообразования (или микротромбообразования) до интеграции нити в биологическую

ткань. При изучении плетеных нитей с покрытием или пропитанных силиконом выявлено, что при завязывании узлов этот материал деформирует поверхность нити образуя многочисленные разного размера и формы бугры. Именно в этих участках, как и в местах нарушения целостности поверхности нити, выявлено отложение фибрина и образование тромбов или микротромбов в раннем послеоперационном периоде. В сердечно-сосудистой хирургии имеют значение также объем и линейные размеры узлов, выступающих в просвет сердца или сосуда, как источники микротромбов. Узлы из плетеных нитей больше приближаются по форме к уплощенной сфере, а узлы из монофиламентных нитей - к цилиндру или конусу. Таким образом, преимущества такого шовного материала с точки зрения удобства применения в хирургии становятся нередко ощутимыми недостатками при изучении их трехмерной структурной организации. Характер взаимодействия искусственных материалов с тканями реципиента и их интеграция в сердечно-сосудистую систему непосредственно зависят от структуры нитей и их электростатических

свойств. Исходные дефекты или повреждения, возникающие в процессе использования, уменьшают срок адекватного функционирования нитей, увеличивают степень или риск их разрушения и появления специфических для имплантатов осложнений, включая нарушения общей и локальной гемодинамики, тромбоза или микротромбоза. Наилучшие результаты наблюдались у синтетических монофиламентных нитей. Имеет значение также и характер среза нитей. У плетеных синтетических нитей образуется разной степени выраженности бахрома, чего лишены монофиламентные нити. Скорость, степень и качество интеграции синтетических нитей и узлов в ткани реципиента являются важными факторами. Плетеные нити быстрее и в наибольшей степени интегрируются с биологическими тканями, монофиламентные инкапсулируются сохраняя свою исходную структуру.

Заключение. Для предотвращения или снижения риска возникновения различных осложнений каждую партию шовного материала перед использованием следует подвергать тщательному структурному морфологическому анализу.

*Каримов Ш.И.,
Асраров А.А.,
Баймаков С.Р.,
Хакимов М.Ш.*

ЭНТЕРОСОРБЦИЯ КАК МЕТОД ДЕТОКСИКАЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Ташкентская медицинская академия

Острая кишечная непроходимость (ОКН) остается одной из наиболее актуальных проблем хирургии. Высокая летальность при этой патологии (17-21%) в большинстве случаев обусловлена развитием тяжёлого эндотоксикоза и связанными с ним полиорганными нарушениями. В связи с этим целью нашей работы явилось улучшение результатов лечения больных с ОКН путем определения роли и места энтеросорбции зеротоксом в комплексе энтеральных мероприятий по предупреждению бактериальной транслокации и эндотоксикоза. Нами были изучены результаты лечения 63 пациентов с ОКН неопухолевого генеза, которые были оперированы в хирургических отделениях 2 и 3 клиник Ташкентской медицинской академии в 2010-2015 г. Наиболее частой причиной ОКН была спаечная кишечная непроходимость, наблюдавшаяся у 35 (55,6%) больных; странгуляционная кишечная непроходимость была диагностирована у 18 (28,6%), а обтурационная кишечная непроходимость - у 10 (15,8%) пациентов.

В зависимости от использованных лечебных мероприятий больные были разделены на 2 группы. Контрольную группу составили 25 пациентов без энтеросорбции, в основную группу включены 38 больных, которым применяли энтеросорбент "зеротокс" (препарат Узбекского Научно-исследовательского химико-фармацевтического института

имени А. Султанова, Ташкент).

В контрольной группе лечение проводили по принятой в клинике традиционной методике. В раннем послеоперационном периоде - декомпрессия кишечника (ДК) и кишечный лаваж (КЛ) через установленный во время операции двухканальный назоинтестинальный зонд. КЛ осуществляли путем капельного введения 1500 мл солевого раствора (идентичного по электролитному составу химусу тонкой кишки) через малый просвет назоинтестинального зонда с экспозицией 30 минут и активной аспирацией.

Пациенты основной группы получали аналогичный комплекс лечебных мероприятий с энтеросорбцией. Энтеросорбцию зеротоксом начинали после активной аспирации содержимого тонкого кишечника с капельного введения в назоинтестинальный зонд энтеросорбента. Разовый объем суспензии сорбента составлял 500 мл. После введения препарата создавали экспозицию в течение 30 минут, затем проводили активную аспирацию из большого просвета зонда. Сеансы энтеросорбции проводили каждые 8 часов (3 раза в сутки) в течение 3-5 суток в зависимости от уровня ЭИ, состояния моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), общего самочувствия больных. Для оценки эффективности лечения применяли общепринятые клинические, лабораторные, микро-

биологические и инструментальные методы (ЭКГ, УЗИ, рентгеноскопию, рентгенографию и периферическую полиэлектроэнтерографию).

Нарушение гемодинамики и высокие потери воды и электролитов по анализам крови при поступлении свидетельствовали об исходно тяжелом состоянии пациентов обеих групп.

Интраоперационно во время установки назоинтестинального зонда проводили поэтапную аспирацию содержимого ЖКТ, объем которого в среднем достигал 1860 ± 34 мл.

У больных с легкой степенью эндотоксемии появление перистальтических волн и значительное снижение объема отделяемого из ЖКТ отмечали уже на 3 сутки после операции. А у пациентов с тяжелой степенью даже при благоприятном течении - лишь к 5-6 суткам послеоперационного периода. Благодаря энтеральным мероприятиям достоверно снижались показатели эндотоксемии. У 5 (20%) больных, в основном с эндотоксемией тяжелой степени, наблюдались послеоперационные осложнения; умерли 2 пациента (8%) вследствие полиорганной недостаточности.

Дополнение комплекса энтеральных лечебных мероприятий в раннем послеоперационном периоде энтеросорбцией больным, находящимся в более тяжелом состоянии, привело к заметным положительным сдвигам. Согласно результатам полиэлект-

роэнтерографии, появление активных перистальтических волн у большинства пациентов основной группы отмечалось в среднем на 2-3 сутки, а перистальтические волны, приближенные к норме - на 4 сутки после операции. Наряду с этим у больных основной группы наблюдалось прогрессивное уменьшение отделяемого из назоинтестинального зонда и объективное подтверждение появления удовлетворительной перистальтики кишечника (полиэлектроэнтерография) в более ранние сроки.

Анализ послеоперационных осложнений показал, что благодаря такому дифференцированному подходу к лечению в основной группе послеоперационные осложнения возникли только у 3 (7,9%) больных, умер один (2,6%) от инфаркта миокарда.

Таким образом, дополнение комплексного лечения энтеральными лечебными мероприятиями с использованием отечественного энтеросорбента зеротокса способствовало улучшению микрофлоры кишечника, препятствовало транслокации бактериальной флоры из кишечника, тем самым значительно уменьшило число послеоперационных осложнений (с 20 до 7,9%) и летальности (с 8 до 2,6%). Проведение указанных мероприятий данным больным в качестве подготовительного этапа создаёт благоприятные условия для дополнительной нутритивной поддержки нарушений метаболических процессов организма наиболее физиологичным энтеральным путем.

*Каримов Ш.И.,
Баймаков С.Р.,
Асраров А.А.,
Насриддинов У.К.*

ИЗМЕНЕНИЕ МИКРОФЛОРЫ И ФАКТОРОВ МЕСТНОЙ ЗАЩИТЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Ташкентская медицинская академия

Острая кишечная непроходимость (ОКН) - одна из наиболее сложных проблем неотложной абдоминальной хирургии из-за высокой летальности (17-21%), что обусловлено развитием эндотоксикоза и полиорганной недостаточности.

Для динамической оценки количественного состава микрофлоры кишечника и определения показателей местных факторов защиты экссудата брюшной полости при комплексном лечении больных с острой кишечной непроходимостью нами изучены результаты лечения 63 больных с ОКН неопухолевого генеза, оперированных в хирургических отделениях 2 и 3 клиник Ташкентской медицинской академии в 2010-2015 годах. Наиболее частой причиной ОКН была спаечная кишечная непроходимость - 35 (55,6%) пациентов, странгуляционная кишечная непроходимость диагностирована у 18 (28,6%) больных, обтурационная кишечная непроходимость - у 10 (15,8%).

В зависимости от используемых лечебных мероприятий пациенты были разделены на 2 группы. 25 больных составили контрольную группу без использования сорбента, 38 пациентов с применени-

ем энтеросорбента были включены в основную группу. В качестве энтеросорбента использовали препарат зеротокс на основе гидролизного лигнина шелухи семян хлопчатника (производства Узбекского научно-исследовательского химико-фармацевтического института имени А. Султанова, Ташкент).

Больные контрольной группы получали лечение по традиционной методике с проведением в раннем послеоперационном периоде активной декомпрессии кишечника (ДК) и кишечного лаважа (КЛ) через установленный во время операции двухканальный назоинтестинальный зонд.

Пациенты основной группы получали комплекс лечебных мероприятий, дополненный энтеросорбцией. Энтеросорбцию суспензией зеротокса начинали с капельного введения в назоинтестинальный зонд в объеме 500 мл с экспозицией в течение 30 минут и последующей активной аспирацией. Энтеросорбцию проводили в зависимости от показателей эндотоксемии и общего состояния больного 3 раза в день в течение 3-5 суток.

Исследования видового состава микрофлоры экссудата брюшной полости и кишечного содер-

жимого, иммунологические исследования у больных с острой кишечной непроходимостью проводили на кафедре микробиологии Ташкентского государственного стоматологического института.

Результаты изучения количественных параметров микроорганизмов в содержимом кишечника у пациентов с острой кишечной непроходимостью выявили картину дисбиоза. Микрофлора кишечника после применения энтеросорбента значительно улучшилась уже на 5 сутки после операции. Результаты микробиологического исследования экссудата брюшной полости в динамике во время операции и в послеоперационном периоде свидетельствовали о том, что при ОКН стенки кишечника становятся проницаемыми для микроорганизмов (горизонтальная бактериальная транслокация). В экссудате, взятом на 5 сутки после операции, микроорганизмы не были выявлены. После энтеросорбции препаратом зеротокс уже на 5 сутки наблюдалось отсутствие экссудата в брюшной полости.

При исследовании экссудата брюшной полости у больных с ОКН выявлены значительные нарушения местных факторов защиты, максимально выраженные на высоте кишечной непроходимости, а также в ранние сроки после операции. На 5 сутки после операции показатели местных факторов защиты медленно восстанавливались. У пациентов основной группы после применения энтеросорбента уже на 3 сутки после операции в экссудате брюшной полости показатели местных фак-

торов защиты восстанавливались, приближаясь к контрольным значениям.

Послеоперационные осложнения наблюдались у 5 (20%) больных контрольной группы, в основном с тяжелой степенью эндотоксемии; умерли 2 пациента (8%) вследствие полиорганной недостаточности.

Анализ результатов лечения показал, что благодаря дифференцированному подходу с включением энтеросорбции в основной группе послеоперационные осложнения возникли только у 3 (7,9%) больных, умер 1 (2,6%) пациент от инфаркта миокарда.

Таким образом, у больных, страдающих острой кишечной непроходимостью, в содержимом кишечника развивается дисбиоз. В экссудате из брюшной полости, особенно при наличии перитонита, у всех больных отмечалась микробная контаминация, что свидетельствует о бактериальной транслокации, также отмечался достоверный иммунодефицит по всем показателям местных факторов защиты. Начиная с 3 суток, в экссудате брюшной полости отмечаются позитивные сдвиги всех показателей локальной защиты. Применение энтеросорбента значительно улучшает количественный и качественный состав микрофлоры кишечника, наблюдаются раннее прекращение экссудации в брюшную полость, позитивные сдвиги всех показателей локальной защиты уже на 3 сутки после операции, благодаря чему значительно снижаются количество послеоперационных осложнений и летальность.

*Каримов Ш.И.,
Беркинов У.Б.,
Саттаров О.Т.,
Холматов Ш.Т.,
Имамов А.А.*

ВЫБОР СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования - улучшить результаты лечения больных с паховыми грыжами путем обоснования выбора оптимального способа хирургического лечения.

Материалы и методы. Во 2 клинике ТМА с 2012 по 2016 год прооперированы 326 пациентов с паховыми грыжами в возрасте от 20 до 74 лет (в среднем $54 \pm 4,8$ лет). Женщин было 42, мужчин - 298. Правосторонняя грыжа была у 154 пациентов, левосторонняя - у 159, двусторонняя - у 27. 244 больным произведена лапароскопическая герниопластика, 82 - операция Лихтенштейна. Полностью внебрюшинная (методика ТЕР) герниопластика выполнена 182 пациентам, трансабдоминальная (методика ТАРР) - 62. В 287 случаях операция произведена по поводу косой паховой грыжи, в 39 - прямой. В 31 наблюдении выполнены симультанные операции: лапароскопическая холецистэктомия (16), лапароскопическая герниопластика по поводу пупочной грыжи (7), лапароскопическая цистэктомия печени (5), лапароскопическая эхи-

нококкэктомия печени (3).

Результаты и их обсуждение. Длительность операции Лихтенштейна составила, в среднем, $65 \pm 5,5$ минуты при односторонней грыже, при двусторонней - $122 \pm 5,5$ мин. Интраоперационных осложнений не было. В послеоперационном периоде отмечены следующие осложнения: серома - у 5 (5,7%) больных, гематома - у 4 (4,5%), инфильтрат - у 8 (9%), нагноение - у 1 (1,1%). 10 (11,4%) пациентов предъявляли жалобы на нарушение чувствительности в паховой области. У 10 (11,4%) больных в сроки от 5 месяцев до 3 лет развилась паховая грыжа с противоположной стороны. Рецидив грыжи в сроки от 1,5 до 3 лет отмечен у 2 (2,3%) пациентов.

Длительность операции ТАРР была, в среднем, $74,5 \pm 4,3$ минуты при односторонней и $124,3 \pm 4,1$ минуты при двусторонней грыже. В послеоперационном периоде после ТАРР наблюдались следующие осложнения: серома раны в области пупка - у 3 (6,8%) больных, невралгические боли - у 3 (6,8%),

гематома паховой области - у 2 (4,5%).

Продолжительность операции по ТЕР составила $62,5 \pm 4,3$ минуты при односторонней и $98,3 \pm 4,1$ минуты при двусторонней грыже. Пациенты после ТЕР, так же, как и после ТАРР были активны уже к следующим суткам после операции. В послеоперационном периоде наблюдались серома раны в области пупка - у 3 (1,8%) больных, невралгические боли - у 6 (3,6%), гематома паховой области - у 6 (3,6%).

Среднее время пребывания пациентов в стационаре после лапароскопических герниопластик составило $3,1 \pm 1,3$ койко-дня. После операции больные уже на 7-8 сутки возвращались к нормальной деятельности. Рецидивов грыж не было.

Проведенные нами исследования позволили определить показания к выполнению различных методик хирургической коррекции при паховых

грыжах. При рецидивных, невправимых и грыжах больших размеров предпочтительна операция Лихтенштейна. При необходимости симультанных операций на органах брюшной полости операцией выбора является ТАРР. В остальных случаях целесообразна лапароскопическая герниопластика внебрюшинным способом.

Анализ результатов различных ненапряжных методов герниопластики говорит об эффективности лапароскопических методов. Их применение позволяет сократить раневые осложнения, пребывание пациентов в стационаре, срок реабилитации. Важен косметический эффект и возможности выполнения симультанных операций. Одно из достоинств операции - отсутствие рецидивов. ТЕР предпочтительнее ТАРР, так как не нарушается целостность брюшины, что обуславливает низкий уровень внутрибрюшинных осложнений.

*Каримов Ш.И.,
Маткулиев У.И.,
Ашуров Ш.Э.,
Имамов А.А.,
Холматов Ш.Т.*

РОЛЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО КЛИППИРОВАНИЯ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ПЕПТИЧЕСКИХ ЯЗВ

Ташкентская медицинская академия

Среди urgentных осложнений пептической язвы кровотечение составляет до 90% случаев. Общая летальность у этой категории больных достигает 40%, а после операций, выполненных на фоне продолжающегося кровотечения или при его рецидиве - 55-75%.

Цель исследования - улучшить результаты лечения больных с кровотечениями из язв желудочно-кишечных анастомозов с высоким анестезиологическим риском.

Проанализированы результаты лечения 7 пациентов с кровотечением из пептической язвы в отделении экстренной хирургии 2 клиники ТМА с 2013 по 2016 год. Из анамнеза все больные перенесли операцию резекцию желудка по поводу перфорации язвы двенадцатиперстной кишки в сроки от 2 до 25 лет. Со слов пациентов, в течение 2-5 лет их беспокоили боли, изжога и метеоризм, которые купировали спазмолитиками, антацидами и противоязвенными препаратами. За медицинской помощью не обращались. Мужчин было 6, женщин - 1 в возрасте от 33 до 58 лет. Всем пациентам выполняли видеогастроскопию для определения источника и оценки степени кровотечения по классификации Forrest. В 2 наблюдениях кровотечение оценено как F-IA, в 3 - F-IB и в 2 - F-IIA. 5 больных были в тяжелом и крайне тяжелом состоянии за счет массивной кровопотери и тяжелых сопутствующих патологий. У 6 больных имелись сопутствующие заболевания: у 1 пациента - терминальная фаза хронической почечной недостаточности

(пациент периодически получал гемодиализ); у второго - постинфарктный кардиосклероз с хронической сердечной недостаточностью; у третьего - декомпенсированная форма сахарного диабета, инсулинзависимая форма; у четвертого - болезнь Верльгофа; у пятого - двусторонний туберкулез с явлениями дыхательной недостаточности; у шестого - состояние после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения с гемипарезом, ишемической болезнью сердца, постинфарктным кардиосклерозом, хронической сердечной недостаточностью. Показатели гемоглобина - от 28 до 87 г/л. Во всех случаях для достижения гемостаза были установлены клипсы фирмы "СООК". Необходимо отметить, что ни в одном наблюдении эндоскопическая манипуляция не оказала влияния на тяжесть сопутствующей патологии.

Результаты и их обсуждение. В наших наблюдениях гемостаз путем эндоклипирования достигнут в 6 случаях (85,7%). Рецидив и летальность после этого не отмечены. 1 больному из-за невозможности установить источник профузного кровотечения выполнить клипирование не удалось. Пациенту произведено открытое оперативное вмешательство - гастротомия с прошиванием кровоточащей язвы. В позднем послеоперационном периоде у больного развилась вентральная грыжа.

Эндоскопическое клипирование является высокоэффективным методом гемостаза при кровотечениях из желудочно-кишечного тракта. В лечении больных с кровотечением из пептических язв эффектив-

ность методики достигает 85,7%. Эндоскопическое клипирование является методом выбора при гастро-

дуоденальных кровотечениях при тяжелой сопутствующей патологии и высоком операционном риске.

*Каримов Ш.И.,
Хакимов М.Ш.,
Асраров А.А.,
Ашуров Ш.Э.,
Каримов М.Р.*

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Ташкентская медицинская академия

Одной из сложных проблем неотложной хирургии органов брюшной полости является своевременная диагностика заболеваний, особенно при атипичном течении. При перфоративных язвах промежуток времени в 2-3 часа может существенно повлиять на выбор радикальности оперативного вмешательства.

Учитывая изложенные, мы разработали алгоритм диагностических мероприятий при подозрении на перфорацию язв гастродуоденальной зоны.

Как известно, классическим признаком перфорации язвы является наличие свободного газа под куполом диафрагмы на обзорной рентгеноскопии органов брюшной полости. Однако нередко данный признак не выявляется. В таких случаях после обзорной рентгеноскопии выполняется гастроскопия с нагнетанием в полость желудка большого количества воздуха. Затем повторяется рентгенологическое исследование. При наличии прикрытой перфорации гастродуоденальных язв на повторной рентгеноскопии выявляется наличие свободного газа (первый этап). Однако данный диагностический прием не всегда позволяет выявить рентгенологические признаки заболевания. В таких ситуациях проводится ультразвуковое исследование, при котором выявляется свободная жидкость под печенью, в правом боковом канале или малом тазу

(второй этап). При отрицательных результатах приведенных инструментальных исследований выполняется ЭГДФС, которая позволяет определить наличие язвенного субстрата и его перфорацию (третий этап). Лишь при неэффективности указанных диагностических приемов выполняется диагностическая лапароскопия (четвертый этап).

Аналогичный диагностический алгоритм применен 61 больному в отделении экстренной хирургии клиники госпитальной и факультетской хирургии лечебного факультета ТМА с 2010 по 2016 год. Клиническая картина заболевания была стертой. На первом этапе диагностического алгоритма перфорация язв гастродуоденальной зоны было диагностировано у 19 больных, на втором - у 13, на третьем - у 20, на четвертом - у 9. Применение данного диагностического алгоритма при перфорациях язв желудка и двенадцатиперстной кишки позволило в 67,2% наблюдений выполнить радикальную операцию благодаря ранней диагностике.

Предложенный нами алгоритм диагностики перфорации язвы гастродуоденальной зоны позволил в большинстве случаев произвести первичную радикальную операцию благодаря ранней диагностике осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

*Курьязов Б.Н.,
Бабаджанов А.Р.,
Рузметов Б.А.,
Бабажанов М.Б.*

ВЫБОР МЕТОДА АЛЛОПЛАСТИКИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

*Ургенский филиал Ташкентской медицинской академии
Хорезмский областной многопрофильный медицинский центр*

Введение. Хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж (ПВГ) остается одной из актуальных проблем современной герниологии.

Частота вентральных грыж после лапаротомии варьирует от 2 до 20%. Рецидивы вентральных грыж при пластике с использованием местных тканей составляют 30-60%, а при протезировании сетчатыми эндопротезами - 3-6%. Летальность после плановых операций по поводу послеоперационных вентральных грыж наблюдается у 3-7%

больных. В настоящее время в лечении вентральных грыж широкое распространение получил метод аллопластики с применением полипропиленовой сетки.

Цель настоящего исследования - оценить результаты применения полипропиленовой сетки "Эсфил" у больных с послеоперационными вентральными грыжами. Во всех случаях в качестве шовного материала использовали полипропилен (Монофил).

Материал и методы. В отделении абдоминаль-

ной хирургии Хорезмского областного многопрофильного медицинского центра с 2010 по 2015 год выполнена аллопластика послеоперационных вентральных грыж 230 больным. Мужчин было 46 (20%), женщин - 184 (80%). Возраст больных колебался от 24 до 79 лет. В возрасте до 29 лет было 14 больных, от 30 до 40 лет - 65, от 45 до 59 лет - 114, от 60 до 74 лет - 34, от 75 до 89 лет - 3. 114 (49,5%) - больных были в возрасте от 45 до 59 лет, 65 (28,2%) - лица 30-44 лет (зрелый возраст).

Для характеристики грыж использовали классификацию К.Д. Тоскина, соавт. и Rath A. et Chevrel S. (1999). Больные были разделены на 3 группы в зависимости от способа герниопластики. В 1 группу включены 196 (85,2%) больных, которым аллопластика выполнена в "Onlay" позиции. Во 2 группу - 25 (10,8%) больных, у которых протез размещался под апоневрозом "Sublay". 3 группу составили 9 (3,9%) больных, оперированных по методике "Inlay".

Грыжи W3, W4 выявлены у 120 (55,5%) больных. Гигантские грыжи были у 21 (5,5%), обширные - у 106 (32,5%), средние у 62 (5,5%), малые - у 36 (6,3%). Срединные послеоперационные грыжи были у 203 больных. Из них эпигастральные - у 87, мезогастральные - у 26 и гипогастральные - у 92 больных. Грыжи боковых отделов передней брюшной стенки выявлены у 25 больных (у 11 - в подвздошной области, у 10 - в подреберье и у 4 - в поясничной области). У 44 больных отмечены невправимые грыжи. У 8 больных одновременно выявлены несколько грыж разных локализаций. У 130 (56,5%) больных выявлены сопутствующие заболевания: ишемическая болезнь сердца в сочетании с артериальной гипертензией (42), ожирение II-III степени (66), сахарный диабет (22). Диаметр дефекта брюшной стенки не всегда соответствовал размерам грыжи.

Результаты и их обсуждение. В послеоперационном периоде все больные получали антибиотики группы цефалоспоринов (цефазолин, цефатоксим) по 1,0 г. 2-3 раза в день в течение 3-5 дней.

Всем больным с целью профилактики послеоперационных раневых осложнений рану дренировали двумя полихлорвиниловыми трубками от системы для проведения инфузионной терапии через отдельный прокол кожи. Дренажи удаляли обычно на 2-5 сутки после операции. У 97 боль-

ных дренажи удалены на 2-3 сутки, у 114 - на 5 сутки после прекращения истечения серозной жидкости. 9 больных с иссечением кожно-жирового фартука и длительной экссудацией из ран были выписаны с дренажами. Дренажи у этих больных были удалены на 14-17 сутки после прекращения истечения серозной жидкости. После удаления дренажей выполняли УЗИ брюшной стенки для исключения скопления жидкости. У 4 больных серомы купированы путем пункции, у 2 - путем дренирования.

В раннем послеоперационном периоде осложнения общего характера наблюдались у 5 (2,2%) больных 1 группы: парез кишечника (3), СИАГ (2). Местные раневые осложнения развились у 20 (8,7%) больных.

В 1 группе у 8 больных наблюдалась длительная экссудация из раны серомы - у 5, гематома послеоперационной раны - у 2; частичный некроз краев раны в области смыкания разрезов после дермолипэктомии - у 1. Во 2 группе у 3 больных отмечено формирование гематомы послеоперационной раны. В 3 группе у 1 наблюдалась серома.

При изучении отдаленных результатов за период от 6 мес. до 3,5 лет рецидивы грыжи не обнаружены. Дискомфорт, болевые ощущения, чувство инородного тела в зоне операции не отмечены. Все больные вернулись к полноценной жизни, не ограничивают физические нагрузки. Случаев отторжения протеза не было.

Заключение. Основным направлением герниологии является индивидуальный дифференцированный подход к выбору метода операций.

Внедрение новых технологий и синтетических протезов позволило резко уменьшить травматичность оперативных вмешательств, снизить количество послеоперационных осложнений, улучшить непосредственные и отдаленные результаты лечения у больных с послеоперационной грыжей. Аллопластика послеоперационных вентральных грыж с использованием полипропиленовой сетки является методом выбора.

Надапоневротическая фиксация эндопротеза характеризуется малой травматизацией ткани, простотой выполнения, что позволяет шире рекомендовать её в лечении малых и средних послеоперационных вентральных грыж.

*Курьязов Б.Н.,
Бабаджанов А.Р.,
Рузметов Б.А.,
Бабаджанов М.Б.*

ПЛАСТИКА ПО ЛИХТЕНШТЕЙНУ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ

*Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии
Хорезмский областной многопрофильный медицинский центр*

Лечения паховых грыж (ПГ) остаётся актуальной медицинской и социальной проблемой, так как частота рецидивов составляет 5-19% при простых грыжах и 15-46% - при сложных.

В последние 30 лет в США и Европе основным методом оперативного лечения паховых грыж (70-80%) стал ненапряжной метод. В большинстве лечебных учреждений нашей страны продолжают исполь-

зывать методы герниопластики местными тканями с укреплением передней стенки пахового канала, хотя еще на Тульской конференции хирургов было указана порочность этой методики (А.Е. Борисов, 2002).

Цель исследования - улучшить результаты хирургического лечения паховых грыж использованием полипропиленового эндопротеза.

Материалы и методы. В последние годы для укрепления задней стенки пахового канала широко используется полипропиленовая сетка. За последние 5 лет нами оперированы 109 больных с паховыми грыжами в абдоминальной хирургии областного многопрофильного медицинского центра (ОММЦ) по методу Лихтенштейна. Основной контингент больных составили мужчины в возрасте от 22 до 80 лет. Среди них с рецидивными паховыми грыжами были 32 (29,3%) больных, с первичными паховыми грыжами - 77 (70,6%). У 71 (65,1%) - косая паховая грыжа, у 34 (34,8%) - прямая паховая грыжа; правосторонние грыжи были у 83 (76,1%), левосторонние - у 24 (22%) пациентов. Во всех операциях применяли региональную анестезию.

В качестве имплантата использовали стандартные полипропиленовые сетки ЭСФИЛ (Линтекс), которые обладают инертностью, биосовместимостью, резистентностью к инфекции, механической прочностью. После выделения грыжевого мешка, его перевязки и отсечения (при косых грыжах) или погружения в брюшную полость (при пря-

мых), производили ушивание поперечной фасции по Иоффе. Сетку моделировали по размерам задней стенки пахового канала. Эндопротез фиксировали непрерывными швами полипропиленовой атравматичной нитью 2/0 к лонному бугорку, паховой связке, узловыми швами к внутренней косой мышце живота.

Апоневроз наружной косой мышцы живота ушивали непрерывным швом полипропиленовой нитью 2/0.

Результаты и их обсуждение. Все больные перенесли операцию легко, в первые часы после нее могли вставать и ходить. Обращало на себя внимание практически полное отсутствие болей в зоне операции. После операций отмечены 2 осложнения: инфильтрат послеоперационной раны (1) и гематома подкожной клетчатки (1), которые ликвидированы консервативным путем. Пребывание больных в стационаре составило - 2-4 дня.

Отдаленные результаты прослежены у 67 больных сроком от 1 до 3 лет. Рецидивы не выявлены.

Заключение. Таким образом, пластика по Лихтенштейну с использованием полипропиленового эндопротеза технически проста и малотравматична, дает хорошие ближайшие и отдаленные результаты; практически не приводит к рецидивам заболевания. Она показана при всех видах паховых грыж, особенно при сложных паховых грыжах у больных трудоспособного возраста и у пожилых пациентов с множеством сопутствующих заболеваний.

*Кутлиев С.Р.,
Рамазонова Ш.С.,
Муаззамов Б.Б.*

ТАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ И ХОЛАНГИТОМ

Бухарский государственный медицинский институт

Цель исследования - оценить эффективность лазерного облучения внепеченочных желчных протоков и печени у больных механической желтухой и холангитом после операций на желчевыводящих путях.

Материал и методы. Клинические исследования проведены у 17 больных в возрасте от 42 до 60 лет с данным патологическим процессом. Всем больным проводили оперативные вмешательства с обязательной холецистэктомией в сочетании с другими комбинированными операциями на желчевыводящих путях: холедохолитотомия, дренирование холедоха по Пиковскому - 5 пациентам; холедохолитотомия, дренирование холедоха по Вишневному - 7 пациентам; холедохолитотомия, холедоходуоденоанастомоз - 3 пациентам; эндоскопическая папиллосфинктеротомия - 2 пациентам.

В послеоперационном периоде проводили комплексное консервативное лечение с применением лазерного облучения. Облучение желчных протоков и печени осуществляли полупроводниковым лазером "УЗОР" с длиной волны 890 нм в им-

пульсном режиме с частотой следования импульсов 3000 Гц и средней импульсной мощностью 2 Вт. Облучение проводили после основного этапа операции и в послеоперационном периоде сканирующим методом со скоростью 0,5-0,6 см/с по всей поверхности. Время облучения печени составило 4 минуты, желчных протоков - 2 минуты. Для оценки эффективности лазерного облучения печени и желчных протоков проводили лабораторные, биохимические, морфологические, иммунологические, бактериологические исследования до и после облучения на первые, седьмые, четырнадцатые сутки после операции.

Результаты и их обсуждение. В результате исследований установлено, что у больных механической желтухой с явлениями холангита имеется активация перекисного окисления липидов, о чем свидетельствует увеличение в плазме крови гидропероксидных липидов в 6,1 раза и снижение антиоксидантной защиты крови. Эти изменения прямо зависели от тяжести эндотоксикоза (увеличение содержания молекул средней массы в плазме

крови в 3,6 раза) и выраженности билирубинемии, увеличения активности АЛТ и АСТ.

Полученные данные свидетельствуют об эффективности лазерного облучения желчных протоков и печени в комплексном лечении больных механической желтухой и холангитом. Использование данного метода способствует снижению активности перекисного окисления липидов и уве-

личению антиоксидантной защиты крови, нормализации иммунного статуса, уменьшению тяжести эндогенной интоксикации, более быстрому снижению воспалительных процессов, благоприятному течению послеоперационного периода, уменьшению количества послеоперационных осложнений и сокращению продолжительности пребывания больных в стационаре (10-12 дней).

*Лигай Р.Е.,
Низамходжаев З.М.,
Гулямов О.М.,
Цой А.О.,
Нигматуллин Э.И.*

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСТИРПАЦИИ ПИЩЕВОДА С ОДНОМОМЕНТНОЙ ГАСТРОЭЗОФАГОПЛАСТИКОЙ

АО "Республиканский специализированный центр хирургии имени академика В.Вахидова"

Актуальность. Реконструктивно-восстановительная хирургия пищевода остается одним из наиболее сложных направлений гастроэнтерологии. Наиболее значимые успехи достигнуты в последние два десятилетия, что обусловлено внедрением новых технологий, совершенствованием методов диагностики, успехами анестезиологии и реаниматологии, позволившими выполнять сложнейшие вмешательства на пищеводе. Ключевым вопросом остается восстановительный этап операции: выбор органа и способа формирования трансплантата и пищеводных анастомозов. Наиболее распространенным вмешательством в хирургии рака пищевода и его доброкачественных сужений является субтотальная экстирпация пищевода (ЭП) с гастрозофагопластикой, т.к. благодаря пластичным качествам и особенностям кровоснабжения желудок считается оптимальным органом для формирования трансплантата. Однако в 5-10% случаев наступает частичный или тотальный некроз трансплантата, который часто заканчивается фатально из-за развития гнойного медиастинита и эмпиемы. Заключительным этапом эзофагопластики является формирование ПА. Проблема выбора оптимального варианта ПА остается не полностью решенной, а множество технических аспектов их формирования до сих пор дискутируются. В настоящее время известно множество вариантов ПА, при этом большинство авторов пропагандируют собственные. По данным мировой статистики, частота недостаточности ПА колеблется от 5 до 31%. Причины развития недостаточности ПА многочисленны и порой носят взаимно отягощающий характер.

Цель - изучить результаты усовершенствованной методики формирования трансплантата из желудка после экстирпации пищевода (ЭП)

Материал и методы. С 2001 по 2015 год выпол-

нены 155 субтотальных ЭП по поводу: рака - 129 (83,2%), ахалазии кардии IV ст. - 15 (9,7%), постожоговых рубцовых стриктур - 6 (3,8%) и стенозирующий рефлюкс-эзофагит - 5 (3,2%) больным.

Результаты и их обсуждение. В 2001 году внедрена усовершенствованная методика формирования трансплантата из желудка. Суть предлагаемой методики заключается в сохранении двух питающих сосудов: правой желудочно-сальниковой и правой желудочной артерии. При этом сохраняется антральный отдел желудка. Нами разработана и внедрена в клиническую практику собственная методика соустья, суть которой заключается в формировании внеполостного шейного арефлюксного косопоперечного эзофагогастроанастомоза (ЭГА) путем адекватной адаптации сшиваемых органов.

Анализ характера непосредственных послеоперационных осложнений показал, что благодаря внедрению усовершенствованных методик формирования трансплантата и ЭГА удалось значительно снизить частоту специфических послеоперационных осложнений. Только в 1 (0,6%) случае наступил концевой некроз трансплантата, у 1 (0,6%) - недостаточность швов трансплантата, недостаточность ЭГА - у 16 (10,3%) больных.

Проанализирована динамика снижения летальных исходов начиная с 2001 года. Наибольшая летальность отмечена в период с 2001 по 2005 год (49 операций) - 12,2%; с 2006 по 2010 год (63 операции) - 7,9% и с 2010 по 2015 годы (43 операции) - 2,3%.

Заключение. Предложенный способ формирования гастротрансплантата позволяет создать изоперистальтическую трубку необходимой длины с адекватным кровоснабжением и сохраненной резервуарно-эвакуаторной функцией.

Лукманов С.Н.,
Аллазаров У.А.,
Шарапов А.Н.,
Исмаилов М.У.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

Ташкентская медицинская академия

Выявление патологий гепатопанкреатобилиарной зоны, особенно желчекаменной болезни (ЖКБ) осложненных её форм неуклонно растет, в том числе и в связи с улучшением диагностики патологических изменений.

Цель исследования - улучшить результаты лечения и диагностику больных с холедохолитиазом.

Материал и методы. В отделении хирургии РКБ №1 проведено исследование и лечение 28 больных с подозрением на механическое препятствие в желчном протоке. Средний возраст больных составлял $57,4 \pm 7,12$ лет. Мужчин было 10 (35,7%), женщин - 18 (64,3%).

Всем больным проведены УЗИ, ретроградная панкреатохолангиография (РПХГ) и эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ).

Результаты исследования. УЗИ у 15 больных выявило расширение холедоха более 7 мм; у 14 обнаружены камни в общем желчном протоке размером от 0,3 до 3,0 см (средний размер - $1,6 \pm 0,15$ см).

Для подтверждения поражений в желчных протоках и устранения причины механической желтухи

28 больным произведена РПХГ. У 19 выявлен холедохолитиаз, у 6 - стеноз большого дуоденального сосочка (БДС); у 3 - сочетание стеноза БДС и холедохолитиазом. 6 больным с стенозом БДС выполнена адекватная ЭПСТ. Из 22 больных с холедохолитиазом 17 выполнена ЭПСТ с литоэкстракцией.

В 5 случаях удалить камни эндоскопическим методом не удалось. Причинами неудач в 1 случае были множественные конкременты (50-60 шт с замасками); в 1 выполнить ЭПСТ не удалось из-за парафатерального дивертикула; в 3 случаях не удалось захватить конкременты с помощью корзинки Dormia, конкременты из холедоха не удалены. Этим больным выполнена открытая коррекция непроходимости желчного протока с формированием билиодигестивного анастомоза.

Применение эндоскопических методов диагностики и лечения при механической желтухе доброкачественной этиологии дает возможность определить характер поражения желчного протока и ликвидировать причины патологии.

Маматов К.С.,
Маликов Ю.Р.,
Хотамов И.Э.,
Хамдамов О.К.,
Рузимуродов Н.Б.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО УШИВАНИЯ ПЕРФОРАТИВНЫХ ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Навоийский филиал РНЦЭМП

Перфорация гастродуоденальной язвы является грозным осложнением, требующим неотложного хирургического вмешательства. В настоящее время известны более 20 способов закрытия перфоративного отверстия. Среди них особое место занимает лапароскопический метод ушивания. Впервые лапароскопическое ушивание прободной язвы передней стенки двенадцатиперстной кишки произвели Nathanson и соавт. (1990). Несложная в техническом отношении и непродолжительная по времени методика "открытого" оперативного вмешательства имеет такие серьезные последствия, как нагноение послеоперационной раны, спаечная болезнь брюшной полости, образование вентральных грыж, лигатурных свищей; косметический дефект, длительный болевой синдром.

С 2012 по 2014 год в хирургическом отделении Навоийского филиала РНЦЭМП выполнены 20 лапароскопических вмешательств по поводу перфоративной дуоденальной язвы. В этот же период

традиционное ушивание перфоративной язвы произведено в 36 случаях.

Возраст поступивших, которым была выполнена лапароскопическая методика ушивания перфорации колебался от 19 до 51 года; срок от момента перфорации до поступления составлял от 1,5 до 6 часов; язвенный анамнез отсутствовал у 14 пациентов.

Сроки начала операции после поступления в стационар были не выше 2 часов. Размеры перфоративного отверстия составляли до 5 мм, перифокальный язвенный инфильтрат был небольшим. Пребывание в стационаре составило 4-6 дней. Для лапароскопического ушивания перфоративной гастродуоденальной язвы мы укладывали пациента на операционном столе горизонтально в положении на спине. Хирург и ассистент находятся с левой стороны стола; ассистент, при необходимости манипулирует ретрактором. После общего обезболивания в желудок устанавливали назогастральный зонд. Точки введения троакаров: сначала вво-

дят параумбиликальный троакара для оптики, затем - два манипуляционных троакара по правой и левой среднеключичным линиям чуть ниже реберной дуги и выше уровня пупка. Дополнительный 4 троакара располагали под мечевидным отростком для введения ретрактора или трубки аспиратора-ирригатора. При распространенном перитоните может потребоваться введение 5 троакара для санации нижнего этажа брюшной полости и более эффективного дренирования. По нашему мнению, принципиальным моментом операции является первичная санация брюшной полости до начала ушивания язвы. Первичная санация повышает качество и результативность манипуляции, а также исключает необходимость грубого манипулирования аспиратором-ирригатором в зоне ушитой перфорации. Трубкой аспиратора-ирригатора при помощи ретрактора, мягкого зажима и изменения положения стола производили максимальную эвакуацию выпота. Закрытие перфоративного отверстия производили однорядным узловым швом. В 10 случаях к линии швов подшивали прядь сальника. В большинстве случаев (17) закрытие отверстия производили швами с интракорпоральным формированием узлов. Использовали синтетический рассасывающийся плетёный шовный материал (№ 0/0-1/0), который лучше держит узлы при интракорпоральной методике. Герметичность швов проверяли путем нагнетания через назогастральный зонд воздуха при заполненном физиологическим раствором подпеченочном пространстве. Далее выполняли окончательную санацию брюшной полости с помощью 10 мм аспиратора, ретрактора и атравматичных зажимов после изменения положения операционного стола. Для санации использовали 5-6 л изотонического физиологического раствора. Дренирование брюшной полости производили с помощью 2 силиконовых дренажей диаметром 9 мм: малый таз, подпеченочное

пространство.

Все пациентам в послеоперационном периоде требовалось проведение инфузионной антибактериальной и противоязвенной терапии. В группе пациентов после лапараскопического ушивания длительность антибактериальной терапии составляла 2-4 дня. В группе традиционного ушивания от 6 до 8 дней. Противоязвенную терапию проводили на протяжении всего периода стационарного лечения с использованием внутривенного введения блокаторов протонной помпы. Длительность зондирования желудка у пациентов после лапараскопического ушивания составила 2 суток; у пациентов после традиционного вмешательства - до 3 суток. Длительность дренирования брюшной полости у пациентов после лапараскопического ушивания составляла до 3 суток; после традиционного ушивания - до 4 суток. Кормление пациентов осуществляли жидкой пищей после удаления назогастрального зонда. Осложнений и летальных исходов после лапараскопического ушивания перфоративных язв не было.

Методика лапараскопического ушивания перфоративной язвы безопасна, имеет большую фармако-экономическую эффективность, лучшие показатели качества жизни пациента в послеоперационном периоде, меньший болевой синдром. На наш взгляд, при планировании данной методики должен осуществляться строгий отбор пациентов. Технической особенностью оперативного вмешательства, на наш взгляд, является качественная последовательная санация брюшной полости.

Лапараскопическое ушивание перфоративной гастродуоденальной язвы показано молодым пациентам без язвенного анамнеза, с малыми сроками от начала заболевания, перфоративными отверстиями небольших размеров, без выраженного язвенного инфильтрата и отсутствием распространенного гнойного перитонита.

Мардонов Ж.Н.

ВОЗДЕЙСТВИЕ СВЕТОДИОДНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ АППАРАТА "БАРВА-ФЛЕКС" НА ЗАЖИВЛЕНИЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ РАН

АО "Республиканский специализированный центр хирургии имени академика В. Вахидова"

Различные виды фототерапии и фотодиагностики и, в первую очередь, лазерное излучение используются во всех сферах современной медицины. В последние годы всё шире применяют, светодиодное излучение (Light Emitting Diode - LED). Однако оценка эффективности непосредственного действия синего, зеленого, инфракрасного и комбинированного излучения светодиодов на репаративные процессы кожных ран для клинического использования возможна лишь в эксперименте, поскольку только в эксперименте можно получить

стандартные раны и изучить их морфогенез.

Цель исследования - изучить влияние синего и инфракрасного светодиодного излучения фотонных матриц "Барва-Флекс/СИК" и "Барва-Флекс/ЗИК" на репаративные процессы стандартных дерматомных ран.

Материал и методики. С помощью световой, электронной микроскопии и морфометрии изучено влияние светодиодного излучения синего (470 нм) и инфракрасного (940 нм) излучения фотонных матриц "Барва-Флекс/СИК", а также сочетание зе-

лёного излучения (525 нм) с инфракрасным "Барва-Флекс/ЗИК" на заживление стандартных дерматомных ран диаметром 0,95 см². Стандартные раны воспроизводились у крыс породы Вистар под ингаляционным наркозом (наркозан) или путём интраперитонеального введения 2-3 мл 30% раствора этилового спирта. Облучение ран "Барва-Флекс/СИК" и "Барва-Флекс/ЗИК" проводили ежедневно по 3 мин. в течение 10 дней в режиме максимального приближения к поверхности поврежденных участков кожи. Раны контрольных животных не подвергали специальному световому воздействию. Раны исследовали через 1, 3, 5, 7 и 10 суток после нанесения.

Для световой микроскопии образцы ткани фиксировали в 10 % растворе формалина на фосфатном буфере. Парафиновые срезы окрашивали гематоксилином и эозином. Планиметрические исследования проводили с использованием программы "Площадь" версия 1.01. с обработкой результатов на компьютере Pentium IV. Все микрофотографии после обработки сохранялись на компьютере с помощью прикладных программ Microsoft-"Windows XP-Professional".

Результаты и их обсуждение. В первые сутки наблюдения (2 сеанса LED-терапии) визуальные особенности в состоянии дерматомных ран не выявлены. Однако светооптические исследования показали существенные отличия дерматомных ран у контрольных и облучённых светодиодами животных. В группе контроля доминировали проявления отёка и альтерации. Светодиодное излучение снижало выраженность отёка тканей вокруг ран и вызывало увеличение плотности клеточной инфильтрации. Существенные отличия при визуальной оценке ран выявляются на третьи сутки исследования. Площадь ран в контрольной группе была больше, чем при LED облучении. В этот срок

(3 сутки) на дне облучённых ран формируется грануляционная ткань со слоем вертикальных микрососудов, причем, более зрелая - у облучённых животных. Сформированная грануляционная ткань является основой "наползания" на неё эпителиальных тяжей и эпителизации ран. Этот процесс также ярче выражен у облучённых животных. В эпителиальных тяжях светодиодное излучение стимулирует пролиферацию эпителиоцитов и, так называемый, вставочный рост эпидермиса, что проявляется в увеличении числа митотических фигур.

Сканирующая электронная микроскопия показывает, что языки эпителия от краёв раны с большим числом стержней волос "наползают" на грануляционную ткань, где волосы и другие придатки кожи отсутствуют. У облучённых животных эти языки гораздо шире. Ультраструктурные изменения клеток под влиянием светодиодного излучения указывают на более выраженную эпителизацию поверхности грануляций и интенсификации процессов дифференцировки вновь образованных клеток. Процессы стимуляции репарации более выражены при использовании "Барва-Флекс/СИК".

Заключение. Исследования показали, что фототерапия ран с помощью излучения фотонных матриц "Барва-Флекс/СИК" "Барва-Флекс/ЗИК" ускоряет течение всех стадий раневого процесса. В стадии травматического воспаления этот вид фототерапии способствует снижению проявлений отёка и экссудации. Вместе с тем увеличивается плотность нейтрофилов и их функциональная активность. Наши исследования показали, что светодиодное излучение фотонных матриц "Барва-Флекс/СИК" "Барва-Флекс/ЗИК", стимулирует процессы пролиферации соединительнотканых и эпителиальных клеток. Это обеспечивает эффективность его использования в комплексном лечении различных раневых процессов кожи.

*Мардонов Ж.Н.,
Каракозов П.Е.,
Мусаев Э.Ш.*

ЭФФЕКТ КВАНТОВОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ТКАНЕЙ КОЖНЫХ РАН С РАЗЛИЧНЫМ ШОВНЫМ МАТЕРИАЛОМ

*АО "Республиканский специализированный центр хирургии
имени академика В.Вахидова"*

Общеизвестна выраженная стимуляция репаративных процессов в дерматомных ранах при воздействии на последние низкоинтенсивным излучением лазеров и светодиодов. Для хирургии важно стимулирование заживления линейных ран, ушитых разными видами шовного материала.

Цель исследования - изучить в эксперименте влияние низкоинтенсивного излучения лазеров и светодиодов на репарацию линейных ран кожи и взаимодействие различного шовного материала с биологическими тканями.

Материал и методы. Изучен процесс заживления линейных ран кожи спины крыс породы Вистар, ушитых хирургическими нитями Ethibond, Prolene или капрон, при облучении инфракрасными лазерами "Матрикс-ВЛОК", "Милта" или светодиодами матрицами "Барва-Флекс/СИК". Использовали комплекс морфологических методик, включающих ТЭМ, СЭМ, световую микроскопию, микроскопию полутонких срезов. Облучение проводили ежедневно по 3 мин. в течение 10 дней. Контрольная группа не подвергалась фото- и ла-

зерному воздействию. Микроциркуляцию кожи ран оценивали аппаратами "ЛАКК-01" или "АЛТ-Восток ЛДФ-01". Раны исследованы на 3, 7, 10, 15 и 30 день после нанесения.

Результаты и их обсуждение. Уже через 2-3 сеанса фототерапии низкоинтенсивным лазерным и светодиодным излучением отмечены существенные структурные изменения клеток кожи, свидетельствующие о выраженной интенсификации специфических функций клеток. Структурные изменения микрососудов соединительной ткани и эритроцитов также обуславливают интенсификацию микроциркуляции области раны. Отмечали увеличение митотической активности эпидермиса, фагоцитарной активности всех типов фагоцитов. Взаимодействие шовного материала с клетками существенно зависит от структуры нитей. Мультифиламентные (плетеные) нити (Ethibond, капрон) вызывают более выраженные воспалительные проявления со стороны клеток дермы кожи, чем монофиламентные (Prolene). Кроме того, мультифиламентные нити демонстрируют значительно более выраженную интеграционную способность с тканями дермы по сравнению с монофиламентными. Необходимо отметить, что мононити длительное время сохраняют проколный канал, что

может служить проводником инфекции в ране. Фототерапия заметно влияет на взаимодействие клеток с шовным материалом, снижая проявления воспалительных реакций, что отмечается уже в ранние сроки наблюдения. Это, а также интенсификация пролиферативной активности и дифференцировки клеток эпидермиса и дермы приводит к ускорению заживления линейных ран.

Лазерное и светодиодное воздействие не оказывает повреждающего влияния на структуру шовного материала, не изменяет его исходные морфологические характеристики.

Заключение. Согласно данным морфологического исследования, низкоинтенсивное излучение лазеров и светодиодов оказывает одинаковое стимулирующее влияние на динамику морфологии раневого процесса и микроциркуляцию кожных линейных ран, снижает воспалительные реакции на шовный материал, не влияет на его структуру, что способствует ускоренному заживлению. Полифиламентные нити при внутрикожном шве более тесно интегрируются с тканями, что ведет к деградации проколного канала. Однако монофиламентные нити при длительном сохранении проколного канала вызывают меньшую воспалительную реакцию на все типы швов.

Мирзакулов А.Г.

ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ЭМБРИОНАЛЬНЫХ ГЕПАТОЦИТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Актуальность. Лечение острой печеночной недостаточности (ОПН) является сложнейшей проблемой современной гепатологии. Наиболее эффективным методом является органная трансплантация печени, которая имеет также ряд недостатков (нехватка донорских органов, пожизненное применение иммунодепрессантов, риск развития послеоперационных осложнений). Трансплантация эмбриональных гепатоцитов рассматривается альтернативой трансплантации целого органа больным с ОПН. Клеточная трансплантация является методом индукции восстановительных процессов в печени благодаря синтезу большого количества факторов роста и цитокинов, которые способствуют благоприятному течению процессов иммунологического воспаления, стабилизируют структуру имеющих клеток, стимулируют печеночную ткань к регенерации.

Цель - изучить влияние трансплантации эмбриональных гепатоцитов на иммунный статус при лечении острой печеночной недостаточности в эксперименте.

Материалы и методы. Эксперимент выполнен на белых беспородных крысах, которые были разделены на 3 группы: здоровые крысы; крысы с

моделью ОПН; крысы с моделью ОПН, леченые трансплантацией гепатоцитов. Модель ОПН вызывали путем внутрибрюшинного введения раствора СС14. В опытной группе производили на следующие сутки после заправки внутрибрюшинное введение взвеси фетальных гепатоцитов, полученных из эмбрионов крыс.

Результаты и их обсуждение. У животных с экспериментальной моделью ОПН на 3 сутки уровень всех цитокинов повышался и значительно отличался от контрольной группы ($p < 0,05$). На 7 сутки эксперимента содержание провоспалительных цитокинов ИЛ-1b было в 2 раза выше, ИЛ-6 - в 7 раз выше и ФНО-а - в 6 раз выше контроля. В то же время концентрация противовоспалительного цитокина ИЛ-10 имела тенденцию к снижению и была почти в 3 раза ниже данного показателя в контрольной группе. Следующим этапом исследовали концентрацию цитокинов у животных с ОПН, получивших трансплантацию эмбриональных гепатоцитов. На 7 сутки развития ОПН трансплантация эмбриональных гепатоцитов приводит к менее выраженному увеличению ИЛ-1b и ИЛ-6, но более выраженному увеличению ФНО-а по сравнению с ОПН в эти же сроки без транс-

плантации эмбриональных гепатоцитов. На 14, 21 и 28 сутки уровень провоспалительного цитокина ИЛ-1b приближался к контрольной группе, а уровень ИЛ-6 и ФНО-а хотя и снижался, но превышал контрольные значения в 4 раза и выше. Концентрация противовоспалительного цитокина ИЛ-10 у животных с ОПН, получавших трансплантацию эмбриональных гепатоцитов, была в 3-4 раза выше контрольной группы.

Заключение. Установлено, что при развитии ОПН у крыс изменяется концентрация сывороточных провоспалительных и противовоспалитель-

ных цитокинов, что приводит к выраженной активации провоспалительных процессов, о чём свидетельствует возрастание ИЛ-1b, ИЛ-6 и ФНО-а на фоне подавления концентрации ИЛ-10. Трансплантация эмбриональных гепатоцитов при лечении ОПН в эксперименте приводит к менее выраженному повышению провоспалительных цитокинов ИЛ-1b, ИЛ-6 и ФНО-а. Вместе с тем отмечается выраженное повышение уровня противовоспалительного цитокина ИЛ-10, что говорит о защитном влиянии трансплантируемых эмбриональных гепатоцитов на поврежденную ткань печени.

Мирсидиков М.А.

ПРИМЕНЕНИЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ ДИВЕРТИКУЛЕЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

По мнению большинства исследователей, основной целью диагностических мероприятий являются не только установление наличия дивертикулеза толстой кишки (ДТК), но и выявление особенностей осложнений при данной патологии, оценка общего состояния больных. В совокупности это позволяет выбрать адекватное оперативное пособие, определить срок его выполнения.

Наш клинический опыт основан на исследовании 82 больных с различными осложненными формами ДТК. Мужчин было 44 (53,7%), женщин - 38 (46,3%) в возрасте от 19 до 97 лет. Все больные были обследованы согласно разработанному нами лечебно-диагностическому алгоритму.

Обзорное рентгенологическое исследование брюшной полости показало у 8 (9,8%) пациентов наличие свободного газа под куполами диафрагмы, у 5 (6,1%) выявлены горизонтальные кишечные уровни.

Ирригография выполнена 52 (63,4%) пациентам. Дивертикулы обнаружены у 50 (96,2%) обследованных.

У больных с осложненными формами ДТК мы обращали внимание на наличие свободной жидкости в брюшной полости - 13 (15,9%); объемного образования - 1 (1,2%); инфильтрата или абсцесса - 10 (12,2%).

Колонофиброскопия выполнена 25 больным. Её информативность составила 88%.

МСКТ с виртуальной колоноскопией с реконструкцией изображения в 3D режиме проведена 26 больным. Острый дивертикулит обнаружен у 8

(30,8%) пациентов, инфильтрат дивертикулярной этиологии - у 4 (15,4%); у 14 (53,8%) больных обнаружено дивертикулярное поражение различной локализации, осложненное кровотечением. МСКТ дает возможность установить точный топический диагноз, определить участки поражения, объем предстоящего оперативного вмешательства. Информативность метода составила 100%.

Диагностическая лапароскопия выполнена 10 (12%) больным с сомнительной клинической картиной перитонита. У 6 (60%) пациентов установлена перфорация дивертикула, у 2 (20%) - перидивертикулярный инфильтрат, у 2 (20%) - острый дивертикулит. Из них у 4 (40%) пациентов операция закончена лапароскопической санацией и дренированием брюшной полости.

В результате обследования больным установлен диагноз: дивертикулез толстой кишки, осложненный кровотечением - 36 (44%) случаев; дивертикулит - 22 (27%); инфильтрат и абсцесс - 10 (12%); перфорация - 13 (16%), кишечная непроходимость - 1 (1%).

Сопутствующие заболевания при осложненных формах дивертикулеза толстой кишки выявлены у 50 (66,6 %) больных.

Консервативное лечение проведено 53 (64,6%) пациентам, оперативное - 29 (35,4%). Объем операции зависел от объема поражения и вида осложнения. Общая летальность составила 7,3%.

Применение МСКТ с виртуальной колоноскопией и эндовизуальной техники значительно улучшает результаты диагностики и лечения больных с осложненными формами ДТК.

*Мирходжаев И.А.,
Ҳикматов Ж.С.,
Муаззамов Б.Б.,
Йўлдошев У.Х.*

ВЕНТРАЛ ЧУРРАЛАРДА БАЖАРИЛАДИГАН ПРОТЕЗЛИ ПЛАСТИКА АМАЛИЁТИ НАТИЖАЛАРИНИ ЯХШИЛАШ

Бухоро давлат тиббиёт институти

Абдоминал хирургияда қорин олд девори чурраларини хирургик даволаш долзарб муаммолардан бири бўлиб қолмоқда.

Ўорин чурраларининг операциядан кейинги қайталаниши чурраларнинг оддий шаклларида 10% гача, мураккаб шаклларида 30-50% гача учрайди. Адабиётлардаги маълумотларга кўра операциядан кейинги вентрал чурраларда герниопластикадан кейинги асоратлар 20,9% дан 67% гача бўлган ҳолларда қайд этилади.

Тадқиқот мақсади: қорин олд девори чурраларида аллогерниопластика учун қўлланиладиган турли хилдаги полипропилен материалларини индивидуал танлаш асосида хирургик амалиёт натижаларини яхшилаш.

Тадқиқот давомида Бухоро вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази абдоминал хирургия бўлимида 2013-2014 йилларда 186 нафар қорин чурралари аниқланган беморларни даволаш натижаларини беморларни асосий ва назорат гуруҳига бўлган ҳолда таҳлил қилдик. Беморларнинг 177 (95,1%) нафарида J.P. Chevrel ва A.M.Rath таснифи (1999) бўйича чурра дарвозаси ўрта (M) соҳада, 7 (3,8) нафарида ён томонда (L), 2 (1,1%) нафарида аралаш (ML) жойлашган. Чурра дарвозаси кенглиги бўйича эса 59 (31,7%) нафар бемор W1 гуруҳга, 99 (53,2%) нафар бемор W2 гуруҳга, 17 (9,1%) нафар бемор W3 гуруҳга, 11 (6,0%) нафар бемор эса W4 гуруҳга мансуб бўлган.

Асосий гуруҳдаги 108 нафар беморда тана массаси индекси, чурра дарвозаси катталиги, жойлашиш соҳаси, мускул-апоневротик қатлам ҳолати кўрсаткичларига асосланиб даволаш тури индивидуал танланган ҳолда диаметри 90, 120, 140 мкм бўлган "Эсфил" (енгил, стандарт, оғир) полипропилен тўрларидан фойдаланиб аллогерниопластика амалиёти бажарилди. Протезни апоневрозга фиксация қилишда бир хил турдаги монофил полипропилен (2/0, 3/0) чок материалдан фойдаланилди. Назорат гуруҳидаги 78 нафар беморда эса "Эсфил" стандарт полипропилен тўрлардан фойдаланилган ҳолда аллогерниопластика операциялари бажарилди ва тўрни мушак-апоневрозга фиксация қилиш анъанавий усулда, яъни, биологик инерт бўлган стандарт чок материаллари қўлланилган ҳолда амалга оширилди.

Барча аллогерниопластика хирургик амалиётлари жароҳатни фаол дренажлаш (Редон бўйича) билан яқунланди. Ушбу дренажлардан сероз-геморрагик ажралма чиқиши миқдори ўртача суткада 10 мл миқдориди бўлиши ва ультратовуш текшируви маълумотлари бўйича тўр устидаги бўшлиқда сероз суюқлик бўлмаслиги дренажларнинг олиб ташланиши учун кўрсатма бўлди. Асосий гуруҳдаги беморларда дренажларнинг ўртача фаолият кўрсатиш муддатлари $4,09 \pm 0,62$ суткани, назорат гуруҳидаги беморларда эса $5,0 \pm 1,64$ суткани ташкил қилди ($P < 0,05$).

Асосий гуруҳдаги беморларда 2 суткадан 5 суткагача бўлган муддатда жароҳатдан чиқаётган сероз ажралманинг миқдори прогрессив равишда камайиб бориши қайд этилган бўлса, назорат гуруҳидаги беморларда сероз ажралманинг миқдори узоқ вақт давомида сақланиб туриши кузатилди. Операциядан кейинги эрта даврда жароҳат соҳасида юзага келган асоратлар таҳлили асосий гуруҳдаги беморларда серома 2 (1,8%), назорат гуруҳида эса 12 (15,4%) ҳолда кузатилганлигини, назорат гуруҳида гематома 1 (1,3%) ҳолда, жароҳатнинг йиринглаши 4 (5,1%), лигатур окма 6 (7,7%), ичак оқмасининг юзага келиши 2 (2,6%) ҳолда қайд этилган бўлса, асосий гуруҳдаги беморларда ушбу асоратлар кузатилмаганлигини кўрсатди. Шунингдек, таҳлил натижалари асосида назорат гуруҳида 5 (6,4%) ҳолда имплантатнинг миграцияси ва буралиши асорати юзага келганлиги, асосий гуруҳда эса ушбу асоратнинг қайд этилмаганлиги, назорат гуруҳида чурра қайталаниши 5 (6,4%) ҳолда, асосий гуруҳда эса ушбу асорат 1 (0,9%) ҳолда кузатилганлиги аниқланди.

Асосий гуруҳдаги беморларда ўтказилган аллогерниопротезлаш амалиёти натижалари таҳлилига асосланиб мускул-апоневротик қатлам механик хусусиятларини инобатга олиб протез тури индивидуал танланган ҳолда аллогерниопластика амалиётини бажариш мақсадга мувофиқ эканлиги кўрсатиб берилди.

Асосий гуруҳдаги беморларда ўтказилган аллогерниопротезлаш амалиёти натижалари таҳлилига асосланиб мускул-апоневротик қатлам механик хусусиятларини инобатга олиб протез тури индивидуал танланган ҳолда аллогерниопластика амалиётини бажариш мақсадга мувофиқ эканлиги кўрсатиб берилди.

Муаззамов Б.Б.,
Юлдашев У.Х.,
Хикматов Ж.С.

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ПРОВЕДЕНИЕ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ

Бухарский государственный медицинский институт

Современные методы герниопластики, казалось бы, до конца изучены и проводятся на высоком уровне. Однако осложнения, возникающие при этом, не имеют тенденции к снижению. По данным литературы, рецидивы после первичной операции составляют 35%, среди дважды и более оперированных больных - 39%.

Цель работы - провести сравнительную оценку

различных видов герниопластики при послеоперационных вентральных грыжах.

Материал и методы. На кафедре факультетской и госпитальной хирургии, урологии, реаниматологии и анестезиологии разработаны и внедрены в клиническую практику методы использования синтетического биоматериала при операциях на передней брюшной стенке. Обследованы 96 пациентов

с различными послеоперационными вентральными грыжами, которым в плановом порядке было проведено оперативное лечение. При изучении материалов ранее оперированных больных установлено, что 72 пациентам была проведена аутопластика, 24 больным - аллопластика. Сроки давности после проведенной ранее операции составляли от 9 до 2 лет. У всех больных отмечались осложнения в виде послеоперационных рецидивных грыж.

Результаты и их обсуждение. Результаты исследований показали, что рецидивные вентральные грыжи возникли в основном у пациентов после пластики собственными тканями передней брюш-

ной стенки. Нужно учесть, что аллотрансплантат, являющийся инородным телом, может приводить к таким осложнениям, как нагноение, вторичное заживление ран. Это связано с развитием ответной реакции организма на синтетические биоматериалы. Подобные осложнения возникали и при аутопластике, что по нашему мнению, было связано с натяжением в области дефекта и развитием ишемических явлений в тканях.

Таким образом, частота осложнений независимо от метода пластики передней брюшной стенки остается высокой, что требует улучшения качества и индивидуального выбора метода пластики.

*Мусоев Т.Я.,
Абдурахманов Ш.М.,
Хайдаров Ф.Н.*

ВНЕДРЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИИ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ

*Бухарский государственный медицинский институт
Бухарский филиал РНЦЭМП*

Актуальность. Диагностика, лечение и профилактика осложнений травмы живота остаются актуальными проблемами неотложной хирургии. Несмотря на широкое внедрение лапароскопии в диагностику и лечение неотложных заболеваний органов брюшной полости хирургическая тактика при травмах живота не претерпела существенного прогресса. Поэтому разработка лечебно-диагностического подхода при травмах живота с позиции лапароскопии позволили бы конкретизировать вопросы срочности, последовательности хирургического доступа, адекватного объема операции.

Цель исследования - улучшить результаты лечения пострадавших с травмой живота путем ранней диагностики, совершенствования хирургической тактики и профилактики осложнений с использованием лапароскопии, разработки эффективных органосберегающих и заместительных оперативных вмешательств.

Материал и методы. Клинический материал составил 237 пострадавших с травмой живота. Из них 109 (46%) - закрытые повреждения, 128 (54%) - открытые ранения. Изолированные повреждения были у 178 (75,1%) пострадавших, сочетанные - у 59 (24,9%); у 68 (27,9%) ранения имели торакоабдоминальный характер (с использованием торакокопии). У 65 (27,4%) пострадавших повреждения органов брюшной полости не выявлены. Более 85% пострадавших составили мужчины трудоспособного возраста.

Мы применяли разработанный нами алгоритм ведения пострадавших с травмой живота с использованием лапароскопии. Данный алгоритм включает: широкое использование в ранней топической диагностике ультразвукового исследования (УЗИ) органов брюшной полости, грудной клетки и забрюшинного пространства в дооперационном периоде и интраоперационно; мульти спиральную компьютерную томографию; лапароскопию, в т.ч.

при проникающих абдоминальных ранениях; торакокопию при торакоабдоминальных ранениях; в лечении - манипуляции из эндоскопического доступа; в профилактике осложнений - щадящие (из минидоступов) операции при травмах печени и поджелудочной железы.

Основные моменты использования лапароскопии при травмах живота заключались в следующем: использование УЗИ особенно пострадавшим с сочетанными абдоминальными и торакальными травмами позволяло выявить доминирующее повреждение, выставить топический диагноз и выбрать адекватный объем операции; хирургическая коррекция повреждений более чем в трети случаев производилась посредством лапароскопии, в большинстве случаев с дополнением манипуляции из минилапаротомного доступа в проекции поврежденного органа; при торакоабдоминальных ранениях предпочтение отдавали миниторакотомной диагностике плевральной полости и диафрагмы; при их повреждении ушивание ран производили из данного доступа с переходом на диагностическую лапароскопию; диагностика и хирургическая коррекция проникающих колото-резаных абдоминальных ранений в большинстве случаев производилась с использованием эндоскопических операций. Противопоказаниями к лапароскопии при травмах живота являлись: в хирургическом лечении - наличие крови в брюшной и плевральной полостях более 500 мл; множественные повреждения органов; разлитой и общий перитониты; отсутствие в бригаде квалифицированных эндохирургов; в диагностике - геморрагический шок тяжелой степени, множественные проникающие колото-резаные абдоминальные ранения, огнестрельные ранения.

Результаты и их обсуждение. Клинический материал был разделен на 2 группы. Контрольную группу составили пострадавшие, пролеченные в Бухарском филиале РНЦЭМП с 2009 по 2012 год

использование лапароскопии в хирургической тактике при травмах живота у них составило в 38,3% случаев. Основную группу составили пострадавшие, пролеченные с 2013 по 2015 год, использование лапароскопии у них составило в 84,1% случаев. Сравнительный анализ показал, что разработанный алгоритм позволил нам у 80,5% пострадавших установить ранний топический диагноз и провести адекватные оперативные вмешательства в пораженных органах, в том числе у 42,6% из них с использованием эндоскопических операций, а у

38,8% исключить необоснованные хирургические вмешательства, снизить частоту осложнений с 34,3 до 18,1%, летальности - с 14,1 до 8,2%.

Заключение. Современная концепция лапароскопической и органосберегающей хирургической тактики при травмах живота продиктована новыми условиями и возможностями неотложной хирургии, является перспективным направлением и позволит существенно улучшить результаты диагностики и лечения пострадавших с сочетанными торакоабдоминальными травмами.

*Мусоев Т.Я.,
Хайдаров Ф.Н.*

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ЭКСТРЕННОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

*Бухарский государственный медицинский институт
Бухарский филиал РНЦЭМП*

В 2011-2015 г. в отделениях экстренной хирургии Бухарского филиала РНЦЭМП выполнены 9237 операций на органах брюшной полости. Внутривнутрибрюшные осложнения, потребовавшие различных хирургических вмешательств, выявлены у 167 (1,8%) больных.

При диагностике осложнений учитывали клиническую симптоматику, лабораторные данные, результаты рентгенологического, МСКТ и ультразвуковых исследований. Свободная жидкость в брюшной полости выявлена у 81 больного. Проявления кишечной непроходимости обнаружены у 47 больных. Абсцессы брюшной полости диагностированы у 13 больных.

Видеолапароскопия выполнена 73 больным. Послеоперационный перитонит установлен у 24 больных, внутривнутрибрюшное желчеистечение - у 12, гемоперитонеум - у 9, абсцессы брюшной полости - у 7, кишечная непроходимость - у 21 больного. Диагностическая ошибка, приведшая к задержке повторной операции, допущена в 1 (1,3%) наблюдении.

Осложнения были устранены при помощи релапаротомии у 98 больных. Абсолютными показаниями к релапаротомии являлись послеоперационный распространенный перитонит и массивное внутривнутрибрюшное кровотечение. Лапароскопическим методом эти осложнения были устранены у 39 больных. Этот вариант лечения применяли при ранней спаечной кишечной непроходимости, желчеистечении, необильном внутривнутрибрюшном кровотечении, абсцессах брюшной полости.

Более половины осложнений (59,1%) были обусловлены внутривнутрибрюшной инфекцией: послеоперационным перитонитом у 58 (34,7%), абсцессами брюшной полости у 25 (14,9%) больных. Эти осложнения возникали после всех видов внутривнутрибрюшных вмешательств. Внутривнутрибрюшное желчеистечение явилось осложнением, специфичным для лапароскопических и "открытых" операций на вне-

печеночных желчных путях. После 3127 холецистэктомий оно было зарегистрировано у 46 (1,47%) больных. В 28 наблюдениях прекратилось самостоятельно или после эндоскопической папиллосфинктеротомии. Хирургические вмешательства (релапаротомии, лапароскопические вмешательства) выполнены 18 (0,57%) больным. Ранняя спаечная кишечная непроходимость (9,0% всех осложнений) была характерна для операций по поводу острого аппендицита и гинекологических заболеваний. Внутривнутрибрюшное кровотечение (7,0%) носило капиллярный характер, а его источником являлись рассеченные спайки, брыжейка кишки, забрюшинная клетчатка. Кишечная непроходимость (7,3%), потребовавшая хирургических вмешательств, возникла у больных, перенесших первичную операцию по поводу заболеваний, осложненных перитонитом. Панкреонекроз (1,3%) стал причиной травматических операций на желчных путях.

Наиболее частым послеоперационным внутривнутрибрюшным осложнением был перитонит. При несостоятельности швов полых органов (межкишечных анастомозов, культи двенадцатиперстной кишки), как правило, диагностика не вызывала затруднений, особенно если по дренажу из брюшной полости поступало кишечное содержимое. При желчеистечении после холецистэктомии, несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки (при адекватной функции дренажа, что выражалось в отсутствии затеков жидкости из подпеченочного пространства) от релапаротомии и лапароскопической санации воздерживались. Сформировавшиеся свищи закрывались, как правило, самостоятельно. При распространении кишечного содержимого по брюшной полости единственным методом лечения была срединная лапаротомия.

Лапароскопия в диагностике послеоперационных осложнений в большинстве наблюдений позволяла получить исчерпывающую информацию.

Таким образом, определяющее значение в диагностике послеоперационных осложнений имеет клиническая симптоматика как основание для дополнительных методов исследования. УЗИ и МСКТ - первоочередные методы, позволяющие уточнить диагноз, определить тактику лечения. Лапароскопия - инвазивный метод диагностики и может исполь-

зоваться, если другими способами верифицировать осложнение не удается или предполагается устранение осложнения лапароскопическим способом.

При выборе способа устранения осложнения предпочтение следует отдавать наиболее надежному. В большинстве наблюдений предпочтительна релапаротомия.

Назыров Ф.Г.,
Акбаров М.М.,
Сайдазимов Е.М.,
Нишанов М.Ш.,
Хакимов Ю.У.

ОСЛОЖНЕНИЯ В РЕЗЕКЦИОННОЙ ХИРУРГИИ ПЕЧЕНИ И ПУТИ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ

АО "Республиканский специализированный центр хирургии имени академика В.Вахидова"

Цель - проанализировать частоту послеоперационной печёночной недостаточности в резекционной хирургии печени.

Материалы и методы. Работа основана на ретроспективном анализе проведенных исследований у 133 больных с различными образованиями в печени, оперированных в отделении хирургии печени и желчных путей и отделении хирургии портальной гипертензии и панкреатодуоденальной зоны республиканского специализированного центра хирургии имени акад. В.Вахидова с 1992 по 2014 год. Все больные были распределены на две группы. Контрольная группа охватила период с 1992 года по 2009 год (n=81), основная группа характеризуется внедрением новейших резекционных технологий и охватывает период с 2009 по 2014 год (n=52). Основным показанием к операции были объемные образования в печени у 124 больных (93,2%); преобладали гемангиомы печени - 67 больных (50,4%).

Результаты и их обсуждение. Признаки печеночной недостаточности фиксировали преимущественно у больных, перенесших обширные резекции печени. В контрольной группе послеопераци-

онная печеночная недостаточность (ППН) наблюдалась у 10 (23,3%) пациентов. Из них у 4 (9,3%) - в виде умеренной печеночной недостаточности, у 6 - в виде выраженной печеночной недостаточности. В основной группе (n=33) ППН после обширных резекций печени имела место у 4 (12,1%) больных, из них у 2 (6,1%) проявления были тяжелыми. Среди пациентов, перенесших экономные резекции печени, признаки печеночной дисфункции отсутствовали или наблюдались в минимальной степени. Лишь у 2 больных, оперированных на фоне диффузных изменений в печени, отмечены признаки умеренно выраженной печеночной недостаточности. После 133 вмешательств, частота более или менее выраженной печеночной недостаточности составила 12% и в основном приходилась на обширные резекции печени (87,5%).

Заключение. Внедрение современных технологий в резекционную хирургию печени в сочетании с лечением функциональной недостаточности гепатоцитов позволило снизить частоту специфических пострезекционных осложнений с 22,2 до 9,6%, летальность - с 4,9 до 1,9%.

Назыров Ф.Г.,
Девятков А.В.,
Бабаджанов А.Х.,
Байбеков Р.Р.,
Салимов У.Р.

ПЕРСПЕКТИВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕКОМПРЕССИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ В ХИРУРГИИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

АО "Республиканский специализированный центр хирургии имени академика В.Вахидова"

В настоящее время цирроз печени (ЦП) с портальной гипертензией (ПГ) занимает одно из ведущих мест среди причин инвалидизации и смертности. Его социальная значимость неуклонно увеличивается во многих странах мира, что, с одной стороны, связано с высокой частотой заболеваемости вирусными гепатитами, а с другой, ростом таких факторов, как алкоголизм, токсические или лекарственные поражения печени. Следует отметить,

что в настоящий период интерес к традиционному портосистемному шунтированию (ПСШ) несколько снизился. С одной стороны, это обусловлено широким внедрением малоинвазивных методов, среди которых приоритетными являются эндоваскулярные вмешательства (ТИПС) и эндоскопические технологии (лигирование и склеротерапия). С другой стороны, определенное влияние на востребованность ПСШ оказало широкое внедре-

ние в ряде стран радикального лечения ЦП.

Цель - провести сравнительный анализ результатов портосистемного шунтирования с конкурентными методиками у больных циррозом печени.

Материалы и методы. С 1976 по 2015 год в отделе хирургии портальной гипертензии и панкреатодуоденальной зоны АО "Республиканский Специализированный центр хирургии имени академика В.Вахидова" портосистемное шунтирование (ПСШ) в традиционном варианте выполнено 925 больным с портальной гипертензией (ПГ). Этиологическим фактором ПГ в 867 (94,3%) случаях был цирроз печени, у 58 (5,7%) пациентов - внепеченочная форма ПГ.

Результаты и их обсуждение. Анализ проведен в трех группах. Первая группа - этап внедрения ПСШ с 1976 по 1992 год; вторая группа - этап внедрения парциальных анастомозов с 1992 по 1998 год; третья группа - современный этап с внедрением ограничения портокавального сброса по оригинальной методике и внедрение методики TIPS с 1998 года по настоящее время. В структуре летальности основным фатальным осложнением была печеночная недостаточность - более 70% случаев. За последний период наблюдения на фоне профилактического шунтирования с сохранением гепатопетального кровотока летальность в ближайший послеоперационный период снизилась до 2,7% при центральном шунтировании и до 3,9% при

селективной декомпрессии. Анализ выживаемости в каждой из стратифицированных групп прогноза выявил общие тенденции изменения этого показателя и специфические, характерные для определенного варианта ПСШ.

Заключение. В настоящий период ведущие гепатологические школы придерживаются различных мнений по выбору метода профилактики развития геморрагического синдрома. В большинстве случаев хирурги отдают предпочтение малоинвазивным технологиям, среди которых эндоскопические вмешательства и TIPS наиболее востребованы и являются основным методом коррекции ПГ у больных ЦП. Собственные результаты объективно доказывают эффективность ПСШ в профилактике геморрагического синдрома с высокой выживаемостью, его роль в снижении потребности в трансплантации печени. При условии отсутствия риска кровотечения открывается возможность динамического наблюдения за больными, проведения консервативной терапии и, соответственно, удлинения периода до пересадки, которая должна проводиться при декомпенсации функционального состояния гепатоцитов. Для больных функциональных классов "А" и "В" без ближайшей перспективы гепатотрансплантации традиционные операции селективного или центрального парциального портосистемного шунтирования следует рассматривать конкурентной альтернативы.

Назыров Ф.Г.,
Девятков А.В.,
Бабаджанов А.Х.,
Джуманиязов Д.А.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПОРТАЛЬНОГО ГЕНЕЗА

АО "Республиканский специализированный центр хирургии
имени академика В.Вахидова"

В современной гепатологии хронические диффузные заболевания печени по-прежнему остаются актуальной социально-эпидемиологической и клинической проблемой здравоохранения. Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ) развивается у 80% больных циррозом печени (ЦП) с портальной гипертензией (ПГ) и является самым частым и опасным для жизни осложнением. В этом ряду наиболее перспективными и конкурентоспособными являются различные методики эндоскопических вмешательств на ВРВПЖ. Развитие этих технологий позволило вывести их в ряд "метода первой линии", как на высоте кровотечения, так и при высоком риске его развития.

Для оценки эффективности эндоскопических вмешательств в исследование включены 449 больных ЦП с ПГ, поступивших с кровотечением из ВРВПЖ или угрозой его рецидива в 1996-2015 годы. Все больные были распределены на 2 группы исследования. В основную группу вошли 239 больных, получавших лечение в 2010-2015 годы, в контрольную - 210 больных в 1996-2010 годы.

Анализ показал, что доля больных без рецидивов кровотечения из ВРВПЖ только при выполнении эндоскопических вмешательств составила 27% (33 пациента) в контрольной группе и 54,2% (64) в основной. При этапной тактике с выполнением ПСШ после эндоскопических вмешательств этот показатель составил 32,4% (45) и 109 (61,6%). В структуре больных без летальности от ЦП в отдаленный период (81 больной) с выполненными эндоскопическими вмешательствами рецидив кровотечений не отмечен в 40,7% (33) случаев в контрольной группе и 68,1% (64 из 94) в основной. В свою очередь, при комбинировании эндоскопии и ПСШ в структуре больных, не включая умерших от прогрессирующего ЦП, доля без рецидива составила 45,9% (у 45 из 98 больных) и 71,2% (у 102 из 153 прослеженных в отдаленный период без учета умерших от ЦП). В группе больных, которым не проводили эндоскопические вмешательства и применяли только консервативную терапию только в 3 (10,7%) случаях удалось избежать рецидива кровотечения, что определяет низ-

кую эффективность изолированных терапевтических попыток снизить риск рецидива геморрагического синдрома.

Прогностическое значение профилактических эндоскопических вмешательств определяется уровнем снижения риска развития кровотечений из ВРВПЖ. Так, только при консервативной профилактике в сроки до 3 лет наблюдения осложнение рецидивирует у 60,7% больных с постгеморрагической летальностью 46,4%, тогда как их выполне-

ние снижает эти значения до 18,0%.

Таким образом, современные возможности эндоскопических технологий значительно улучшили результаты лечебно-профилактических мероприятий при кровотечении из ВРВПЖ или угрозе его рецидива. Приверженность этапной тактике в сочетании с миниинвазивными и традиционными декомпрессивными вмешательствами позволили увеличить выживаемость больных с 80 до 88% в сроки до 1 года и с 42 до 64% к 3 годам наблюдения.

Назыров Ф.Г.,
Девятков А.В.,
Бабаджанов А.Х.,
Джуманиязов Д.А.,
Раимов С.А.

ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

АО "Республиканский специализированный центр хирургии
имени академика В.Вахидова"

Оценка выживаемости больных в зависимости от различных факторов является одним из востребованных анализов в современной медицинской статистике. Большая выборка позволила провести это исследование в группе больных циррозом печени (ЦП), которым выполняли плановые или экстренные эндоскопические вмешательства. Основной задачей этого анализа является оценка эффективности эндоскопических вмешательств в аспекте выживаемости больных ЦП в отдаленный период.

В исследование включены 449 больных ЦП с портальной гипертензией (ПГ), поступивших с кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ) или угрозой его рецидива с 1996 по 2015 год. Больные были распределены на 2 группы. В основную вошли 239 больных, получавших лечение с 2008 по 2015 год, в контрольную группу - 210 больных с 1996 по 2007 год. Этапными точками для анализа явились данные летальности или выживанию пациентов в ближайший период после эндоскопических вмешательств, и далее через 1, 3, 6, 12, 36 месяцев.

В последние годы на фоне новых методов эндоскопического гемостаза или профилактики рецидивов кровотечений портального генеза удалось достоверно улучшить ($P < 0,001$) долгосрочный прогноз выживаемости. Годовая выживаемость в основной группе составила 76%, в контрольной - 58%. В сроки до 3 лет наблюдения рецидивы кровотечения стали причиной летальности 9,3% больных основной группы и 18% контрольной, что повлияло на кривую выживаемости. Прогрессирование патологического процесса в печени в 20,3% и

33,6% случаев привело к летальным исходам. Период в 24 месяца преодолели только 41% больных контрольной группы и 62% основной. Кроме описанных выше факторов в плане отсутствия рецидивов геморрагического синдрома имело значение выполнение части больных дополнительных мер - декомпрессивных операций. Это значительно нивелировало риск осложнения, улучшало кривую выживаемости больных основной группы. Трехлетняя выживаемость составила 22% в контрольной группе против 52% в основной. К сожалению, даже после успешной попытки профилактики кровотечения из ВРВПЖ прогрессирование ЦП рано или поздно требует радикального лечения - трансплантации печени. Ввиду отсутствия этого типа операций в нашей стране выживаемость больных этой категории будет относительно невысокой.

Современные возможности эндоскопических технологий значительно улучшили результаты лечебно-профилактических мероприятий при кровотечении из ВРВПЖ или угрозе его рецидива. Приверженность этапной тактике в сочетании с миниинвазивными и традиционными декомпрессивными вмешательствами, позволили увеличить выживаемость больных с 80 до 88% в сроки до 1 года и с 42 до 64% - к 3 годам наблюдения. Максимальная эффективность эндоскопических технологий в плане долгосрочной профилактики кровотечения из ВРВПЖ наблюдалась в сроки до 1 года с улучшением показателя выживаемости с 74 до 86%. Трехлетний показатель улучшился только с 32 до 38%, что обусловлено снижением миниинвазивного эффекта и рецидивом геморрагического синдрома.

Назыров Ф.Г.,
Девятков А.В.,
Бабаджанов А.Х.,
Нуриддинов У.С.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СПОСОБА ТОТАЛЬНОГО РАЗОБЩЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО КОЛЛЕКТОРА У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

АО "Республиканский специализированный центр хирургии
имени академика В.Вахидова"

Среди желудочно-кишечных геморрагий кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ) у больных циррозом печени (ЦП) с портальной гипертензией (ПГ) выделяются особой тяжестью клинических проявлений, серьезными осложнениями и высокой вероятностью летального исхода. Разработанные в АО "РСЦХ им. акад. В.Вахидова" и внедренные в практику оригинальные технологии тотального разобщения гастроэзофагеального коллектора (ТРГЭК) с высокой гемостатической эффективностью направлены на ликвидацию основного недостатка известных операций. В этой связи представляет интерес анализ отдаленных результатов этих операций с оценкой эффективности профилактики пищеводных кровотечений и выживаемости больных.

К настоящему времени модифицированный вариант операции выполнен 98 больным с синдромом ПГ. У 51 больного причиной ПГ явился ЦП, у 38 больных диагностирована внепеченочная форма ПГ, у 11 больных установлена смешанная форма ПГ. Возраст больных колебался от 19 до 65 лет, в среднем, $31,6 \pm 1,7$ года. Мужчин было 64, женщин - 34. В 73 случаях больные госпитализированы в плановом порядке, 26 пациентов доставлены в экстренном порядке к клинике гастроэзофагеального кровотечения.

Отдаленный период прослежен у 46 больных с первичной методикой, у 86 - с модифицированной техникой ТРГЭК. Рецидив кровотечений отмечен у 13,2% больных, в 6,5% случаев на фоне анастомозита. Явления гастростаза выявлены у 3 из 46 пациентов. Явления печеночной недостаточности развились у 21,9% больных. На фоне ука-

занных осложнений умерли 11,2% пациентов. В группе с модифицированной методикой кровотечения отмечено в 4,6% случаев. Кровотечение из эрозий в зоне лигатурной транссекции были остановлены консервативно. Летальность в отдаленные сроки наблюдения составила 5,1%. Общая летальность за ближайший и отдаленный периоды в группах сравнения составила 22,2% и 13,4%.

Анализ выживаемости больных ЦП с ПГ после ТРГЭК показал, что самый низкий показатель выявлен в группах с крупноузловой цирротической трансформацией (медиана выживаемости - 24 месяца), у больных с кровотечением в анамнезе (медиана выживаемости - 36 месяцев) и с декомпенсацией по отечно-асцитическому синдрому до оперативного вмешательства (медиана выживаемости - 12 месяцев).

Таким образом, прерывание гастроэзофагеального венозного коллектора путем лигатурной транссекции на синтетическом протезе в отличие от ранее предложенных методов ТРГЭК не только облегчает техническое выполнение операции, но и обеспечивает профилактику ранних послеоперационных осложнений, связанных с травматичностью предыдущих методик, грубых функциональных нарушений желудка в отдаленном периоде. Усовершенствованная оригинальная технология ТРГЭК является перспективным оперативным пособием в условиях ургентной хирургии и при проведении плановых вмешательств у больных с синдромом ПГ подвергшихся повторному оперативному лечению, или альтернативой портосистемному шунтированию при невозможности его выполнения.

Назыров Ф.Г.,
Девятков А.В.,
Ибадов Р.А.,
Ирматов С.Х.,
Султанов С.А.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДА РЕИНФУЗИИ АСЦИТИЧЕСКОЙ ЖИДКОСТИ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

АО "Республиканский специализированный центр хирургии имени академика В.Вахидова"

Асцит - одно из основных и типичных осложнений цирроза печени (ЦП). Ведущей причиной его развития является повышенное лимфообразование на фоне внутрипеченочного блока. Усиленное функционирование лимфатической системы способствует разгрузке венозной сети, но в дальнейшем развивается динамическая недостаточность лимфообращения, приводящая к пропотеванию жидкости с поверхности печени в брюшную полость. Многообразие патогенетических механизмов развития отечно-асцитического синдрома обуславливает сложность лечения этой категории больных. До настоящего времени наиболее спорными вопросами остаются целесообразность и выбор варианта коррекции портальной гипертензии у больных ЦП на фоне этого тяжелого осложнения. Большинство отечественных и иностранных авторов

полагают, что наличие стационарного асцита является противопоказанием к хирургическому лечению, а операции, выполняемые в условиях асцита, сопровождаются высокой летальностью.

В АО "РСЦХ имени акад. В.Вахидова" разработан и внедрен способ реинфузии асцитической жидкости у больных ЦП. Способ включает: забор и хранение асцитической жидкости; дефибрирование асцитической жидкости; очищение и концентрирование асцитической жидкости; консервирование и стерилизация очищенной концентрированной асцитической жидкости; бактериологическое исследование; реинфузия асцитической жидкости.

Для сравнения эффективности различных способов послеоперационной реабилитации больных, перенесших портосистемное шунтирование (ПСШ), сформированы две группы. Больным группа 1 (21)

в раннем послеоперационном периоде заместительную терапию проводили авторским способом аутоасцитотоксической сорбции. В группе 2 (24) в заместительной терапии использовали официальные растворы 10% альбумина и СЗП. Забор асцитической жидкости производили через дренажную трубку в брюшной полости. Суточная потеря асцита составила 1520 ± 156 мл. Производили 2-3 сеанса реинфузии очищенной, концентрированной асцитической жидкости.

Результаты исследования показали, что после асцитотоксической сорбции диспропорция в распределении общего белка и его альбуминовой фракции значительно уменьшается, увеличивается содержание общего белка и сывороточного альбумина на 7,2% и 10,3% соответственно. Коэффициент А/Г повышается на 29,1%. И, как следствие, повышение содержания альбумина сопровождается повышением онкотического давления крови на 16,3%. В группе больных, получавших заместительную терапию стандартными растворами 10% альбумина

и СЗП, значительные изменения показателей общего белка в крови не отмечены. В процессе проведения исследования была выявлена корреляция между клиническим эффектом реинфузии асцитической жидкости и прогрессирующим снижением содержания белка в асцитической жидкости. К завершению курса асцитотерапии содержание белка в асцитической жидкости уменьшалось в 4-5 и более раз в сравнении с исходным.

Таким образом, включение реинфузии концентрированной асцитической жидкости в комплекс реабилитационных мероприятий у больных ЦП, осложненным асцитическим синдромом после ПСШ, характеризуется повышением и усилением гемодинамики общего белка и его альбуминовой фракции, восстановлением белково-синтетической и детоксикационной функции печени. При этом отмечено достоверное увеличение содержания общего белка на 7,2% и сывороточного альбумина на 10,3%, что сопровождается повышением онкотического давления крови на 16,3%.

Назыров Ф.Г.,
Хашимов Ш.Х.,
Махмудов У.М.,
Садыков Н.С.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РУКАВНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПРИ МОРБИДНОМ ОЖИРЕНИИ

АО "Республиканский специализированный центр хирургии
имени академика В.Вахидова"

Актуальность Неуклонное распространение ожирения послужило толчком образования сравнительно молодого ответвления хирургии - бариатрической хирургии (БХ). Первоочередная цель БХ - посредством воздействия на течение таких связанных с ожирением заболеваний, как артериальная гипертензия, сахарный диабет, синдром апноэ во сне, подагра улучшить качество жизни и снизить риск преждевременной смерти больного. Лапароскопическая рукавная резекция желудка (ЛРРЖ) (англ. - Laparoscopic sleeve gastrectomy) - сравнительно новая бариатрическая операция, впервые описанная как рестриктивный этап известной с 1988 г. операции - билиопанкреатического шунтирования с выключением двенадцатиперстной кишки - Biliopancreatic Diversion/ Duodenal Switch. При ЛРРЖ происходит удаление большой кривизны желудка, при этом интактным остается пилорический клапан, что сохраняет моторную функцию ЖКТ. Таким образом, у пациента наступает ранее чувство насыщения, что влечет снижение количества потребляемой пищи.

Материалы и методы. С ноября 2015 г. по май 2016 г. в АО "Республиканский специализированный центр хирургии им. академика В.Вахидова" операция ЛРРЖ была выполнена 8 пациентам. Возраст оперированных варьировал от 28 до 53 лет, соотношение мужчины/женщины - 1/7, средняя масса тела пациентов - $113,9 \pm 21,34$ кг (от 110 до 187 кг), средний ИМТ - $40,1 \pm 6,1$ кг/м² (от 30,1

до 59,5 кг/м²). Расчет ИМТ производили по формуле Кетле: ИМТ = масса тела (кг)/ рост (м)². ЛРРЖ выполняли по общепринятым в бариатрической хирургии показаниям: морбидное ожирение (МО) с ИМТ >40 кг/м² и наличие ассоциированных с ожирением заболеваний или серьезных социально-психологических факторов, связанных с лишней массой тела.

Оперативное вмешательство проводили под общим эндотрахеальным наркозом. Пациент располагался на столе в обратном положении Тренделенбурга (с приподнятым головным концом), ноги при этом разведены так, чтобы между ними мог располагаться оперирующий хирург. Использовали 5-портовый троакарный доступ. С помощью гармонического скальпеля Ultracision (Johnson & Johnson - США) и технологии LigaSure Atlas, энергетической платформы ForceTriad (Covidien - США) проводили полную мобилизацию большой кривизны желудка: от зоны привратника до угла Гиса рассекали желудочно-ободочную связку, пересекали короткие желудочные сосуды, полностью освобождали дно желудка по задней стенке. Введенный в желудок специальный калибровочный зонд диаметром 36-40 Fg служил своего рода каркасом для формирования рукава во избежание его стенозирования. Ориентируясь на зонд, расположенный вдоль малой кривизны, желудок поэтапно прошивали 3-рядными скрепочными швами и одновременно пересекали при помощи аппаратов

"Эшелон" (Ethicon - Endo Surgery) начиная от антрального отдела в 2-4 см от привратника и до угла Гиса. После отсечения большей части желудка вдоль малой кривизны проводили замену желудочного зонда на зонд меньшего (32 F) диаметра, над которым перитонизировали линию шва на всем протяжении по направлению от угла Гиса до антрального отдела. При этом накладывали непрерывный серозно-мышечный шов специальной рассасывающейся "зазубренной" нитью V-Loc - 180 mm (Covidien - США). Таким образом, формировали равномерно узкий рукав, т.е. желудочную трубку объемом от 60 до 120 мл в зависимости от длины рукава. Устанавливали один дренаж вдоль линии шва желудка через троакарный прокол в левом подреберье.

Пациенты начинали вставать и ходить через 3-4 ч после операции. В первые 2 суток разрешалось дробное питье до 600 мл в сутки с дальнейшим увеличением количества жидкой пищи к концу 1 недели. Переход на кашеобразную пищу осуществляли с 4-5 дня после операции. Твердую пищу при условии тщательного пережевывания разрешали с 3 недели после операции. Пациентов с не

осложненным течением послеоперационного периода выписывали на 4-5 день с последующим амбулаторным наблюдением и снятием швов на 6-7 сутки.

В раннем послеоперационном периоде хирургических осложнений не было. В ходе послеоперационного наблюдения у 5 пациентов отмечали симптомы рефлюкс-эзофагита в связи, с чем они были вынуждены продолжать прием ингибиторов протонной помпы. Не выявлены случаи белковой недостаточности, другие побочные метаболические нарушения, которые могли бы рассматриваться как следствие резекции желудка. Амбулаторное диспансерное наблюдение за оперированными больными, осуществляется по сей день. Как показали предварительные результаты, спустя 3-6 месяцев после операции ИМТ снизился на 25-30% от исходного.

Таким образом, ЛРРЖ - перспективная, в достаточной степени безопасная и эффективная операция при МО она может рассматриваться как самостоятельная операция и как первый этап более сложных бариатрических операций. ЛРРЖ способствует эффективному снижению веса, улучшению качества жизни пациентов с МО.

Назыров Ф.Г.,
Хашимов Ш.Х.,
Махмудов У.М.,
Садыков Н.С.

ЭНДОВИЗУАЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ МОРБИДНОГО ОЖИРЕНИЯ

АО "Республиканский специализированный центр хирургии имени академика В.Вахидова"

Введение. Несмотря на возможности современной медицины, морбидное ожирение (МО) не только не имеет тенденции к снижению темпов распространения, но и неуклонно распространяется на все возрастные группы (WHO Global NCD InfoBase, WHO global comparable estimates Geneva, World Health Organization, 2005). Неуклонное распространение МО послужило толчком образования сравнительно молодого ответвления хирургии - бариатрической хирургии (БХ).

Бариатрические хирургические процедуры приводят к уменьшению потребления калорий посредством модификации анатомии ЖКТ. При этом БХ не может и не должна рассматриваться как эстетическая и косметическая. Сегодня известны более 50 вариантов хирургического лечения МО.

Дополнительным стимулом развития БХ послужило появление лапароскопической хирургии. Сегодня возможности упомянутого сочетания технологий прогрессивно расширяются, а преимущества уже ни у кого не вызывают сомнений. По результатам Кограновского чтения, до 75% бариатрических операций в мире проводятся лапароскопическим способом.

Материалы и методы. С ноября 2015 г. по май 2016 г. в отделении эндовизуальной хирургии АО "РСЦХ им. академика В.Вахидова" эндовизуальная бариатрическая операция - лапароскопическая

рукавная резекция желудка ЛРРЖ (англ. - Laparoscopic sleeve gastrectomy) выполнена 8 больным с МО (ИМТ > 40 кг/м²). Операции выполнены на лапароскопической стойке инструментарием фирмы Karl Storz GmbH & CO.KG (Германия). Интраоперационно использовали энергетическую платформу Force Triad с технологией LigaSure компании Covidien (США), ультразвуковой скальпель Ultrasonic компании Ethicon и эндоскопические сшивающе-режущие аппараты компании Ethicon Endo Surgery (Johnson & Johnson, США). Техника операции заключалась в удалении большей части желудка, расположенной в зоне большой кривизны, с сохранением кардиального сфинктера и привратника и формированием узкой желудочной трубки объемом 60-150 мл, расположенной вдоль малой кривизны. Для этого в желудок устанавливали специальный калибровочный зонд диаметром 36-40 F, служивший своего рода каркасом для формирования рукава во избежание его стенозирования. Ориентируясь на внутрижелудочный зонд, расположенный вдоль малой кривизны, желудок поэтапно прошивали 3-рядными скрепочными швами и одновременно пересекали при помощи аппаратов "Эшелон" (Ethicon - Endo Surgery) начиная от антрального отдела в 2-4 см от привратника. Мы не придерживались какого-либо определенного расстояния от привратника, основным

критерием являлось создание равномерно узкой желудочной трубки с сохранением небольшой части антрального отдела желудка.

Как правило, для первых двух аппликаций аппарата использовали кассеты зеленого цвета длиной 60 мм с высотой скоб 4,1 мм, последующие прошивания выполняли синими кассетами с высотой скоб 3,5 мм. При прошивании и пересечении выдерживали экспозицию сжатия до и после прошивания в 15-20 сек. Для каждой операции использовали 5-6 кассет.

После отсечения большей части желудка вдоль малой кривизны проводили замену желудочного зонда на зонд меньшего (32 F) диаметра, над которым перитонизировали линию шва на всем протяжении по направлению от угла Гиса до антрального отдела. При этом накладывали непрерывный серозно-мышечный шов специальной рассасывающейся "зазубренной" нитью V-Loc - 180 mm (Covidien - США). Таким образом формировали равномерно узкий рукав, т.е. желудочную трубку объемом от 60 до 120 мл в зависимости от длины рукава. Устанавливали один дренаж вдоль линии шва желудка че-

рез троакарный прокол в левом подреберье.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Больные выписаны на 4-5 сутки после операции. После выписки из клиники пациенты продолжали получать антиагрегантную терапию в профилактических дозах в течение 1 месяца, противоязвенные препараты в течение 2 месяцев. С учетом международных рекомендаций, пациентам, перенесшим лапароскопическую рукавную резекцию желудка (ЛРРЖ), назначали витаминно-минеральную поддержку.

Алгоритм послеоперационного наблюдения в настоящее время соответствует общепринятому: каждые 3 месяца в течение первого года, каждые полгода в течение второго года, далее - ежегодно. Лабораторный контроль (общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови) - составная часть послеоперационного наблюдения - осуществляется в те же сроки.

Преимуществом ЛРРЖ являются малоинвазивность и физиологичность без радикальной реконструкции желудочно-кишечного тракта, свойственной шунтирующим бариатрическим операциям.

*Низамходжаев З.М.,
Лигаи Р.Е.,
Шагазатов Д.Б.,
Цой А.О.,
Хаджибаев Ж.А.,
Нигматуллин Э.И.,
Ажимуратов М.Т.*

СТРУКТУРА ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЭКСТИРПАЦИИ ПИЩЕВОДА С ОДНОМОМЕНТНОЙ ГАСТРОЭЗОФАГОПЛАСТИКОЙ

АО "Республиканский специализированный центр хирургии имени академика В.Вахидова"

Актуальность. Реконструктивно-восстановительная хирургия пищевода за свою многовековую историю прошла настоящую эволюцию, начиная с многоэтапных "изнуряющих" эзофагопластик до сложнейших одномоментных операций. Совершенствование анестезиологии и реаниматологии позволило значительно увеличить спектр выполняемых операций на пищеводе при доброкачественных и злокачественных поражениях. Однако увеличение вмешательств на пищеводе привело к росту различных послеоперационных осложнений, достигающих 45-65%. Наиболее грозными остаются, так называемые, специфические осложнения, к которым относятся некроз трансплантата и недостаточность пищеводных анастомозов, от частоты развития которых зависит уровень летальности, которая колеблется от 5 до 25%.

Цель - изучить характер осложнений после экстирпации пищевода (ЭП).

Материал и методы. С 1991 по 2015 год выполнены 234 субтотальных ЭП с одномоментной эзофагогастропластикой с формированием внеполостного шейного эзофагогастроанастомоза (ЭГА) по поводу следующих заболеваний: рак - 204 (87,2%), ахалазия кардии - 18 (7,7%), рубцовые стриктуры

- 6 (2,6%) и стенозирующий рефлюкс-эзофагит - у 6 (2,6%). Все пациенты были распределены на 2 группы. Контрольную группу (КГ) составили 79 пациентов (1991-2000) которым использовали традиционные методы формирования желудочного трансплантата и пищеводного анастомоза (ПА) на шее. Основную группу (ОГ) составили 155 пациентов (2001-2015г.), которым использовали усовершенствованный методы формирования трансплантата из желудка и ПА, а также специальную схему предоперационной подготовки и послеоперационного ведения.

Результаты и их обсуждение. Наиболее частыми являются бронхолегочные осложнения, которые развились у 109 (46,6%); специфические осложнения - у 60 (25,6%); гнойно-воспалительные - у 43 (18,4%); сердечнососудистые - у 24 (10,3%); тромбоэмболические - у 13 (5,6%) и кровотечения - у 7 (2,9%) пациентов.

Сравнительный анализ осложнений в группах показал достоверное ($\chi^2=9.471$, $df=6$, $p=0.1488$) снижение частоты всех осложнений в ОГ.

Если в КГ бронхолегочные осложнения развились у 68,3%, то в ОГ их число уменьшилось до 35,5%; специфические осложнения уменьшились

с 43 до 11,6%; гнойно-воспалительные - с 39,2 до 7,7%; тромбоземболические - с 7,6 до 4,5%; сердечно-сосудистые с 17,7 до 6,5%, кровотечения - с 6,3 до 1,3%.

*Низамходжаев З.М.,
Лигаи Р.Е.,
Гулямов О.М.,
Цой А.О.,
Омонов Р.Р.,
Ибрагимов Х.Р.*

АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПИЩЕВОДНЫХ АНАСТОМОЗОВ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНЫМ РАКОМ

АО "Республиканский специализированный центр хирургии имени академика В.Вахидова"

Заключение. Внедрение усовершенствованных технических приемов при формировании трансплантата и ПА позволяет достоверно снизить частоту всех послеоперационных осложнений

Актуальность. Диагностика и лечение опухолевых поражений желудка остаются актуальными проблемами абдоминальной хирургии. Выбор способа лечения опухолей проксимального отдела желудка является главной нерешенной проблемой, что обуславливает худшие по сравнению с другими локализациями результаты. В первую очередь, это связано с анатомо-физиологическими особенностями кардиоэзофагеальной зоны, быстрым распространением опухоли, высокой злокачественностью с преобладанием агрессивных клиничко-морфологических вариантов, низкой степенью дифференциации, высоким индексом лимфогенного метастазирования, поражением пищевода на различном уровне.

Несмотря на совершенствование методов ранней диагностики, большинство больных поступают в стационар с запущенными III-IV стадиями заболевания. Учитывая низкую эффективность химио- и лучевой терапии, единственным способом улучшения отдаленных результатов лечения при опухоли проксимального отдела желудка, как и рака желудка в целом является совершенствование тактики и хирургического способа лечения. Раннее наступление явлений дисфагии, связанной с нарушением проходимости пищевых масс, последующим прогрессивным нарастанием алиментарного истощения организма, соответствующий объем хирургического вмешательства в связи с анатомо-физиологическими особенностями данной зоны увеличивает риск осложнений в послеоперационном периоде. Показатели операбельности (40-72%) и резектабельности (38-69%) при проксимальном раке желудка значительно уступают таковым при прочих локализациях процесса, а послеоперационная летальность составляет 15-23%. Хирургические вмешательства при раке проксимального отдела желудка отличаются большой сложностью, обусловленной необходимостью манипуляций в брюшной и плевральной полостях, заднем средостении. Выбор тактики лечения при раке проксимального отдела желудка требует высокого уровня

диагностики, включающей комплекс взаимодополняющих методов исследования, выполняемых на разных этапах обследования и лечения больного.

Цель - изучить частоту недостаточности пищеводных анастомозов (ПА) в зависимости от варианта хирургического вмешательства у больных с кардиоэзофагеальным раком

Материал и методы. С 2001 по 2014 год в отделении хирургии пищевода и желудка радикальные вмешательства выполнены 225 больным с проксимальными опухолями желудка: гастрэктомия (ГЭ) - 166 (73,7%), проксимальная резекция желудка (ПРЖ) - 53 (23,6%) и экстирпация пищевода (ЭП) - 6 (2,7%). Во всех случаях выполнена стандартная лимфодиссекция ЛД2, а при ЭП - двухзональная лимфодиссекция.

Результаты и их обсуждение. Несостоятельности шейного эзофагогастроанастомоза (ЭзГА) после 6 ЭП с одномоментной гастропластикой не было.

Из 166 ГЭ эзофагоэнтероанастомоз (ЭзЭА) по Гиляревичу использован 60, а ЭзЭА по Ру - 106 пациентам. В 139 (83,7%) случаях ЭзЭА сформирован в брюшной полости, в 27 (16,2%) - в заднем средостении. Общая частота несостоятельности ЭзЭА после ГЭ составила 4,8% (8 больных). После ЭзЭА по Гиляревичу недостаточность развилась у 1 (1,7%), а после ЭзЭА по Ру - у 7 (6,6%) больных.

ПРЖ выполнена у 53 больных, во всех случаях сформирован инвагинационный ЭзГА. В зависимости от уровня формирования анастомоза больных распределились следующим образом: в брюшной полости - 33 (62,3%), в средостении - 16 (30,2%) и в плевральной полости - 4 (7,5%). Несостоятельность ЭГА после ПРЖ развилась у 3 (5,3%) больных.

Летальный исход наступил у 8 из 225 больных (3,6%).

Заклучение. Недостаточность пищеводных анастомозов после ГЭ и ПРЖ остается одной из наиболее опасных причин летального исхода.

Низамходжаев З.М.,
Лигаи Р.Е.,
Хусанов А.М.,
Цой А.О.,
Омонов Р.Р.,
Нигматуллин Э.И.

АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО ПОВОДУ КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РАКА

АО "Республиканский специализированный центр хирургии
имени академика В.Вахидова"

Актуальность. Заболеваемость раком проксимального отдела желудка неуклонно возрастает во всем мире. Рак пищевода-желудочного перехода занимает 6 место среди причин смерти от рака и 9 место в общей смертности. Главной особенностью клинической картины больных с опухолями проксимального отдела желудка является частое распространение злокачественного процесса на кардиоэзофагеальный переход или дистальный отдел пищевода, что приводит к появлению дисфагии.

При кардиоэзофагеальном раке сложность оперативного пособия обусловлена необходимостью выполнения оперативного вмешательства и лимфаденэктомии в двух зонах: медиастинальной и абдоминальной. Это определяет обязательное расширение границ хирургического вмешательства, выполнение комбинированных операций более чем в 80% наблюдений, расширение зон лимфатической диссекции в брюшной полости и в средостении. Переход процесса на пищевод требует использования комбинированного торакоабдоминального доступа с пересечением диафрагмы, высокой мобилизации пищевода в средостении и формированием внутриплевральных соустьев.

В настоящее время у нас и за рубежом при оперативном лечении кардиоэзофагеального рака применяется трансхиатальная экстирпация пищевода с одномоментной эзофагопластикой желудочной трубкой. Разноречивость взглядов на эффективность применяемых методов хирургического лечения кардиоэзофагеального рака обосновывает важность сравнительной оценки результатов хирургического лечения.

Цель - изучить характер послеоперационных осложнений у больных кардиоэзофагеальным раком (КЭР).

Материал и методы. В отделении хирургии пищевода и желудка АО "РСЦХ им. акад. В.Вахидова" с

2001 по 2015 год прооперированы 335 больных КЭР.

Результаты и их обсуждение. Характер хирургических вмешательств был следующим: эксплоративная лапаротомия и лапароскопия - 110 (32,8%), гастрэктомия (ГЭ) - 166 (49,5%), проксимальная резекция желудка (ПРЖ) - 53(15,8%) и экстирпация пищевода - 6 (1,8%) больных.

Характер послеоперационных осложнений после гастрэктомии: бронхолегочные - у 28 (16,9%), панкреатит - у 18 (10,8%), панкреонекроз - у 4 (2,4%), кровотечение - у 4 (2,4%), недостаточность культи ДПК - у 2(1,2%), недостаточность пищевода анастомоза - у 8 (4,8%), острая кишечная непроходимость - у 1 (0,6%), острый инфаркт миокарда - у 2 (1,2%) и нагноение раны - у 5 (3%).

Летальный исход наступил у 6 (3,6%) больных. В 3 случаях причиной явился панкреонекроз, в 3 случаях - ОССН на фоне острого инфаркта миокарда у 2 и ТЭЛА у 1 больного.

Характер послеоперационных осложнений после ПРЖ: бронхолегочные - у 7 (13,2%), панкреатит - у 6 (11,3%), панкреонекроз - у 3 (5,7%), кровотечение - у 1 (1,9%), недостаточность ЭЗГА - у 3 (5,7%), острая кишечная непроходимость - у 1 (1,9%), поддиафрагмальный абсцесс слева - у 3 (5,7%), нагноение раны - у 1 (1,9%). Летальный исход наступил у 2 (3,7%) больных вследствие панкреонекроз.

Экстирпация пищевода произведена 6 больным раком нижней трети пищевода с распространением на КЭП. После ЭП осложнений и летальных исходов не было.

Заключение. Выбор хирургического пособия при КЭР зависит от объема поражения желудка и степени распространенности на пищевод. Наиболее грозным послеоперационным осложнением и самой частой причиной летальных исходов является панкреонекроз.

Низамходжаев З.М.,
Шагазатов Д.Б.,
Цой А.О.,
Хаджибаев Ж.А.,
Ажимуратов М.Т.

ПЛАСТИКА ПИЩЕВОДА У БОЛЬНЫХ С ПОСТОЖОГОВЫМИ РУБЦОВЫМИ СТРИКТУРАМИ

АО "Республиканский специализированный центр хирургии
имени академика В.Вахидова"

Цель - изучить результаты реконструктивных вмешательств на пищеводе у больных с постожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода (ПРСП).

Материал и методы. В отделении хирургии пищевода и желудка АО "РСЦХ им. акад. В.Вахидова" с 1991 по 2015 год выполнены 150 операций

на пищеводе у больных с ПРСП.

Результаты и их обсуждение. Характер операции: шунтирующая колоэзофагопластика (ШКЭП) - 116 (77,4%); шунтирующая фарингоколоэзофагопластика (ШФКЭП) - 23 (15,3%) и экстирпация пищевода (ЭП) - 11 (7,3%) больных.

Результаты и их обсуждение. В послеоперационном периоде у 106 (70,7%) больных осложнения не выявлены, а у 44 (29,3%) отмечалось одно и более осложнений. Наибольшее количество осложнений было бронхолегочного характера - 34 (22,7%) больных.

Следующими по частоте были гнойно-воспалительные осложнения, к которым относятся нагноение ран и гнойный медиастинит - 23 (15,3%). Гнойно-воспалительные осложнения чаще являются следствием специфических, непосредственно связанных с техникой выполнения операций: некроз колотрансплантата, недостаточность пищеводных анастомозов (ПА), несостоятельность коло-гастроанастомоза и коло-колоанастомоза - 19 (12,7%) больных.

Одними из самых грозных осложнений в хирургии пищевода являются кровотечения - 4 (2,7%), которые также непосредственно связаны с другими осложнениями. Кровотечение из средостения (n=1) было следствием тотального некроза колотрансплантата, а кровотечение из шейной раны (n=3) наступило в результате аррозии щитовидной артерии на фоне недостаточности ПА.

Летальный исход наступил у 7 из 150 больных, что составило 4,7%: у 1 больной после ЭП, у 1 больной после ШФКП и у 5 больных после ШКП.

Причины летальных исходов: тотальный некроз колотрансплантата у 2; острая дыхательная и ОССН на фоне двусторонней пневмонии у 2 и абсцедирующей пневмонии у 1; тромбоэмболия легочной артерии - у 1, разлитой каловый перитонит + рецидивирующее кровотечение из щитовидной артерии - у 1 больной.

Заключение. Летальность после реконструктивных вмешательств у больных с ПРСП зависит от тяжести послеоперационных осложнений.

*Низамходжаев З.М.,
Шагазатов Д.Б.,
Цой А.О.,
Хаджибаев Ж.А.,
Нигматулин Э.И.*

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПОВТОРНЫХ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ БОЛЕЗНЯХ ИСКУССТВЕННОГО ПИЩЕВОДА

*АО "Республиканский специализированный центр хирургии
имени академика В.Вахидова"*

Актуальность. Болезни искусственного пищевода (БИП), развивающиеся в отдаленный период после эзофагопластики, существенно ухудшают результаты реконструктивных вмешательств, что снижает качество жизни оперированных пациентов. Опыт показывает, что причинами их возникновения служат не только несовершенство методик создания искусственного пищевода, но и тактические ошибки при выборе способа и объема эзофагопластики, применение устаревших и даже порочных операций, а так же грубые технические погрешности при выполнении вмешательств. Частота развития БИП колеблется в широких диапазонах от 15 до 55%. Проблема БИП всегда была актуальной и будет оставаться таковой пока в клинической практике применяется эзофагопластика. Если спорные вопросы самой эзофагопластики с каждым годом находят успешное решение, то в отношении БИП такой положительной тенденции нет. Это обусловлено отсутствием единой классификации БИП и общепринятой тактики лечения, диаметрально противоположными взглядами на выбор оптимального способа консервативного и хирургического лечения. Среди БИП одной из значимых остается рубцовое сужение пищеводных анастомозов (РСПА), которое приводит к дисфагии и регургитации. Именно повторное возникновение дисфагии после сложнейшей реконструктивной операции тяжело психологически переносят больные.

Частота РСПА после эзофагопластики, по данным большинства исследований, находится в интервале 9-40%, достигая 75%.

Цель - провести анализ результатов повторных хирургических вмешательств у больных с болезнями искусственного пищевода (БИП).

Материал и методы. С 1993 по 2014 год в отделении хирургии пищевода и желудка произведено 338 пластик пищевода по поводу следующих патологий: тумор пищевода - 193 (51,7%); постожоговое рубцовое сужение пищевода - 116 (34,3%); ахалазия кардии - 21 (6,2%); стенозирующий рефлюкс-эзофагит - 7 (2%); травма пищевода - 1 (0,3%). Больным выполнены следующие реконструктивно-восстановительные операции: субтотальная экстирпация пищевода с гастропластикой - 222 (65,6%); шунтирующая колопластика - 114 (33,7%); шунтирующая энтеропластика - 2 (0,6%).

Из 254 обследованных БИП диагностированы у 91 (35,8%) больного.

Результаты и их обсуждение. Повторные оперативные вмешательства выполнены 23 (25,2%) больным. Характер реконструктивной операции зависел от вида БИП. 1 пациентке с незавершенной колоэзофагопластикой выполнена ремобилизация шейного отдела пищевода и проксимальной части колотрансплантата с наложением косопоперечного эзофагоколоанастомоза. 2 пациентам с избыточной петлей колотрансплантата выполнена

резекция избыточной петли колотрансплантата с формированием нового коло-колоанастомоза с сохранением питающей ножки трансплантата. 1 пациентке с пищеводно-трахеальным свищом выполнено его разобщение шейным доступом. 1 пациентке со слепым мешком естественного пищевода выполнены разобщение эзофагоколоанастомоза, ушивание дистального конца естественного пищевода с формированием нового пищеводно-толстокишечного соустья.

Наибольшее количество операций выполнено пациентам с рубцовыми стриктурами шейного пищевода - 18 больных. Из них 1 пациентке после ранее перенесенной тонкокишечной

пластики выполнено удаление тонкокишечного трансплантата с повторной шунтирующей колоэзофагопластикой; 3 пациентам - резекция анастомоза с формированием нового соустья; 10 - операция типа 3/4 (продольное рассечение передней стенки анастомоза с поперечным ушиванием) и у 4 - модифицированная операция типа 3/4. Суть операции заключается в коррекции не только передней, но и задней стенки пищевода анастомоза.

Летальных исходов не было.

Заключение. Выбор способа повторных хирургических вмешательств у больных с БИП зависит от характера наступивших осложнений и метода первичной пластики пищевода.

Петрашенко И.И.

ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

ГУ "Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины"

На проявление острого аппендицита существенно влияют многие факторы, в том числе и беременность, которая способна нивелировать выраженность наиболее патогномичных для острого аппендицита симптомов и лабораторные признаки воспаления. Это обуславливает необходимость поиска путей, направленных на более широкое использование вспомогательных методов диагностики острого аппендицита во время беременности.

Цель - изучить информативность различных методов диагностики острого аппендицита во время беременности, оценить их эффективность.

Материал и методы. Обследованы 75 беременных с острым аппендицитом, госпитализированных в областную клиническую больницу им. И.И. Мечникова г. Днепропетровска с 2012 по 2016 год. Сроки беременности - в пределах от 4-5 до 35-36 недель. Беременных в I триместре было 26 (34,7%), во II - 34 (45,3%) и в III - 15 (20,0%). Диагностика острого аппендицита базировалась на данных анамнеза, оценке клинических симптомов, результатах рутинных лабораторных методов, сонографии. Ультразвуковое исследование выполняли на аппарате "Voluson E8" (General Electric, США) с трансабдоминальным конвексным датчиком частотой 3,5 МГц. Видеолапароскопические вмешательства выполняли с применением эндовидеохирургического комплекса "Olympus OTV-SC". Все операции проведены под внутривенным обезболиванием с искусственной вентиляцией легких эндотрахеальным путем, что позволяло осуществлять адекватную ревизию брюшной полости. Преимущество эндотрахеального наркоза: не влияет на тонус матки, обеспечивает достаточную оксигенацию матери и плода, полную релаксацию мышц. Давление углекислого газа в брюшной полости поддерживали на уровне 10-12 мм.рт.ст. Информативность клинических симптомов, показателей лейкоцитоза, данных сонографии и лапароскопии

изучали по следующим критериям: чувствительность, специфичность, точность и эффективность.

Результаты и их обсуждение. Результаты обследования показали, что из симптомов болезненности наиболее часто выявлялся симптом Кохера-Волковича - 49 (65,3%) беременных. Симптомы Бартомье-Михельсона, Ситковского, Ровзинга выявлялись в 38,6-57,3% случаев. В пяти случаях зафиксированы ложноположительные результаты, поэтому чувствительность метода составила - 70,6%, специфичность - 84,8%, точность клинической диагностики в целом - 75,0%; диагностическая эффективность - 77,7%.

Определенное значение в диагностике острого аппендицита у беременных имеют лабораторные исследования. Учитывая, что для беременных увеличение количества лейкоцитов явление физиологическое, важно его наблюдать в динамике. Количество лейкоцитов в периферической крови у 21 (28,0%) беременной не превышало $9,0 \times 10^9/\text{л}$ и, в среднем, составило $8,5 \pm 1,2 \times 10^9/\text{л}$. У 44 (58,7%) женщин количество лейкоцитов увеличивалось до $15,0 \pm 0,2 \times 10^9/\text{л}$. У 10 (13,3%) беременных лейкоцитоз был $17,0 \pm 0,2 \times 10^9/\text{л}$. В связи с выявлением шести ложноположительных результатов чувствительность лабораторного метода составила 72,0%, специфичность - 81,8%, точность - 75,0%, диагностическая эффективность - 76,9%. Следовательно, клиническая симптоматика и показатели лейкоцитоза недостаточно информативны для диагностики острого аппендицита у беременных женщин и не являются основанием для постановки диагноза и принятия решения о хирургическом лечении без дополнительных методов исследования.

В комплексной диагностике использовали ультразвуковое исследование. В семи случаях зафиксированы ложноположительные результаты, специфичность метода в целом составила 78,8%, чувствительность - 57,3%, точность - 63,9%, диагностическая

эффективность - 68,0%. Анализ показал, что ультразвуковое исследование при остром аппендиците у беременных не улучшало качество диагностики.

Применение видеолапароскопии 70 (93,3%) беременным выявило прямые и непрямые признаки острого аппендицита. У 5 (6,7%) обследованных диагноз острого аппендицита не подтвердился. Точность метода составила 90,7%, чувствительность - 93,3%, специфичность - 84,8%, диагностическая эффективность - 89,1%.

Выводы. Информативность основных клинических симптомов не достаточно значима. Их диагностическая эффективность колебалась от 54,1 до 77,7%. Чувствительность и точность ультразвукового метода составила 57,3% и 63,9%, наличие лейкоцитоза - 72,0% и 75,0%.

Наиболее информативный метод диагностики - видеолапароскопия. Ее чувствительность и диагностическая эффективность у беременных составила 93,3% и 89,1%.

Примов Ф.Ш.

РОЛЬ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМАХ ЖИВОТА У ДЕТЕЙ

*Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи
Ташкентский институт усовершенствования врачей*

В структуре травматизма мирного времени повреждения органов брюшной полости составляют 1,5-5% экстренных больных. Преобладает закрытая травма живота. Она встречается в 2 раза чаще, чем открытая. Эту группу составляют тяжелые сочетанные травмы в результате транспортных катастроф, падения с высоты, прямых ударов в живот, полученных на производстве и быту.

Возможности клинической диагностики травм у детей с травмами всегда ограничены, особенно при наличии шока. По мнению большинства авторов, самым эффективным методом распознавания повреждений органов брюшной полости является лапароскопия.

С 2006 по 2016 год в отделении детской хирургии выполнены 142 лапароскопии детям с закрытой травмой живота. Большинство пострадавших - мальчики (72%) в возрасте от 1,5 года до 18 лет.

Наряду с общеклиническими лабораторными методами исследования для топической диагностики всех повреждений у ребенка использовали лучевые методы диагностики (УЗИ, полипозиционная рентгенография, компьютерная томография), диагностическую лапароскопию.

В клинической картине при изолированных разрывах паренхиматозных органов выявлены существенные отличия от общепринятых признаков, в частности: состояние при поступлении оценивалось как удовлетворительное и средней тяжести, снижение АД ниже возрастной нормы, и критическое состояние. Все это позволило выделить 3 группы травмированных детей по гемодинамическим показателям: артериальное давление и показатели крови - стабильные, условно-стабильные и нестабильные.

Стабильность гемодинамики - основополагающая предпосылка для расширенного лучевого обследования и эндодиагностики.

Лапароскопические вмешательства произведе-

ны в 142 случаях при закрытых травмах живота, из них в 120 случаях при повреждениях паренхиматозных органов.

При повреждениях селезенки произведены следующие лапароскопические вмешательства: спленэктомия (4), лапароскопическая электрокоагуляция ран селезенки (8), лапароскопическая аргоноплазменная коагуляция ран селезенки (4). При повреждениях печени: лапароскопическая электрокоагуляция печени с использованием моно- и биполярного коагулятора - 29 случаев; электрокоагуляция раны печени и фиксация к ней сальника - 4 случая; электрокоагуляция раны печени и аппликация гемостатической губки Тахокомб - 11 случаев; аргоноплазменная коагуляция раны печени - 6 случаев; лапароскопическое ушивание печени - 11 случаев.

При повреждении тонкой кишки в 12 случаях произведена лапароскопия. В 8 случаях выявлено повреждение поджелудочной железы. У 2 больных патология в брюшной полости не обнаружена. Имели место обширные гематомы забрюшинного пространства, большого сальника, повреждения капсулы печени, связочного аппарата брюшной полости без признаков продолжающегося кровотечения.

В остальных 28 случаях, когда операции не удалось завершить лапароскопией при продолжении кровотечения или повреждении полых органов, осуществляли переход на конверсию и завершали операцию традиционно.

Таким образом, использование лапароскопии и эндовидеохирургических методов детям с закрытой травмой и ранениями живота более чем в 99,5% случаев позволило подтвердить, уточнить или существенно дополнить предварительный клинический диагноз, объективно оценить ситуацию и незамедлительно произвести необходимые мероприятия. Такая тактика позволила полностью исключить лапароцентез и напрасные лапаротомии.

Расулов А. Э.,
Кротов Н. Ф.,
Хайрутдинов Р. В.,
Мадиеров Б. Т.,
Усманов Б. Б.

НОВЫЙ АНТИРЕФЛЮКСНЫЙ ЭЗОФАГОГАСТРОАНАСТОМОЗ НА ШЕЕ В ХИРУРГИИ ПИЩЕВОДА

Республиканский онкологический научный центр
ФГБУ "НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова", г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

Актуальность. Проблема хирургического лечения рака пищевода далека от окончательного решения, так как вопросы объема необходимой резекции пищевода и лимфодиссекции, доступа и места наложения анастомоза, послеоперационных осложнений сохраняют актуальность. В группе хирургических осложнений, приводящих к летальному исходу, основное значение имеют несостоятельность швов анастомоза (НША) и некроз трансплантата.

Цель исследования - совершенствование хирургического лечения больных раком пищевода.

Материалы и методы. С 2000 по 2012 год произведены 398 резекций пищевода с лимфадиссекцией и гастропластикой при раке. Мужчин было 187 (46,9%), женщин - 211 (53,1%). 62 (15,6%) больным выполнена операция McKeown, 257 (64,6%) - ТХЭ, 79 (19,8%) операция типа Льюиса. В 319 (80,1%) случаях ЭГА наложен на шею слева (операция McKeown и ТХЭ), в 79 (19,9%) - внутриплеврально. Проанализировав результаты наложения ЭГА на шею по типу "конец в конец" (51 случай) и "конец в бок" по Мамонтову А.С. (4 случая), мы разработали новый способ наложения ЭГА на шею с антирефлюксным механизмом. Техника выполнения заключается в наложении анастомоза "конец в бок" по линии механического шва

желудочной трубки на 5 см ниже орального конца с погружением зоны эзофагогастрального шва в просвет желудочной трубки. Данный способ наложения ЭГА на шею применен в 264 случаях после операции McKeown и ТХЭ.

Результаты. Применение нового способа ЭГА на шею 264 больным показало следующее. У 17 (6,4%) больных развилась частичная НША, которая не потребовала хирургического вмешательства. У 9 (3,4%) больных через 2 месяца и у 7 (2,6%) через 3 месяца выявлен рубцовый стеноз эзофагогастроанастомоза на шею I-II степени, который ликвидирован эндоскопическими процедурами. В отдаленные сроки только у 19 (7,2%) больных выявлен желудочно-пищеводный рефлюкс легкой степени.

Выводы. Применение нового способа ЭГА на шею позволило избежать грозных осложнений НША, свести до минимума частоту стенозов, избежать в отдаленном периоде выраженного рефлюкса желчи. Наложение погружной микрогастростомы в оральном конце трансплантата дало возможность начать раннее энтеральное питание. Предложенный способ препятствует забросу желудочного содержимого мимо трубки и мацерации кожи, исключает необходимость закрытия стомы специальными приемами.

Рашидов М.М.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ТРАВМЕ НИЖНИХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Актуальность. Повреждения нижних мочевыводящих путей представляют большой интерес для урологов. Это объясняется отсутствием единого мнения по лечебной тактике, неудовлетворительными ближайшими и отдаленными результатами оперативного лечения. Частые осложнения разрывов мочевого пузыря и уретры в виде мочевого свища, стриктур и облитераций уретры, недержание мочи, импотенции и хронической инфравезикальной обструкции диктуют необходимость всестороннего изучения проблемы лечения.

Материалы и методы. Нами проанализированы истории болезни 57 больных с повреждением мочевого пузыря и 14 больных с повреждениями уретры, находившихся на стационарном лечении в РНЦЭМП МЗ РУз с 2010 по 2015 год. Среди больных с повреждением мочевого пузыря было 48 (84,2%) мужчин и 9 (15,8%) женщин в возрасте

от 16 до 76 лет. С повреждением уретры были больные мужчины в возрасте от 18 до 57 лет.

Результаты и их обсуждение. Больных с травмой мочевого пузыря чаще доставляли после дорожно-транспортных происшествий - 23 (40,3%). 18 (31,5%) больных получили травму при падении с высоты. Ранение мочевого пузыря из-за прямого удара было у 11 (19,3%); у 3 (5,3%) бытовая травма; производственный травматизм - у 2 (3,5%). 8 (57,1%) больных с посттравматическим повреждением уретры обратились после травмы промежностной области, у остальных 6 (42,9%) больных стриктура уретры имела поствоспалительный характер.

На госпитальном этапе больных обследовали согласно лечебно-диагностическим стандартам. Проводили УЗИ исследование верхних и нижних мочевыводящих путей, брюшной полости на наличие свободной жидкости, рентгенологические ис-

следования (ретроградная уретрография, при необходимости в сочетании с микционной урограммой).

Во всех случаях с повреждением мочевого пузыря речь идет о полных разрывах. В 34 случаях (59,6%) они были внутрибрюшинными, в 21 (36,8%) - внебрюшинными; только в 2 случаях - (3,5%) смешанный разрыв.

Всем больным с внутрибрюшинным и смешанным разрывом мочевого пузыря выполнены оперативные вмешательства; 5 (13,8%) больным - лапароскопическое ушивание разрыва мочевого пузыря. Больных с внебрюшинным разрывом лечили консервативно.

Всем 14 больным с повреждением уретры наложены уретро-уретроанастомозы с использованием каркасного металлического кольца. Операция

заключалась в формировании анастомоза, установке металлического кольца в область анастомоза снаружи, его фиксации с анастомозом узловыми не рассасывающимися швами.

Лечебно-диагностические мероприятия проводили в соответствии с разработанным в РНЦЭМП алгоритмом для больных с повреждением мочевого пузыря и уретры с учетом доминирующей патологии.

Четкая регламентация диагностических и тактических мероприятий в соответствии с алгоритмом диагностики и лечения больных с сочетанными травмами мочевого пузыря и уретры, позволяет повысить эффективность лечения. При выборе способа восстановления проходимости мочеиспускательного канала предпочтение следует отдавать одномоментным реконструктивным оперативным вмешательствам.

Рискиев У.Р.

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИТОНИТЕ

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Ошибки, опасности и осложнения, возникающие при операциях на органах брюшной полости, являются наиболее сложной проблемой хирургии. Успехи абдоминальной хирургии последних десятилетий еще более обострили проблему ранних послеоперационных внутрибрюшных осложнений. Это связано с частотой осложнений, составляющей, по разным данным, 0,3-8,6%, и высокой летальностью, достигающей при послеоперационном перитоните (ПП), 25-83,7%.

С целью улучшения результатов лечения больных с ПП нами применена лапароскопическая санация брюшной полости гибким эндоскопом с очисткой дренажных трубок от гнойных пробок.

Больных с ПП разделили на 2 группы: контрольную (124) с лечением традиционными методами, и основную (211) с применением видеолапароскопической санации брюшной полости гибким эндоскопом и очисткой дренажных трубок от гнойных пробок. Первичные операции этим больным выполняли со следующими отягощающими патологиями: 20,3% пациентов первую операцию выполняли при острой кишечной непроходимости; 37,7% - при распространенном перитоните; 5,8% - со злокачественными новообразованиями брюшной полости. Анализ показал, что начальные симптомы ПП наблюдаются с первых суток послеоперационного периода по 14. Начальные симптомы острой формы ПП отмечались на 2-5 сутки

послеоперационного периода; вялотекущий - на 5-8 сутки. Диагностика и определение показаний к повторной операции в зависимости от времени возникновения осложнений занимала: при остро развивающемся ПП до 2 суток, при вялотекущем ПП - до 4 суток.

В контрольной группе выздоровели 36 больных, пребывание в стационаре - 9-28 дней. Летальный исход наступил у 88 пациентов.

Больных основной группы после первичной операции с целью программированных санаций и для диагностики РПВО в передней брюшной стенке устанавливался модифицированный лапаропорт РНЦЭМП (Патент FAP 00961) с трубкой для лапароскопии и манипуляций в брюшной полости. Через неё гибким эндоскопом проводили санационную и диагностическую лапароскопию. Показания к повторным операциям основывали на данных клинико-лабораторных методов обследования в динамике.

В основной группе выздоровели 112 больных; пребывание - от 7 до 56 дней, в среднем, $20,6 \pm 10,2$. Летальный исход наступил у 99 пациентов. Применение программированной видеолапароскопии в диагностике и комплексном лечении, очистки дренажных трубок от фибринозных наложений лечения привело к раннему выявлению послеоперационных осложнений 1,1 раз, а уменьшению летальности в 1,5 раза в основной группе больных.

*Рузибаев Р.Ю.,
Рузметов Б.А.,
Сапаев Д.Ш.*

ЯРА КАСАЛЛИГИ ТУФАЙЛИ ОПЕРАЦИЯ ЎТКАЗИЛГАН БЕМОРЛАРДА СУЯКНИНГ ОСТЕОПОРОТИК СИНИШИ ҲОЛЛАРИ

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Маълумки, бир қатор ошқозон-ичак тракти касалликлари остеопеник синдром келтириб чиқаради. Шу жумладан, яра касаллиги ва унинг жаррохлик йўли билан даволаниши, операциядан кейинги даврда остеодефицит синдромига олиб келади. Биз 339 та нафар беморнинг умуртқа поғонаси бел қисмини Lunar соғр. США - Lunar DPX- А. фирмаси рентген денситометри ёрдамида кўриқдан ўтказдик. Натижалар L1-L4 қисмларда стандарт Т кўрсаткичи бўйича баҳоланди.

Текширувдан ўтган беморлар 4та гуруҳга бўлинди: I гуруҳга гастродуоденал соҳа яра касаллиги (ошқозон ва 12 бармоқ ичак) билан хасталанган 117 нафар бемор; II гуруҳга СПВ операцияси бажарилган беморлар (61 бемор); III гуруҳга Бильрот-I бўйича амалиёғ ўтказилган беморлар (61 бемор) ва IV гуруҳга Бильрот-II бўйича операция бажарилган (100 нафар бемор) беморлар киритилди.

Гуруҳларда беморлар суяк тўқимасининг зичлик ҳолати бўйича қуйидагича тақсимланди. I гуруҳда 48,7% беморда суяк тўқимаси зичлигининг нормал ҳолати, 38,4% беморда остеопения ҳолати ва 12,9% беморда остеопороз ҳолати, II гуруҳда - 60,6% беморда нормал ҳолат, 29,5% беморда остеопения ва 9,9% беморда остеопороз ҳолати, III ва IV гуруҳларда - мос равишда 37,7% ва 24,0% беморда нормал ҳолат, 37,7% ва 36,0% беморда остеопения ҳолати, 24,6% ва 40% беморда остеопороз ҳолати аниқланди.

Суяк тўқимаси зичлиги ҳолатининг таҳлили остеодефицит ҳолати (остеопения ва остеопороз) III ва IV гуруҳдаги беморларда кўп учраганлигини, мос равишда 62,3% ва 76,0%ни ташкил этганлигини

ни кўрсатди. Тадқиқот жараёнида бизни беморларда суяк синиши ҳолларининг аниқланиши қизиқтирди, чунки остеодефицит синдроми билан хасталанган беморларда суяк синиши ҳоллари кўп учрайди.

I гуруҳдаги беморлар орасида 15 (12,8%)та беморда суяк синиши ҳолати кузатилган, улардан 10 нафар беморда суяк зичлигининг камлиги аниқланган, II гуруҳдаги 9 (14,8%) та беморда суяк синиши ҳолати кузатилган бўлиб, улардан 7 нафарда остеодефицит синдроми қайд этилган. III ва IV гуруҳларда мос равишда 11 (14,8%) ва 21 (21%) нафар беморларда суяк синиши ҳолати кузатилган, улардан мос равишда 9 ва 18 нафарда остеопеник синдроми аниқланган.

Адабиёт маълумотларига кўра остеопоротик синишлар найсимон суякларда ва умуртқа суяклариди, айниқса, билан суяклариди, сон суягининг дистал қисмида, сон суягининг бошчасида, болдир суяклариди ва умуртқа танасида кўп учрайди.

Биз суяк синиши аниқланган беморларнинг шикоятларини ва рентгенологик текширув маълумотларини таҳлил қилдик. Рентгенологик текшируви маълумотларининг таҳлили шуни кўрсатдики, суяк синишлари аниқланган 56 нафар бемордан фақатгина 12 нафарда суяк массаси меъёрида бўлган, қолган 44 нафар беморда эса остеодефицит синдроми кузатилган.

Шундай қилиб, текширувдан ўтган 339 нафар беморлардан 56 (16,5%) нафарда анамнезида суяк синиши ҳолати қайд этилган. Шунинг учун яра касаллиги туфайли операция ўтказилган беморларда Са алмашинуви кўрсаткичини аниқлаш ва уни коррекция қилиш тавсия этилади.

Саидов Ф.Х.

ХИРУРГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОГО КОЛОСТАЗА У ДЕТЕЙ

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи
Ташкентский институт усовершенствования врачей

Лечение хронических колостазов остается одной из актуальных проблем колопроктологии. До конца не изучены этиология, патогенез, диагностика, консервативная и хирургическая тактика при хроническом колостазе. Неутешительны результаты хирургического лечения. По данным различных авторов, неудовлетворительные результаты составляют 27,3-45,9%.

Цель исследования - определить хирургическую тактику лечения детей с осложненными формами хронического колостазы.

Материал и методы. В отделении неотложной хирургии детского возраста республиканского научного центра экстренной медицинской помощи с 2010 года по настоящее время находились на лечении 72 ребенка с различной патологией толстой кишки, страдающих хроническими запорами на протяжении 1-10 лет. Возраст детей - от 1 года до 14 лет, из них 40 (55,6%) мальчиков и 32 (44,4%)

девочки. Все пациенты поступили с клиникой острого живота (острый аппендицит, острая кишечная непроходимость). В анамнезе все пациенты отмечали боли, вздутие живота, отсутствие самостоятельного стула от 3 до 10 и более дней.

С целью уточнения диагноза проводили клинический осмотр, проктологический осмотр, лабораторные исследования, фиброколоноскопию, пассаж контрастной массы по пищеварительному тракту, ирригоскопию, УЗИ органов брюшной полости и толстой кишки, МСКТ толстой кишки, исследование кишечной микрофлоры, сфинктерометрию, морфологическое исследование резецированной ткани толстой кишки.

У 21 (29,2%) ребенка диагностированы наличие долихоколон и долихомегаколон, у 50 (69,4%) - долихосигма, у 1 (1,4%) - синдром Пайра.

Результаты и их обсуждение.

Консервативным путем разрешить клинику ос-

трой кишечной непроходимости или кишечную колику удалось у 53 (73,6%) детей. На дальнейшее лечение в плановом порядке у хирурга и гастроэнтеролога дети были выписаны в зависимости от тяжести и компенсации хронического колостазы.

Показаниями к хирургическому лечению:

Декомпенсация хронического колостазы; прогрессирующие симптомы нарушения функции опорожнения кишечника, длительные хронические запоры, неудовлетворительные результаты консервативной терапии хронических запоров на протяжении 1,5-2 лет, постоянное образование каловых камней, симптомы длительной интоксикации, постоянный болевой синдром, отставание в психомоторном развитии, усиливающиеся симптомы хронической кишечной непроходимости, острая кишечная непроходимость.

Оперативное лечение проведено 19 (26,4%) детям. По поводу долихосигмы резекция сигмовидной кишки выполнена - 3 (15,8%) пациентам; левосторонняя гемиколэктомия выполнена - 4

(21,1%); брюшно-промежностная проктопластика по Свенсону-Хиату-Исакову - 2 (10,5%). По поводу долихомегаколона левосторонняя гемиколэктомия выполнена 7 (36,8%) пациентам; брюшно-промежностная проктопластика по Свенсону-Хиату-Исакову - 3 (15,8%).

В раннем послеоперационном периоде до 2-3 недель осложнений со стороны брюшной полости не было. Хорошие результаты в отдаленном периоде получены у 14 (73,7%) оперированных больных, у остальных 5 (26,3%) - удовлетворительные.

Выводы. Только ранняя диагностика и своевременное лечение пороков развития толстой кишки у детей с хроническим колостазом могут улучшить качество жизни этих больных, предотвратить возможные осложнения. Большинству больных с хроническим колостазом показана консервативная терапия. Показаниями к хирургическому лечению хронических колостазов являются субкомпенсированные и декомпенсированные формы заболевания, отсутствие эффекта от консервативной терапии.

Сайфиева С.Х.

ЗНАЧЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Актуальность. Язвенная болезнь желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ДПК) занимает одно из лидирующих мест среди патологии органов желудочно-кишечного тракта в Узбекистане. Эндоскопическое исследование в сочетании с рентгенологическими методами - "золотой" стандарт в диагностике ЯБЖ. Наряду с несомненными диагностическими возможностями перечисленных методов, первый из них является инвазивным, а второй связан со значительной лучевой нагрузкой на организм пациента.

Цель - изучить диагностические возможности трансабдоминального мультиметрического эхографического исследования, усовершенствованием серошкального, 3D / 4D-эхографии, доплерографического исследования сосудов, питающих желудок.

Материал и методы. Изучены результаты комплексного клиничко-эхографического и ультразвукового исследований у 155 пациентов с ЯБЖ и ДПК. Комплексное трансабдоминальное ультразвуковое исследование проведено на современных приборах экспертного класса Mindray DS-6 (Китай), Voluson 730pro (GE), HI VISION Preirus (Япония) с использованием конвексных мультислотных датчиков 3,0-7,0 МГц. Трехмерная (3D) ультразвуковая реконструктивная томография проводилась объемными датчиками 4,0-8,0 МГц. Система комплексного ультразвукового исследования предусматривала поэтапное обследование желудка натощак, его наполнением дегазированной водой

комнатной температуры в объеме 300-1200 мл (в среднем 600-650 мл.). Изучено состояние кровотока импульсно-волновой, цветовой и энергетической доплерографией.

Результаты и их обсуждение. Им 155 больных язвенной болезнью комплексным клиничко-эндоскопическим и ультразвуковым исследованиями выявлена острая фаза болезни у 96 (61,9%), фаза ремиссии - у 20 (12,9%), фаза рубцевания - у 11 (7,1%), малигнизированная язва желудка, подтвержденная биопсией - у 3 (1,9%) больных. Осложненная язва с перфорацией наблюдалась у 2 больных, с кровотечением - у 24. В период ремиссии хронической ЯБЖ и ДПК зона поражения визуализировалась в виде гиперэхогенной "ниши" правильной формы. В период обострения язвенной болезни воспалительный вал вокруг патологического очага достигал значительных размеров. Доплерография питающих желудок сосудов свидетельствовала об ускорении кровотока на 25,0-30,0%. Отмечен эффект "мерцания" при энергетической доплерографии, свидетельствующий о кровотечении из язвы. Трехмерная реконструктивная томография (3D технологии) с выделением мультислайсных томограмм толщиной 0,5 мм позволяла уточнить глубину поражения язвенной "ниши".

Заключение. Мультиметрическое ультразвуковое исследование является одним из альтернативных методов в диагностике язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Саъдуллаев У.О.

**ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА
ПРИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ***Хорезмский филиал РНЦЭМП*

Цель исследования - улучшить результаты диагностики и лечения больных с холедохолитиазом с помощью ЭРПХГ и ЭПСТ.

Материал и методы. Проанализированы результаты включения в лечебно-диагностическую программу ЭРПХГ и ЭПСТ 216 больных с холедохолитиазом с 2010 по 2015 год. Мужчин было 76 (35,2%), женщин - 140 (64,8%). У 66 больных имел место постхолестистэктомический синдром (резидуальный холедохолитиаз).

Результаты и их обсуждение. ЭРПХГ произведена всем больным, ЭПСТ применена у 151 больному. Не удалось провести ЭПСТ 22 (10,1%) больным, у 4 (1,8%) она была неадекватной. Основная причина неудачных попыток - невозможность канюляции большого дуоденального сосочка (БДС). 142 (94,0%) больным ЭПСТ проведена канюляционным способом, 9 (6,0%) - неканюляционным (супрапапиллярным) способом. У 112 больных ЭПСТ дополнена извлечением камней холедоха инструментально. В 34 случаях конкременты отошли спонтанно. Из-за крупных конкрементов холедоха 70 больным ЭРПХГ и ЭПСТ дополнены оперативными вмешательствами. Наиболее частым осложнением являлись кровотечения из краев раны.

Небольшое, не угрожающее жизни больного и не мешающее проведению операции кровотечение отмечено у 62 (41,1%) пациентов, остановленное консервативно. У 1 больного имело место профузное кровотечение, что послужило показанием к лапаротомии, дуоденотомии и остановке кровотечения путем прошивания кровотокающего сосуда. У 1 больного возникла ретродуоденальная перфорация двенадцатиперстной кишки, что также потребовало лапаротомии. У 14 больных выявлен холангит, обусловленный манипуляциями на БДС. Комплексная консервативная терапия позволила избежать лапаротомии. Случаи удачного контрастирования желчных протоков при ЭРПХГ составили 88,6%. У всех пациентов получены качественные холангиограммы. Осложнения после лечебно-диагностических манипуляций на БДС встретились у 8,4% больных. В 0,9% случаев осложнения явились показанием к лапаротомии. Летальных исходов не было.

Выводы. Диагностическая ценность ЭРПХГ и ЭПСТ достигает до 98%. Это позволяет уменьшить количество осложнений. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия является необходимым лечебным методом, дополняющим возможности традиционных хирургических вмешательств.

*Струсский Л.П.,
Низамходжаев З.М.,
Лигаи Р.Е.,
Цой А.О.,
Хаджибаев Ж.А.*

**РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МИНИИНВАЗИВНЫХ
ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНЕЙ
ИСКУССТВЕННОГО ПИЩЕВОДА**

*АО "Республиканский специализированный центр хирургии
имени академика В.Вахидова"*

Цель - определить тактику лечения болезней искусственного пищевода (БИП).

Материал и методы исследования. С 1993 по 2013 год в отделении хирургии пищевода и желудка произведены 338 пластик пищевода по поводу следующих патологий: tumor пищевода - 193 (51,7%), постожоговое рубцовое сужение пищевода - 116 (34,3%), ахалазия кардии - 21 (6,2%), стенозирующий рефлюкс-эзофагит - 7 (2%), травма пищевода - 1 (0,3%). Были выполнены следующие виды операций: субтотальная экстирпация пищевода с гастропластикой - 222 (65,6%), шунтирующая колопластика - 114 (33,7%), шунтирующая энтеропластика - 2 (0,6%). В различные сроки после операций, обследованы 254 больных. БИП диагностирована у 91 (35,8%), у 163 (64,2%) пациентов органическая патология со стороны искусственного и естественного пищевода не выявлена.

Результаты и их обсуждение. Среди больных с

БИП у 68 больных диагностирована рубцовая стриктура проксимального соустья. В 54 случаях проведены такие миниинвазивные методы расширения рубцовой стриктуры, как бужирование стриктуры, эндоскопическое диатерморасширение стриктуры и гидробаллонная дилатация.

Эффективность инструментального расширения стриктуры (ИРС) оценивали по критериям Годжелло Э.А. (2002). В зависимости от эффективности ИРС результаты распределились следующим образом: эффективны - 45 (83,3%), неэффективны - 7 (12,9%) и невозможны - 2 (3,7%). Больным с неэффективными результатами ИРС и при невозможности их применения выполняли реконструкцию проксимального соустья либо повторные курсы ИРС.

23 больным выполнены следующие повторные хирургические вмешательства: ремобилизация шейного отдела пищевода и шейного отдела колотрансплантата с наложением косопоперечного эзо-

фагоколоанастомоза - 1, резекция избыточной петли колотрансплантата - 2, разобщение пищеводно-трахеального свища - 1, разобщение ранее наложенного анастомоза, ушивание естественного пищевода с наложением нового соустья - 1, операция 3/4 - 10, операция 3/4 в модификации отделения - 4, резекция анастомоза с созданием нового соустья - 3 и шунтирующая колопластика - 1. Летальных

исходов не было.

Заклучение. Миниинвазивные вмешательства в лечении рубцовых стриктур проксимального соустья являются эффективным методом лечения и альтернативой повторному хирургическому вмешательству. Выбор способа повторных хирургических вмешательств зависит от характера осложненный и метода первичной пластики пищевода.

Султанов П.К.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПРИ КАТАТРАВМАХ

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Введение. Кататравма составляет 30-35% от всех случаев тяжелой травмы и занимает второе место после дорожно-транспортных происшествий по числу политравм в мирное время. Характер повреждений при высотной травме во многом отличается от механических повреждений иного генеза. Например, в отличие от автодорожных травм при кататравмах могут повреждаться внутренние органы, отдаленные от места удара в результате сотрясения организма при падении с высоты.

Цель - усовершенствовать диагностику и тактику хирургического лечения больных с высотной травмой путем разработки алгоритма хирургического лечения при сочетанной кататравме, основанного на балльной оценке тяжести травмы ISS.

Материал и методы. В Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи с 2010 по 2014 год находились на стационарном лечении 729 пострадавших в результате падения с высоты. В 2014 году 168 больных с кататравмой основной группы получили стационарное лечение согласно разработанному алгоритму. Мужчин было 143 мужчин, женщин - 25 в возрасте от 17 до 82 лет (в средний возраст - $38,17 \pm 1,07$ лет). Контрольную группу составили 561 пациент, проходивший стационарное лечение по поводу высотной травмы за период с 2010 по 2013 год: 481 мужчина и 80 женщин в возрасте от 15 до 89 лет (средний возраст - $37,72 \pm 0,67$ лет). По тяжести повреждения контрольная и основная группы были сопоставимы.

Результаты и их обсуждение. Предлагаемый алгоритм предназначен больным с сочетанной кататравмой. Пострадавшие с тяжелой высотной травмой минуя кабинет приемного врача поступали в отдел противошоковой терапии, включающий хирургическую реанимационную палату с операционной, оснащенной необходимыми диагностическими и лечебными техническими средствами. Одновременно проводили противошоковые мероприятия по принципу "ABCDE" включая катетеризацию периферической или центральной вены, установку мочевого катетера с проведением пробы

Зельдовича; при необходимости - интубацию трахеи с санационной бронхоскопией; пункцию перикарда в случае тампонады сердца; пункцию с дренированием плевральных полостей при наличии гемо- или пневмоторакса.

Предварительный диагноз определяли в соответствии с требованиями МКБ-10. Тяжесть повреждения отдельных органов оценивали по классификации AAST (American Association for the Surgery of Trauma) согласно балльной оценке травм AIS. После установки предварительного диагноза и определения тяжести травмы тактику лечения пострадавших с кататравмой определяли рекомендуемому алгоритму. Руководит всеми лечебными мероприятиями и действиями смежных специалистов ответственный хирург.

Согласно принципу противошоковых мероприятий "ABCDE" после восстановления дыхательной деятельности путем восстановления проходимости дыхательных путей, устранения напряженного пневмоторакса и дренирования плевральных полостей определяли наличие активного внешнего и внутреннего кровотечения (в плевральные полости и в брюшную полость). При активном кровотечении и обильном поступлении воздуха по дренажам из плевральных полостей, а также в случае тампонады сердца на УЗИ, в первую очередь, необходимо проводить торакоскопию либо торакотомию с целью гемостаза и восстановления герметичности в дыхательных путях и целостности внутренних органов. В случае остановившегося кровотечения и малого поступления воздуха по дренажам из плевральных полостей и при наличии повреждения другой анатомической области, угрожающей жизни больного, в первую очередь, необходимо проводить оперативное лечение доминирующего повреждения, а затем возвратиться к окончательному гемостазу и восстановлению целостности органов грудной клетки.

Причиной активного внутреннего кровотечения могут быть органы брюшной полости. Для улучшения диагностики повреждений органов брюшной полости нами разработана тактика, основанная

на шкале Ultrasound Score - USS. При нулевом балле USS (отсутствие свободной жидкости в брюшной полости) следует проводить УЗИ в динамике; в случае наличия доминирующего повреждения другой анатомической области производили операцию доминирующего повреждения. При USS, равном "1" или " ≥ 2 ", проводили диагностическую лапароскопию или лапаротомию. После остановки внутрибрюшного кровотечения и восстановления целостности внутренних органов живота, проводили операции на других анатомических областях.

При выявлении на МСКТ признаков сдавления головного мозга гематомой, внутрижелудочковых кровоизлияний, переломов позвонков с полным нарушением функции спинного мозга без другого доминирующего повреждения, в первую очередь проводили операции на голове и позвоночнике. В ином случае сначала оперировали доминирующие повреждения другой анатомической области с последующим восстановлением целостности структур головы.

В случае переломов конечностей и костей таза с доминирующим повреждением другой анатомической области, в первую очередь, проводили операции доминирующего повреждения с последующим восстановлением переломов костей скелета.

Согласно рекомендуемому алгоритму первым этапом восстанавливаются функции жизненно важных органов с устранением повреждений анатомических областей, доминирующим, жизнеугрожающим повреждением. Восстановление анатомо-функциональной целостности других анатомических областей, где характер повреждения не является доминирующим, проводится вторым этапом. На вопрос следует ли проводить второй этап лечения в экстренном порядке в ходе одного наркоза после первого этапа по принципу ETC (Early Total Care) или выполнить второй этап после улучшения состояния больного по принципу DCS (Damage Control Surgery), ответит прогнозирование шкалы тяжести травмы ISS. Согласно рекомендуемому алгоритму, при благоприятном прогнозе ISS (до

16 баллов) операции всех анатомических областей проводятся в один этап под одним наркозом. При ISS более 16 баллов, отсроченные операции следует выполнять вторым этапом после стабилизации жизненно важных функций организма.

Примененный алгоритм позволил повысить число сочетанных и 2-этапных операций в 1,3 и в 3 раза относительно показателей контрольной группы. Наибольшее число операции произведены на органах брюшной полости (81,6 и 84,7%) и грудной клетки (54,8 и 42,8%). При сравнении основной и контрольной групп больных, одинаковых по типу получившего лечения, общая летальность больных основной группы меньше в 1,7 раза. Существенно уменьшилась летальность при изолированных, сочетанных и 2-этапных операций (в 1,8; 2,7 и 6,2 раза, соответственно). Сравнение больных с кататравмой по поврежденным анатомическим областям, показало, что летальность в основной группе среди больных с повреждениями головы меньше в 1,6 раза, груди - в 1,9 раза, живота - в 1,7 раза, таза - в 1,8 раза и позвоночника - в 1,5 раза, чем в контрольной. При сравнении результатов лечения больных с однотипными по тяжести травмами в основной группе летальность меньше в 1,85 и 2,1 раза. Больных с осложнениями в основной группе в 1,2 раза меньше, чем в контрольной. Почти в 2 раза уменьшилось развитие полиорганной недостаточности и сепсиса, в 1,5 раза - аспирационного синдрома. Такие осложнения, как жировая эмболия и ТЭЛА в основной группе не были выявлены.

Таким образом, алгоритм хирургического лечения при кататравмах заключается в использовании шкалы тяжести травмы ISS, повышающей точность прогнозирования исхода лечения. Разработанный алгоритм хирургического лечения при сочетанной кататравме на основе учета сочетанных повреждений различных анатомических областей, их взаимоотношающее влияние, тяжесть травмы определяют последовательность оперативных вмешательств в различных анатомических областях. В результате значительно уменьшаются осложнения и летальность больных с тяжелой высотной травмой.

*Teshaev O.R.,
Madaminov R.M.,
Babajonov A.B.,
Isomitdinov B.Sh.*

CAUSES OF CONVERSION AND INTRAOPERATIVE COMPLICATIONS OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY AT AN ACUTE CHOLECYSTITIS

Tashkent Medical Academy

The widespread introduction of minimally invasive endosurgical technologies into a daily practice of emergency surgery has led to an increase in the relevance of problems of the prevention operational errors, dangers and complications.

Purpose of the study: To analyze the causes of conversion and intraoperative complications during laparoscopic cholecystectomy at an acute cholecystitis.

Research materials. During the period from 2011 until 2016, in the surgical department of City Clinical Hospital №1 of Tashkent, we analyzed 254 patients with acute and chronic cholecystitis. Who were operated laparoscopic cholecystectomy. From 254 patients 112 (44%) were operated for acute cholecystitis.

The age of patients with acute cholecystitis, who was performed laparoscopic cholecystectomy ranged

from 18 to 78 years, women were 86 (77%), men - 26 (23%). Age of the main group patients ranged from 30 to 59 years (70.5%). The period from the occurrence of abdominal pain to admission varied from a few hours to a week or more.

On admission, all patients were performed clinical tests, including biochemical blood and urine tests, a coagulogram, electrocardiography (ECG), examination of respiratory function (ERF), ultrasonography (USG) of the abdominal cavity, X-ray examination of the lungs, according to indications, an echocardiography (EchoCG), fibrogastroduodenoscopy (FGDS), endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERPCG). Laparoscopic operations were performed according to the French method, based on the equipment of the company Karl Storz (Germany). Anesthesia - endotracheal anesthesia without any features.

Results of the research. More than a third of the patients were found concomitant diseases: hypertension (22), obesity (7), diabetes mellitus (6), myocardial infarction (3) the effects of cerebrovascular accidents (2), hernia of the abdominal wall (2), cancer (1). Taking into account the comorbidities, patients were carried out the necessary short-term preoperative infusion therapy and correction of available disturbances within 12 - 24 hours or more.

8 (7.1%) patients received with the symptoms of choledocholithiasis and mechanical jaundice. In 7 (6.2%) of them concretions were found in common bile duct and in one patient biliary diseases were excluded on ERPCG. All of them were performed EPST and LE at the first stage before LCE.

Previous surgeries on abdominal cavity organs were defined in 14 patients, in 10 patients in the lower and in 2 patients in the upper abdomen. Two patients had a history with two or more operations.

Analysis of obtained data allowed to conclude that the conduct of surgery at an acute cholecystitis was up to 12 hours - in 16 patients (14.2%), up to 24 hours - in 49 patients (43.8%), up to 48 hours - 25 patients (22.3%) and 22 patients (19.7%) more than 48 hours from the moment of admission.

Conversion to laparotomy in urgent operations

which was begun by laparoscopic method, performed in 12 (10.7%) cases out of 112. Performing of operation in terms exceeding 3 days, ie 7-14 days in 8 cases led to the conversion due to considerable technical difficulties. Causes of conversion were para vesical scar - adhesive inflammation and infiltration (2) paravesical abscess (2), gangrene with the collapse of the gall bladder (1) intense bleeding from the hepatic veins (3), intense bleeding from cystic artery (2), a syndrome Mirizzi (1), the intersection of the common bile duct (1).

Technical difficulties arose due to the separation complexities of triangle Kalo - in 63 patients (56.3%), in patients with severe adhesions in para vesicle region (28), due to the infiltrate in the neck of the gallbladder (13), a thick wall of the the bladder without clear border with the liver tissue and scar-infiltrative gallbladder tissue (13) and bleeding during the separation of the omentum from destructive changed gallbladder (9). As a result of laparoscopic cholecystectomies the following morphological changes were found in the gallbladder: catarrhal gall bladder in 12 patients (10.7%), phlegmonous changes were observed in 79 patients (70.5%), gangrenous gall bladder in 21 patients (18.8%).

Intraoperative complications are mainly related to the separation of the bile duct and cystic artery, which were observed in 14 (12.5%) cases - in the form of bleeding from the cystic artery trunk - in 8 (7.0%) and hepatic veins - 5 (4.5%), the common bile duct injury - 1 (0.9%) cases. Of them in eight cases, we were able to complete the operation without resorting to conversion.

Conclusions. Thus, analyzing the 112 laparoscopic cholecystectomy in patients with acute cholecystitis have come to the following conclusions: laparoscopic cholecystectomy is indicated in patients with acute cholecystitis in the first 3 days of the pain attack; complexity of laparoscopic cholecystectomy arises when the infiltration of the area of triangle Kalo, which requires knowledge of the structure from the surgeon of this area; when the complexity of laparoscopic cholecystectomy lasts for 30-40 minutes or more, it indicates to the conversion.

*Тешаев О.Р.,
Мадаминов Р.М.,
Бабажонов А.Б.,
Исомитдинов Б.Ш.*

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ: ОСОБЕННОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования - проанализировать результаты и изучить особенности лапароскопической холецистэктомии при лечении больных неосложненными формами острого холецистита.

Материал и методы. С 2011 по 2016 год выполнены 254 лапароскопических холецистэктомий. Из них 112 (44,1%) - по поводу острого калькулезного флегмонозного или гангренозного холецистита. У всех больных клинический диагноз под-

твержден гистологически. Пациенты с острым холециститом были в возрасте от 18 до 78 лет. 90 (80,3%) пациентов оперированы в первые 3 суток с момента заболевания, остальные - через 4 и более суток.

Всем больным, поступающим в клинику с диагнозом острый холецистит, проведены общеклинические лабораторные исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический ана-

лиз крови (АлТ, АсТ, общий билирубин, мочеви́на, креатинин, общий белок), коагулограмма; по показаниям - специфические исследования: УЗД, ЧЧХС, ЭРПХГ, КТ, компьютерная холангиография.

Результаты и их обсуждение. Выполнение операции при остром холецистите затрудняли паравезикальный воспалительный процесс, сращения, напряженный желчный пузырь с утолщенными инфильтрированными стенками; повышенная кровото́чность воспаленных тканей; отсутствие "слоя" в рубцово измененной ретропузырной клетчатке, "необычные" взаимоотношения анатомических структур треугольника Кало. Уплотненную стенку желчного пузыря захватывали когтеобразными зажимами. Тракцию за Гартмановский карман производили по французской методике. Сращения разделяли тупым и острым способами.

Переход на лапаротомию осуществлен в 12 (10,7%) случаях. Причинами конверсии были парапузырный воспалительный процесс и инфильтрат (2), парапузырный абсцесс (2), гангрена с распадом пузыря (1), интенсивное кровотечение из печеночных вен (3), интенсивное кровотечение из пузырной артерии (2), синдром Мирицци (1), пересечение общего желчного протока (1).

Технические сложности возникали из-за трудности выделения треугольника Кало у 63 больных (56,3%); выраженном спаечном процессе в парапузырной области - у 28, инфильтрате в области шейки желчного пузыря - у 13, толстой стенке пузыря без четкой границы с тканью печени и парапузырными воспаленными тканями - у 13, кровотечении - у 9. У всех больных имелись изменения желчного пузыря: катаральные у 12 боль-

ных (10,7%), флегмонозные - у 79 (70,5%), гангренозные - у 21 (18,8%).

В 3 (2,7%) случаях вовремя лапароскопической холецистэктомии отделить заднюю стенку желчного пузыря от ложа в печени без повреждения печеночной паренхимы было невозможно. Всю заднюю стенку пузыря или её части оставляли с последующей электрокоагуляцией слизистой оболочки. Послеоперационные осложнения не наблюдали.

Операцию завершали удалением желчного пузыря через эпигастральный прокол, санацией и тщательным промыванием ложа желчного пузыря и правого подреберья, дренирование подпеченочного и поддиафрагмального пространства. Средняя продолжительность операции составила 54 мин.

После операции больные находились в течение 6-8 часов в реанимационном отделении. При неосложненном течении послеоперационного периода, больному разрешали вставать и принимать пищу на следующий день. Длительность инфузионной терапии составила 48 часов, длительность антибиотикотерапии - 2-3 дня, средняя продолжительность пребывания в стационаре после операции 3,2 койко-дня.

В послеоперационном периоде в 2 случаях наблюдалась несостоятельность культи пузырного протока (произведена релапаротомия), в 2 случаях - лигатурные свищи, в 3 - образование инфильтрата.

Выводы. При лечении больных неосложненными формами острого холецистита может успешно применяться лапароскопическая холецистэктомия. Использование малоинвазивной технологии позволяет избежать экстраабдоминальные осложнения, характерные для традиционной холецистэктомии.

*Тешаев О.Р.,
Холов Х.А.,
Бобошарипов Ф.Г.,
Надирова Ю.И.*

ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНИРОВАННЫХ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПОСТНЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. В настоящее время острый панкреатит (ОП) занимает 3 место (12,5%) в структуре острых хирургических заболеваний органов брюшной полости с тенденцией к дальнейшему росту, увеличению деструктивных форм, сопровождающихся осложнениями и высокой летальностью. Смертность при деструктивных формах ОП на протяжении последних 40 лет не изменилась, она, примерно, одинакова в нашей стране и за рубежом и составляет, по данным различных авторов, 3,9-21%.

Очевидные успехи интенсивной терапии лечения больных панкреонекрозом в фазу панкреатического шока и гемодинамических нарушений привели к тому, что статистически чаще (по сравнению с предыдущим десятилетием) хирурги встречаются с разными по характеру и объему гнойно-некротическими осложнениями деструктивного

панкреатита. Это обуславливает трудности ранней верификации патологических процессов и выбора метода хирургического лечения.

Материал и методы. Исследование основано на результатах хирургического лечения в ГКБ №1 г. Ташкента 94 пациентов деструктивным панкреатитом с развившимися гнойно-некротическими осложнениями заболевания. Пациенты были разделены на две группы в зависимости от способа оперативного лечения. Первую составили 82 (87%) пациента, которым хирургическое лечение начинали с миниинвазивных чрескожных вмешательств; во вторую - 12 пациентов (13%) с комбинацией чрескожных и эндохирургических вмешательств.

В каждой группе пациенты были разделены на подгруппы по степени тяжести острого панкреатита в соответствии с классификацией В.И. Фили-

на, А.Д. Толстого. Согласно классификации, со средней степенью тяжести в фазе гнойно-некротических осложнений считают пациентов с единичными абсцессами различной локализации; с тяжелой - больных со сливной секвестральной флегмоной парапанкреатической клетчатки в пределах и за пределами сальниковой сумки (по левому и/или правому флангу и/или корню брыжейки).

Результаты и их обсуждение. В 1 группе отмечены лучшие результаты больных с единичными жидкостными скоплениями с флюктуирующим (гнойным) содержимым. Менее эффективными вмешательства были у пациентов с инфицированным некрозом без жидкостного компонента и с жидкостными скоплениями преимущественно с некротическим компонентом (секвестрами). Для 87% больных чрескожные миниинвазивные вмешательства оказались окончательным способом дрениро-

вания и некрсеквестрэктомии. Во 2 группе комбинированное хирургическое лечение с применением малоинвазивных вмешательств применяли при невозможности санации гнойного очага и нарастании явлений интоксикации, что приводило к уменьшению числа осложнений и летальности. Во второй группе удалось снизить количество койко-дней до $61,4 \pm 3,5$ (в первой группе - $70,9 \pm 6,7$). В условиях современных медикоэкономических стандартов целесообразно использование различных комбинаций чрескожных и эндохирургических вмешательств.

Выводы. Миниинвазивные вмешательства всегда можно использовать первым этапом хирургического лечения больных с гнойно-некротическими осложнениями деструктивного панкреатита. При длительном интоксикационном синдроме после пункционно-дренажного лечения необходима некрсеквестрэктомия эндохирургическим способом.

Тилемисов С.О.

ЭНДОБИЛИАРНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Проанализированы результаты лечения 156 больных с опухолями гепатопанкреатодуоденальной зоны. Мужчин было 55 (35,3%), женщин - 101 (64,7%) в возрасте от 37 до 84 лет. Длительность желтухи составила от 7 до 50 дней. Причиной развития механической желтухи явилась обструкция билиарных протоков злокачественной опухолью: БДС - 41, головки поджелудочной железы - 58, желчного пузыря - 19 и на уровне ворот печени - 38 пациентов. Содержание билирубина в крови у пациентов $74,0 - 765,0$ мкмоль/л (средний - $186,4 \pm 15,82$ мкмоль/л).

Результаты и их обсуждение. При обструкции желчных протоков в области головки поджелудочной железы и терминального отдела холедоха мы применяли ретроградную панкреатохолангиографию с эндоскопическим стентированием. Стентирование желчных протоков выполнено 118 больным. Следует отметить, что в 5 наблюдениях стент был установлен без предварительной ЭПСТ при опухоли фатерова сосочка непосредственно через опухолевую ткань.

Осложнения после эндоскопических вмешательств, при опухолевой окклюзии желчных протоков отмечены у 9 (7,7%) больных. Кровотечение из области папиллотомии у 6 больных остановлено консервативными мероприятиями. У 3 пациентов произошла миграция стентов в желчный проток. Клинически это проявилось рецидивом желтухи, присоединением холангита и потребовало повторного стентирования.

Больным с поражением желчных протоков на уровне ворот печени была выполнена чрескожная

чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС). 30 больным выполнена ЧЧ наружная холангиостомия, 8 больным - ЧЧ наружно-внутренняя холангиостомия. После разрешения механической желтухи 8 больным с наружно-внутренним дренажем выполнено ЧЧ внутреннее стентирование.

Для 134 (85,9%) пациентов эндобилиарные вмешательства желчных протоков явилось окончательным методом лечения из-за отказа от радикальной операции. Остальным 22 больным после разрешения механической желтухи выполнены отсроченные хирургические вмешательства: 5 радикальные в объеме панкреатодуоденальной резекции; 17 - паллиативные, заключающиеся в формировании билиодигестивного анастомоза.

Среди основных недостатков эндобилиарных вмешательств в отдаленном периоде следует выделить рецидивы механической желтухи и иногда - гнойного холангита, вызванные окклюзией стентов и дренажей. Средний срок функционирования стентов без клинических проявлений их обтурации составил 3,5 мес. (от 1 до 11 мес.). При рецидиве желтухи и холангита осуществляли эндоскопическую или ЧЧ санацию стентов и дренажей либо их замену в стационарных условиях. Летальность - 4 пациента из-за множественных холангиогенных абсцессов печени и прогрессирования полиорганной недостаточности.

Таким образом, эндобилиарные вмешательства являются эффективным способом восстановления желчеоттока при обструкции билиарного тракта опухолевой этиологии; позволяют достаточно быстро и эффективно ликвидировать желтуху и хо-

лангит, позволяют проводить хирургические вмешательства в более благоприятных условиях. Для больных с высоким риском (пожилой возраст, тя-

желая сопутствующая патология) эндобилиарные вмешательства могут быть альтернативой паллиативному хирургическому лечению.

*Турдиев Ж.У.,
Маликов Ю.Р.,
Хотамов И.Э.*

ЎТКИР ИЧАК ТУТИЛИШИ ВА УНИНГ АСОРАТЛАРИ

РШТЎИМ Навоий филиали

Тезкор шошилинич хирургияда ўткир ичак тутилиши ва унинг асоратлари ҳозирги кунгача долзарб муаммо ҳисобланади. Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази Навоий филиалида 2010-2015 йиллар давомида "Ўткир ичак тутилиши" хасталиги аниқланган 203 нафар бемор стационар шароитида текширувдан ўтган ва даволанган. Беморларнинг ёши 20 ёшдан 65 ёшгача бўлган, эркаклар 114тани, аёллар 89тани ташкил этган. Кузатувда бўлган барча беморларга стандарт бўйича текширувлар (клиник лаборатор, қорин бўшлиғининг рентгеноскопияси ва ошқозон-ичак трактининг рентген контраст текшируви, қорин бўшлиғи аъзолари УТТ текшируви) ўтказилган.

Касалликнинг клиник белгилари ва анамнезини ўрганиш, клиник текширувлар натижаларини таҳлил қилиш асосида 143 нафар беморда "ўткир битишмал ичак тутилиши" хасталиги, 15та беморда "Сигмасимон ичакнинг буралиши", 1та беморда "Ингичка ичак инвагинацияси", 4 нафар беморда "Мезентериал қон томирлар тромбози", 3та беморда "Меккел девертикули" да ичак тутилиши, 19та беморда "Қисилган чурралар" натижасида ўткир ичак тутилиши, 18 нафар беморда "Ичак ўсмаси" ва обтурацион ичак тутилиши касалликлари аниқланди.

124 нафар беморда ўтказилган консерватив муолажалар ижобий натижа берди. 79 нафар беморда жарроҳлик амалиёти ўтказилди. Беморларнинг 23 тасида касалликнинг перитонит билан асоратлан-

ганлиги аниқланди.

Ушбу беморларда перитонит токсик ва терминал босқичларда бўлиб, беморнинг қон босими 80/40 мм.сим.уст.дан паст эканлиги қайд этилди. Беморларга операциядан олдинги тайёргарлик босқичида қисқа инфузион терапия ўтказилди. Беморларда лапаротомия, ўткир ичак тутилиши сабабини бартараф этиш, қорин бўшлиғининг санацияси, декомпрессия мақсадида ичаклар интубацияси, ичак туткичига новокаинли блокада қилиш, анастомоз қўйиш, стома чиқариш ва қорин бўшлиғини дренажлаш амалиётлари ўтказилди. Ичак некрози аниқланган 8 нафар беморда ичаклар резекцияси ва анастомоз қўйиш амалиётлари бажарилди. Йўғон ичак ўсмаси аниқланган 18 нафар беморда стома чиқариш амалиёти ўтказилди. Қолган беморларда битишмалар ажратилди. 6та (5,3%) беморда ўлим қайд этилди. Беморлар ўлимнинг сабаби уларнинг шифохонага кеч мурожаат қилганликлари ва тарқалган перитонит асоратининг юзага келганлиги билан боғлиқ бўлди.

Беморларда ўтказилган текширув ва даволаш натижаларини таҳлил қилиш асосида шундай хулосага келиш мумкин: "ўткир ичак тутилиши" аниқланган беморларда ўз вақтида ўтказилган хирургик даво чоралари, интенсив даволаш тадбирлари, беморлар парвариши операциядан кейинги асоратлар сонини камайишига ва леталликнинг пасайишига олиб келади.

*Хайдаров А.А.,
Абидов У.О.,
Абдурахманов Ш.М.,
Бафоев З.П.,
Болтаев Н.Р.*

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕХАНИЧЕСКОГО ЛИТОТРИПТОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

Бухарский филиал РНЦЭМП

Цель исследования - проанализировать эффективность комплексного применения эндоскопических способов лечения большим острым калькулезным холециститом и использования механического литотриптора при осложнениях холедохолитиазом (ХЛ).

Материалы и методы. С 2009 по 2015 год в Бухарском филиале РНЦЭМП и его субфилиале прошли обследование и лечение 2580 человек с острым калькулезным холециститом. Из них 2150 больным произведена холецистэктомия (лапароскопи-

ческая и традиционная). У 644 (29,9%) ранее оперированных пациентов в нашем филиале и других центрах больных был отмечен холедохолитиаз: 348 (54%) женщин и 296 (46%) мужчин.

Результаты: Эндоскопическую палилосфинктеротомию (ЭПСТ) удалось выполнить 624 (97%) больным. Литоэкстракцию камней из ОЖП удалось выполнить 587 (94%) больным. При невозможности удаления из ОЖП больших размеров конкрементов производили механическую литот-

рипсию. Данную методику выполняли механическим литотриптором фирмы MTVWESEL (Germany). Удачная операция выполнена 45 больным (7,6%), неудачная - 12 (1,9%) больным в связи с парапапиллярными дивертикулами и невозможностью доступа к БДС. Больным произведена операция традиционным способом. Среди осложнений отмечалось 1 кровотечение после ЭПСТ, оставленное консервативным путем; 1 вклинение корзинчатого зонда Dormia при механической литоэкстракции, потребовавшее оперативного лече-

ния. У 4 больных (0,6%) возник послеоперационный панкреатит. Оперативное лечение понадобилось 2, консервативное тоже 2 больным.

Таким образом, эндоскопическая литоэкстракция является методом выбора для больных холедохолитиазом. Комплексное применение механической литотрипсии при относительно больших желчных камнях в ОЖП уменьшает число повторных операций. Эндоскопические способы лечения (фрагментация и удаление) являются методами выбора для больных с холедохолитиазом.

*Хакимов М.Ш.,
Ашуров Ш.Э.,
Сохибоев Д.П.*

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПРОБОДЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Ташкентская медицинская академия

Перфорация стенки полого органа с развитием перитонита занимает второе место среди осложненных язвенной болезни. Оно возникает в 10% случаев, но занимает первое место среди причин летальных исходов.

Цель исследования - разработать способ прогнозирования риска развития перфорации язвы двенадцатиперстной кишки путем изучения микроскопической структуры язвенного субстрата осложненных и неосложненных гастродуоденальных язв.

Материал и методы. Нами проанализированы результаты микроскопических исследований 36 больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Первую группу составили 20 пациентов с хроническими язвами двенадцатиперстной кишки в стадии обострения. Вторую - 16 случаев больных язвенной болезнью, осложненной перфорацией.

У пациентов с неосложненными язвами биоптаты получали эндоскопическим путем. У больных с перфоративными язвами двенадцатиперстной кишки забор материала осуществляли интраоперационно. Биоптаты исследовали под электронным микроскопом после предварительного окрашивания гематоксилином и эозином.

Результаты и их обсуждение. Исследования показали значительные различия соотношений относительных объемных долей различных структур и клеток, соответствующих зон между язвами в обеих группах. Наиболее существенные отличия выявлены в содержании относительной объемной доли лимфатических сосудов (в первой группе в 3 раза больше, чем во второй). Это обусловлено, главным образом, расширением просветов лимфатических капилляров. Существенные различия отмечаются и в относительной объемной доле межклеточного вещества, которого при перфорации язвы значительно больше (почти в два раза), чем при неосложненных язвах. Также выраженные различия выявлены в содержании в криптах двенадцатиперстной кишки клеток Панета (отсутствие этих клеток при перфоративной или предперфоративной язвах).

Таким образом, с помощью микроскопических исследований структур язвенного субстрата можно прогнозировать развитие перфорации. При увеличении объемной доли "бесструктурных" зон в подслизистой основе, отсутствии клеток Панета и митозов риск прободения язвы высокий.

*Хакимов М.Ш.,
Беркинов У.Б.,
Асраров А.А.,
Баймаков С.Р.,
Насридинов У.К.*

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ АДГЕЗИОЛИЗИС В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования - улучшить результаты лечения больных с острой спаечной кишечной непроходимостью (ОСКН) путем обоснования возможности выполнения лапароскопического адгезиолизиса.

Материал и методы. Изучены результаты лечения 39 пациентов с острой спаечной кишечной непроходимостью в отделении экстренной хирур-

гии 2 клиники Ташкентской медицинской академии с 2005 по 2016 год, перенесших ранее аппендэктомию. Мужчин было 17, женщин - 22 в возрасте от 18 до 62 лет. В анамнезе 2 пациента оперированы по поводу катаральной формы острого аппендицита, 15 - флегмонозной, 22 - гангренозной. У 11 из них был первый приступ ОСКН, у 16 -

второй, у 12 - третий и более. В первые 6 часов поступили 9 пациентов, от 6 до 12 часов - 20, от 12 до 24 часов - 8, после 24 часов - 2 больных.

Всем пациентам выполнены общеклинические исследования согласно стандарту обследования экстренных больных. Неэффективность консервативных мероприятий в течение 2-4 часов считали показанием к хирургическому вмешательству. Критериями отбора пациентов на лапароскопическое вмешательство были: начальные стадии заболевания (в первые 24 часа); одна операция на органах брюшной полости в анамнезе; невыраженный парез кишечника. Ранее выполненные операции по поводу разлитого перитонита считали противопоказанием к лапароскопической операции.

Оптимальные точки введения троакаров - левая половина живота. Всем больным выполняли диаг-

ностическую лапароскопию в ходе, которой определяли возможность лапароскопического адгезиолизиса. У 36 больных операцию удалось завершить лапароскопически. В 1 случае из-за выраженного спаечного процесса, в 2 - из-за необходимости дополнительной декомпрессии тонкого кишечника и назоэнтеральной интубации осуществлена конверсия.

Интраоперационных осложнений не было. В послеоперационном периоде у 3 пациентов отмечен послеоперационный парез кишечника, купированный консервативными мероприятиями. Прочих специфических осложнений не было.

Таким образом, лапароскопический адгезиолизис при соблюдении показаний является операцией выбора у больных ОСКН благодаря малой инвазивности, высокой клинической эффективности, малой частоте послеоперационных осложнений.

*Хакимов М.Ш.,
Беркинов У.Б.,
Саттаров О.Т.,
Холматов Ш.Т.*

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ЛИКВИДАЦИИ ДИАСТАЗА ПРЯМЫХ МЫШЦ ЖИВОТА

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования - оценить возможность выполнения лапароскопической ликвидации диастаза прямых мышц живота и улучшить результаты лечения данной категории пациентов.

Материалы и методы. Во 2 клинике ТМА с 2015 по 2016 год выполнена 21 лапароскопическая операция при диастазе прямых мышц живота II-III степени. Возраст больных колебался от 26 до 62 лет. У 7 пациентов имелась сочетанная патология, требующая выполнения симультанных операций. В 4 случаях - желчекаменная болезнь, в 3 - односторонняя паховая грыжа.

Результаты и их обсуждение. Лапароскопическую ликвидацию диастаз производили следующим образом. После наложения пневмоперитонеума, введения оптики в подпупочную область, рабочего инструмента в брюшную полость определяли границы диастаза прямых мышц живота. Операция выполняется с помощью разработанной нами эндоскопической "иглы-крючка". По правому (или левому) медиальному краю прямых мышц под контролем лапароскопа через насечки длиной до 2

мм эндоскопическую иглу-крючок и доставляли нить, которую фиксировали в брюшной полости эндоскопическим зажимом, введенным через рабочий прокол. Эндоскопическую иглу-крючок выводили из брюшной полости. Через насечку на коже под углом 40-60° эндоскопическую иглу-крючок вводили в толщу передней брюшной стенки по направлению к левому (или правому) медиальному краю прямых мышц. Нить фиксировали в эндоскопической игле-крючке и выводили наружу. Производили экстракорпоральное завязывание узла на натяжение. Завязанную часть нитки оставляли внутри кожи, т.е. в месте раны, в образованном подкожном туннеле. В 4 наблюдениях симультанно выполнили лапароскопическую холецистэктомию, в 3 - лапароскопическую герниопластику. Интра- и послеоперационных осложнений не было.

Таким образом, лапароскопическая ликвидация диастаз прямых мышц живота является малоинвазивным вмешательством, имеет преимущества перед традиционным способом и является операцией выбора, особенно при сочетанной патологии.

*Хакимов М.Ш.,
Холматов Ш.Т.,
Абдулходжаев А.А.*

ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ташкентская медицинская академия

Проанализированы результаты обследования и хирургического лечения 28 больных, в клинике госпитальной и факультетской хирургии Ташкентской медицинской академии с 2006 по 2016 год.

9 из них оперированы по поводу травматического панкреонекроза (закрытые повреждения), 19 - по поводу проникающих (открытые ранения) коло-

то-резаных ранений передней брюшной стенки с повреждением ПЖ.

При закрытых повреждениях, наряду с повреждением ПЖ в 2 наблюдениях отмечалось развитие субкапсулярной гематомы печени, что не потребовало выполнения дополнительных хирургических манипуляций. При открытых ранениях ПЖ в 2 случаях отмечено ранение селезенки, петель тонкого кишечника и ободочной кишки. В 1 случае отмечено ранение нижней доли левого легкого, селезенки и толстого кишечника. У 9 больных во время операции выявлено ранение тонкого и толстого кишечника. В 1 наблюдении - ранение левой доли печени. У 6 пациентов отмечено изолированное ранение сальниковой сумки и ПЖ. Во всех случаях ранений печени, кишечника, легкого выполняли ушивание дефектов; при ранениях селезенки произведена спленэктомия; 2 больным с обширным ранением хвоста ПЖ выполнена дистальная резекция железы.

Оперативное лечение заключалось в санации сальниковой сумки с ее дренированием. Рану ПЖ не ушивали. Через не ушитую рану происходило естественное дренирование ПЖ. Гемостаз достигался прошиванием кровоточащего сосуда либо тампонированием гемостатической губкой. Ни в

одном случае повреждение панкреатического протока не выявлено. На завершающем этапе операции выполняли дренирование сальниковой сумки. Учитывая высокую вероятность развития наружного панкреатического свища, вокруг дренажа формировали муфту из большого сальника, которую подшивали к передней брюшной стенке в месте выведения дренажа. Это способствовало адекватной герметичности сальниковой сумки. А при развитии свища сформированный канал имел более надежную стенку, что предупреждало подтекание отделяемого в брюшную полость.

В послеоперационном периоде все пациенты получали соответствующую острому панкреатиту терапию. В течение 5-6 дней отмечалось отделение панкреатического сока по дренажу. Лишь у 1 больного развился наружный панкреатический свищ, самостоятельно закрывшийся на 21 сутки после операции. У 3 пациентов наблюдали осложнения со стороны послеоперационной раны. Летальных случаев не было.

Травмы ПЖ и травматический панкреонекроз характеризуются доброкачественным течением. Адекватная своевременная хирургическая коррекция позволяет достичь хороших результатов лечения и свести к минимуму летальные исходы.

*Хашимов Ш.Х.,
Хайбуллина З.Р.,
Махмудов У.М.,
Абдуллаева С.Д.,
Ким В.Х.,
Садыков Н.С.*

ИЗМЕНЕНИЯ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РУКАВНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

*АО "Республиканский специализированный центр хирургии имени академика
В.Вахидова"*

Актуальность. Ожирение - важнейшая составляющая метаболического синдрома, независимый фактор риска социально значимых заболеваний: артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца (ИБС), сахарного диабета 2 типа, преждевременной смерти. Установлено, что при индексе массы тела (ИМТ) более 35 кг/м² в сочетании с окружностью талии (ОТ) более 90 см и уровнем триглицеридов более 2,3 ммоль/л риск сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) возрастает в 20 раз. Сегодня точно не установлено, что именно при ожирении обуславливает коморбидность и увеличивает кардиометаболический риск - высокое содержание висцерального жира, дисфункция адипоцитов, повышенный уровень триглицеридов и свободных жирных кислот, нарушение секреции адипоцитокинов, низкоинтенсивное воспаление, окислительный стресс или другие факторы.

Установлено, что ожирение существенно влияет на метаболизм липопротеидов увеличением уровня триглицеридов, липопротеинов низкой плотности и снижением уровня липопротеинов высокой плотности.

Из всех способов лечения ожирения наиболее

эффективным является хирургический.

Цель настоящего исследования - изучить метаболический профиль у больных морбидным ожирением (МО) в динамике после бариатрической операции - лапароскопической продольной (вертикальной, рукавной) резекции желудка (ЛПРЖ) (англоязычное название операции - Sleeve Gastrectomy).

Материал и методы. В исследовании приняли участие 25 женщин с МО. Все были некурящими, средний возраст составил 34,25±1,7 лет, ИМТ=45,4±1,9 кг/м². Контрольную группу составили 10 женщин-добровольцев 38,4±1,9 лет без ожирения (ИМТ=23,4±0,3 кг/м²), имеющих ОТ=76,1±1,0 см. Эндоскопическое оперативное вмешательство - лапароскопическая рукавная резекция желудка (ЛПРЖ) - произведено 8 пациенткам. Операции выполнены на лапароскопической стойке инструментарием фирмы Karl Storz GmbH & CO.KG (Германия), энергетической платформы Force Triad с технологией LigaSure компании Covidien (США), эндоскопических сшивающе-режущих аппаратов компании Ethicon Endo Surgery

(Johnson & Johnson США). Данное вмешательство относится к рестриктивным бариатрическим хирургическим процедурам. Техника лапароскопической операции заключалась в удалении большей части желудка, расположенной в зоне большой кривизны с сохранением кардиального сфинктера и привратника и формировании узкой желудочной трубки объемом 60-150 мл, расположенной вдоль малой кривизны.

Расчет ИМТ производили по формуле Кетле: $ИМТ = \text{масса тела (кг)} / \text{рост (м)}^2$; ОТ измеряли сантиметровой лентой с точностью до 0,5 см. Показатели липидного спектра крови: общий ХС, ТГ, холестерин липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), холестерин липопротеинов очень низкой плотности (ЛПОНП), а также концентрацию С-реактивного белка (СРБ), глюкозы, мочевой кислоты (МК), общего белка (ОБ), альбумина определяли на автоматическом биохимическом анализаторе "VITROS-350" фирмы "Ortho Clinical Diagnostics" (Германия). Холестерин липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) рассчитывали по формуле Фривальда: $ЛПНП = ХС - (ЛПВП + ТГ / 2,2)$. Индекс атерогенности - по формуле Климова: $КА = (ХС - ЛПВП) / ЛПВП$.

Результаты и их обсуждение. У женщин с МО до операции наряду с увеличением ИМТ и ОТ отме-

чали гипертриглицеридемию (увеличение ТГ в 2,7 раза относительно контроля), гиперхолестеринемия и дислипидемия (достоверное снижение ЛПВП).

Выполнение ЛРРЖ способствовало эффективному снижению веса, уменьшению ОТ, нормализации параметров липидного и углеводного обмена. При этом нормализация уровня триглицеридов, холестерина, ЛПОНП, ЛПНП происходила на 7 сутки после операции, задолго до клинически значимой потери веса.

Через 3 месяца после операции ОТ уменьшалась на 14% от исходной, ИМТ снижался на 25%. Больные не испытывали дискомфорта, чувствовали себя субъективно лучше, а уровень ОБ, альбумина в крови соответствовал таковому до операции. Это указывает на отсутствие мальабсорбции, белково-энергетической недостаточности после ЛРРЖ. Через 3 месяца после операции уровень глюкозы, ТГ, ЛПОНП достоверно не отличался от показателей контрольной группы, а содержание общего холестерина было достоверно ниже.

Таким образом, морбидное ожирение характеризуется изменениями липидного спектра плазмы крови. Лапароскопическая рукавная резекция желудка при МО способствует эффективному снижению веса, уменьшению ОТ, нормализации параметров липидного и углеводного обмена.

*Хашимов Ш.Х.,
Хайбуллина З.Р.,
Махмудов У.М.,
Абдуллаева С.Д.,
Ким В.Х.,
Садыков Н.С.*

СИСТЕМНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ПРИ ОЖИРЕНИИ И ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО БАРИАТРИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

*АО "Республиканский специализированный центр хирургии
имени академика В.Вахидова"*

Актуальность. Исследованиями установлено, что при индексе массы тела (ИМТ) более 35 кг/м² в сочетании с окружностью талии (ОТ) более 90 см и уровнем триглицеридов более 2,3 ммоль/л риск сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) возрастает в 20 раз. Именно ОТ отражает количество висцерального жира. Увеличение ОТ более 90 см соответствует висцеральной жировой ткани, имеющей площадь более 130 см², а превышение этого значения сочетается с метаболическими нарушениями. При этом точно не установлено, что именно при ожирении обуславливает коморбидность и увеличивает кардиометаболический риск - высокое содержание висцерального жира, дисфункция адипоцитов, повышенный уровень триглицеридов и свободных жирных кислот, нарушение секреции адипоцитокинов, низкоинтенсивное воспаление, окислительный стресс или другие факторы. В связи с этим исследование интенсивности воспаления при ожирении и в динамике снижения веса после хирургического бариатрического вмешательства представляет значительный интерес.

Цель исследования - изучить интенсивность синдрома системного воспаления (ССВ) и потенциальных факторов кардиометаболического риска - уровня генерации активных форм кислорода, титра антител к ЦМВ, а также маркера эндотелиальной дисфункции и неоангиогенеза у больных морбидным ожирением (МО) в динамике после лапароскопической рукавной резекции желудка (ЛРРЖ).

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 25 женщин с МО. Все лица были некурящими, средний возраст составил 34,25±1,7 лет, ИМТ=45,4±1,9. Контрольную группу составили 10 женщин-добровольцев в возрасте 38,4±1,9 лет, без ожирения (ИМТ=23,4±0,3 кг/м²), имеющих ОТ = 76,1±1,0 см. Эндовизуальное оперативное вмешательство - ЛРРЖ - произведено 8 пациентам. Лабораторная часть исследования заключалась в определении концентрации С-реактивного белка (СРБ), глюкозы, мочевой кислоты (МК), общего белка (ОБ) и альбумина. Индекс атерогенности - по формуле Климова: $КА = (ХС - ЛПВП) / ЛПВП$. Параметры гемограммы: количество общих лей-

коцитов (ОЛ), моноцитов (М), лимфоцитов. Цитокины в сыворотке крови: ИЛ-6, ФНО-альфа, а также фактор роста эндотелия (ФРЭ - *vasculo-endothelial growth factor-VEGF*), антитела к ЦМВ, *H.pilory*, *S. pneumoniae* - определяли иммуноферментным методом. Малоновый диальдегид (МДА) определяли по Ohkawa в модификации Al-Gayuag (2007). Активность каталазы исследовали по Королюк М.А. (1988).

Результаты и их обсуждение. Как показали наши результаты, у женщин с МО до операции наряду с увеличением ИМТ и ОТ отмечалась гиперурикемия (увеличение МК в 2,5 раза относительно контроля), которые сочетались с увеличением маркеров системного воспаления. Уровень СРБ, ИЛ-6 и ФНО-альфа в крови был повышен в 3,5; 2,7 и 5,3 раза относительно контроля соответственно. Количество общих лейкоцитов находилось в пределах референс интервала ($4-9 \times 10^9/\text{л}$), однако было достоверно выше, чем в контрольной группе. Также у лиц с ожирением отмечалось увеличение моноцитов в 2,0 раза относительно контроля. Вышеуказанное позволяет предположить наличие ССВ ответа у обследованных нами лиц с МО.

Согласно полученным нами результатам, уровень антител иммуноглобулинов G к ЦМВ был повышен у всех обследованных и был увеличен в 17,6 раз относительно контроля. Титр суммарных антител к *H.Pilory* находился в диапазоне "слабоположительного" результата и был увеличен у 11 из 25 (44%) обследованных женщин, а 2 (8%) имели сомнительный результат. Уровень иммуноглобулинов G к *S. pneumoniae* был повышен у 3 из 25 женщин (12%). Маркер гиперпродукции АФК и окислительного стресса МДА у лиц с МО был достоверно выше, чем в контрольной группе, а ак-

тивность каталазы не отличалась от контроля. Один из показателей, характеризующих эндотелиальную дисфункцию и неоангиогенез - фактор роста эндотелия - ФРЭ (*VEGF*) у больных ожирением изменялся в статистически недостоверных пределах, указывая на отсутствие нарушений.

Выполнение ЛПРЖ способствовало снижению интенсивности системного воспаления, вероятно, за счет уменьшения количества висцерального жира и снижения локального воспаления в нем. В ближайшие сроки (7 суток после операции) достоверно относительно показателя до операции снижалась концентрация ИЛ-6 и СРБ. Обращает внимание снижение концентрации мочевой кислоты на 32% от исходного, нормализация уровня МДА, а также снижение титра антител к ЦМВ в 1,9 раза от исходного, устойчивая тенденция к снижению СРБ, ИЛ-6 и ФНО-альфа. Спустя 3 месяца после ЛПРЖ уровень СРБ достоверно не отличался от контрольного, а содержание ИЛ-6 и ФНО-альфа уменьшалось в 1,6 и 2,2 раза от исходного, хотя было достоверно выше, чем в контроле.

Таким образом, МО характеризуется гиперурикемией и воспалением при увеличении плазменного уровня ИЛ-6, ФНО-альфа, СРБ, а также титра антител к ЦМВ у 100% больных. В тоже время для МО характерна слабая выраженность окислительного стресса и нормальная функция эндотелия. Рестриктивная бариатрическая операция - ЛПРЖ способствует снижению интенсивности системного воспаления в динамике лечения МО, снижению плазменного уровня СРБ до уровня контроля, ИЛ-6 и ФНО-альфа - в 1,6 и 2,2 раза от исходного, титра антител к ЦМВ - в 1,9 раза от показателя до операции.

Xolov X.A.,
Bobosharipov F.G.

THE MODERN APPROACH TO THE PROBLEM OF TREATMENT FOR STRANGULATED UMBILICAL HERNIA

Tashkent Medical Academy

Background. Ventral hernia is one of the most widespread surgical diseases in the world. Results of surgical treatment of the strangulated umbilical hernia remains unsatisfactory due to high frequency rate of the recurrence reaching 10-45.5%, and according to some authors up to 60-64%.

Purpose. To improve outcomes of surgical treatment of strangulated umbilical hernias using by differentiated tactics of treatment.

Materials and methods. During 2012-2015 years autoplasty and alloplasty were performed to 132 patients. There have been analyzed outcomes of surgical treatment of 132 patients who were operated concerning strangulated umbilical hernia with use of various ways of plastics for hernia defect in the 1st - Tashkent City Clinical Hospital. All patients were divided into 2 groups depending on a method of hernioplasty as well as by age, sex and concomitant disease.

In 90 (68.2%) patients of main group have been carried out non-tension herniotomy with using cellular endoprosthesis mesh; in 42 (31.2%) of patients of control group were performed tension herniotomy using local tissues. In 37 (28%) of cases we closed hernia defect by the method on-lay, for 51(36.6%) patients were used sub-lay method, In-lay method for 2 (1.5%) patients, herniotomy by method Mayo for 25 (18.9%) patients, by method Lexer - 12 (9.1%), by method Sapejko - 5 (3.78%) patients. Synthetic mesh fixed to aponeurosis with 2 lines of suture after mobilization of the last for 2.5-3 cm from its side. For replacing a defect of the anterior abdominal wall was mainly used polypropylene mesh "Linteks-Esfil" and "Polimesh", which were fixed to the aponeurosis using nonabsorbable monofilament thread (polypropylene №2.0). In postoperative period we administered patients antibiotics for 3-5 days. Activation

of patients after operation was started maximumly early which promoted to relieve intestinal paresis, stabilization of respiratory system, prevention tromboembolic complications.

Results. In after operation period complications developed in 8 (6.06%) patients with on-lay herniotomy. In 4 (3.03%) cases developed - seroma, hematoma - in 1 (0.75%) case. In all cases were used puncture method to discharge. Average hospital stay was 4.5 days. Recurrence of hernia was not occurred.

Postoperative complications occurred in 12 of patients in the control group performed "tension" plastic hernial defect with local tissues. In 2 (1.5%) of

patients in the postoperative period was formed nonhealing fistula. Disease relapse developed in 3 (2.27%) patients at 6 months and 1.5 years after autohernioplasty. In 2 (1.5%) patients occurred postoperative wound festering, postoperative wound infiltration in 5 (3.78%), which were eliminated using sanitizing dressings and antibiotics. The average length of hospital stay was 5.4 days.

Conclusion. In conclusion, using modern alloplastic materials allow to improve outcomes of treatment of strangulated umbilical hernias. We seek after correction of anterior abdominal wall using synthetic mesh. Sub-lay method preferable and it is more physiologic.

*Xolov X.A.,
Bobosharipov F.G.*

THERAPEUTIC AND DIAGNOSTIC LAPAROSCOPY IN EMERGENCY SURGERY

Tashkent Medical Academy

The relevance of the past decade has seen a steady increase in the number of operations performed on the abdominal organs. However, operative procedures performed under emergency indications also grow. In connection with this, the importance of development and introduction of new minimally invasive technologies in emergency surgery is increasing.

The purpose of research - improving outcomes in patients with urgent surgical abdominal pathology, prevention of postoperative complications.

Materials and methods. Research was performed in patients who hospitalized in general surgery department of 1 City Clinic Hospital for the period from 2012 to 2015. Diagnostic and therapeutic laparoscopy were performed in 139 patients with urgent surgical diseases. Today in our clinic laparoscopic techniques are actively used: cholecystectomy, appendectomy, debridement and drainage of the abdominal cavity with peritonitis, cystectomy.

Laparoscopy 22 (16.8%) performed for diagnostic purposes. Laparoscopy has avoided laparotomy in 6 (4.6%) patients with suspected acute appendicitis. The use of diagnostic laparoscopy allowed to determine a rational treatment strategy in 22 patients with acute abdomen. In 6 (4.6%) cases, the diagnosis was established on the grounds of a direct outcome of laparoscopic surgery. In 3 (2.3%) cases acute appendicitis diagnosed, in connection with the latent laboratory parameters and questionable clinical data resorted to laparoscopic appendectomy. In 3 (2.3%) patients with suspected acute appendicitis was recommended and performed diagnostic laparoscopy followed by laparoscopic cystectomy. In 2 (1.5%) patients received a diagnosis of patients with unknown etiology of peritonitis with laparoscopic study which

revealed perforated ulcer of the stomach, and therefore the operation carried out with laparotomic access. In 14 (10.7%) cases, the diagnosis was established by circumstantial evidence (blood or exudate in the side channels of the abdomen, hematoma in the packing or the round ligament of the liver, diffuse adhesions), without a clear localization of pathology of the abdominal cavity, which required the transition to laparotomy. Upon confirmation of the diagnosis of acute appendicitis during diagnostic laparoscopy we performed laparoscopic appendectomy in 4 (3%) patients.

99 (71.2%) urgent cholecystectomy performed in patients with acute cholecystitis. In the 7 cases made the conversion to laparotomy due to the need to revise the common bile duct.

Laparoscopy actively used for the diagnosis of early postoperative complications. In the immediate postoperative period, laparoscopy was performed in 6 (4.3%) patients with suspected peritonitis or intra-abdominal bleeding. In 2 cases diagnosed with peritonitis, which was the implementation of an emergency laparotomy. 1 patient was diagnosed with laparoscopy local peritonitis, which allowed laparoscopic sanitation and avoid relaparotomy. 1 patient with developed bile peritonitis after laparoscopic cholecystectomy was performed laparoscopic diathermocoagulation of gallbladder bed with sanation of abdomen.

The Results. Analyzed the results of applying laparoscopy showed that the average hospital duration in patients with acute cholecystitis was 3-4 days, and 2-8 days with acute appendicitis.

Conclusion. Laparoscopy is a highly effective, safe, low-invasive method of surgical treatment, which gives the least amount of postoperative complications and promotes early activation of patients.

Шамсиев Ж.А.,
Давранов Б.Л.,
Саттаров Х.И.

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЕННОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА У ДЕТЕЙ

Самаркандский государственный медицинский институт

Врожденный пилоростеноз принадлежит к числу тяжелых пороков развития и имеет рецессивное, аутосомно-доминантное наследование. Актуальность своевременной диагностики этого заболевания обусловлена потенциальной опасностью развития таких трудно корригируемых осложнений, как аспирационная пневмония, прогрессирующая гипотрофия, энтероколит, нарушение водно-солевого баланса и ряда других осложнений, обусловленных проявлением высокой кишечной непроходимостью в раннем детском возрасте.

Цель исследования - оптимизация диагностики врожденного пилоростеноза путем изучения данных клинико-рентгенологических, инструментальных и других методов обследования.

Результаты и их обсуждение. Клинические проявления врожденной патологии с рождения отмечены у 17 (13,3%), с 2 недель у 53 (41%), до месяца у 31 (24%), с месячного возраста у 28 (21,7%). Основными клиническими симптомами, позволяющими поставить диагноз пилоростеноза, были следующие: рвота "фонтаном" без примеси желчи (85,2%), прогрессирующее снижение массы тела (94,2%), малое число мочеиспусканий (41,3%), редкий и скудный стул (64,5%), выраженная перистальтика желудка (симптом "песочных часов") (64,3%). Решающими в диагностике врожденного пилоростеноза являлись данные рентгеноконтрастного исследования, которое проводилось всем больным. В качестве контрастного вещества использовалась 10-20% бариевая взвесь на 30-50 мл 10% раствора глюкозы. Контрастное вещество вводилось в желудок через назогастральный зонд. Через 12 часов производили снимки в вертикальном положении ребенка, если через 12 часов в желудке оставалось больше половины контрастного вещества, то это служило основным рентгенологическим критерием пилоростеноза.

С 2005 года в нашей клинике проводится фиб-

рогастроскопия (ФГС) всем детям с подозрением на пилоростеноз. Нами проведено 24 ФГС. В результате у 18 (75%) больных был подтвержден диагноз пилоростеноза. При эндоскопическом исследовании определялся расширенный, перерастянутый желудок с выраженной складчатостью слизистой оболочки в антральном отделе. В области привратника отмечался разной степени выраженности стеноз пилорического канала, который не раскрывался при раздувании воздухом. Указанные выше симптомы являлись типичными для врожденного пилоростеноза.

У 29 детей с подозрением на врожденный пилоростеноз проводилось ультразвуковое исследование. При этом у 18 (62%) больных удалось установить диагноз, что свидетельствует о диагностической ценности ультразвукового метода исследования при данном пороке развития. Отдаленные результаты лечения были проведены у 109 пациентов в сроках от 1 до 15 лет, им была составлена карта, которая включала в себя жалобы на наличие дискомфорта со стороны желудочно-кишечного тракта, данные общего физического развития ребенка и результаты инструментального обследования (УЗИ брюшной полости, при необходимости ФГС). Полученные данные катамнеза показали, что все прооперированные дети росли и развивались соответственно своему возрасту и патологии связанной с перенесенным заболеванием не выявлено.

Таким образом, своевременная диагностика врожденного пилоростеноза основана на сопоставлении характерных клинических проявлений у детей первых дней жизни с результатами рентгеноконтрастных, эндоскопических и ультразвуковых методов исследования. Внедрение в практику ФГС и УЗИ позволит значительно сократить время диагностики, а также ограничить использование рентгенологических исследований у детей с врожденным пилоростенозом.

Шерматов Р.М.

ЙЎҒОН ИЧАК ТЎЛИҚ ОЛИБ ТАШЛАНИШИ ОҚИБАТИДА МЕЪДАНИНГ МОТОР-ЭВАКУАТОР ФАОЛИЯТИДА КУЗАТИЛАДИГАН ДАВРИЙ ЎЗГАРИШЛАР

Тошкент тиббиёт академияси Фаргона филиали

Йўғон ичак тўлиқ олиб ташланганидан сўнг меъда-ичак йўлининг қолган аъзоларида содир бўладиган мослашув жараёнлари унинг мотор-эвакуатор фаолиятининг ўзгаришлари билан узвий боғлиқдир. Адабиётларда йўғон ичак тўлиқ ёки қисман олиб ташланганидан сўнг овқат ҳазм қилиш

тизимини қолган аъзоларининг мотор-эвакуатор фаолиятида юзага келадиган ўзгаришларга оид турли фикрлар мавжудлиги сабабли биз йўғон ичак тўлиқ олиб ташланиши оқибатида меъданинг мотор-эвакуатор фаолиятида кузатиладиган даврий ўзгаришларни ўрганишни мақсад қилдик.

Тажрибалар учун 30га, дастлабки тана вазни 150-220 грамм бўлган, наслсиз оқ эркак каламушлар олиниб, улар 2 гуруҳга бўлинди:

I назорат гуруҳидаги бта оқ каламушларда эфир наркози остида асептика ва антисептика қоидаларига риоя қилинган ҳолда қорин бўшлиғи очилиб, қорин бўшлиғида жойлашган аъзолар кўздан кечирилди ва қорин бўшлиғи қайта тикиб қўйилди.

II асосий гуруҳидаги 24та оқ каламушларда эфир наркози остида қорин бўшлиғи очилиб, Ayletta (1964) усулида йўғон ичакни тўлиқ олиб ташлаш операцияси амалга оширилди. Операциядан кейинги 3, 15, 30 ва 60 кунларда рентгенологик текширувлар ўтказилиб, меъданинг мотор-эвакуатор фаолияти ўрганилди.

Олинган натижалар шуни кўрсатдики, операциядан кейинги дастлабки даврда (3-15 кунлари) рентгеноконтраст модданинг меъдадан 12 бармоқли ичакка ўтиши асосий гуруҳидаги каламушларда назорат гуруҳидагига нисбатан бир мунча тезлашган. Бу даврда меъданинг мотор-эвакуатор фаолияти гиперкинетик тип билан тавсифланади.

Меъда-ичак йўли бўйлаб барий моддаси ўтиши жараёни тезлашиши юзага келиши механизми меъда-ичак йўли мотор ритми ва тонусининг ўзаро

мутаносиблигининг ўзгариши билан боғлиқдир.

Операциядан кейин 30 кунга келиб, рентгеноконтраст модданинг меъдадан 12бармоқли ичакка ўтишининг тезлашиши жараёни сақланганлиги қайд этилди. 60 кунга келиб эса, меъда бўшлиғига барий моддаси юборилгандан сўнг 2 соат ўтгач меъда туби ва танаси яхши контрастланганлиги, шиллиқ пардаси силлиқланганлиги ва ёмон кантрастланганлиги аниқланди. Айрим каламушлар меъдаси бўшлиғида рентгеноконтраст модда 3-6 соат давомида сақланганлиги, бундан ташқари, меъда ҳажмининг катталашганлиги қузатилди.

Шундай қилиб, бизнинг тажрибаларда олинган натижалар шуни кўрсатадики, операциядан кейинги эрта даврда (3-30 кунлари) меъданинг мотор-эвакуатор фаолияти тезлашади, кейинги даврда эса (60 ва кейинги кунлари) секинлашади, яъни, йўғон ичак тўлиқ олиб ташлангандан сўнг меъданинг мотор-эвакуатор фаолияти тўлиқ меъёрига келмайди. Меъданинг мотор-эвакуатор фаолиятининг секинлашганлиги, меъда катта эгрилигининг пастга чўзилиши ҳисобига меъда бўшлиғининг янада катталашганлиги ҳазм жараёнларининг яхшиланишига қаратилган мослашув жараёнлари механизмнинг асосий омиллари бўлиб хизмат қилади.

Шерматов Р.М.

МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ И МОРФОМЕТРИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ДИНАМИКИ ПРИСПОСОБИТЕЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ МИКРОСОСУДОВ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОЙ КОЛЭКТОМИИ

Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии

Известно, что компенсаторно-приспособительные изменения в органах и тканях, направленные на адаптацию организма к новым условиям, невозможны без определенных перестроек сосудистого русла.

Однако, компенсаторно-приспособительные изменения микрососудов слизистой оболочки желудка в динамике после тотальной колэктомии мало изучены. Литературные данные по этому вопросу малочисленны и имеют в основном клинико-физиологическую направленность, их результаты часто разноречивы. Практически нет данных о комплексных исследованиях, раскрывающих состояние компенсаторно-приспособительных изменений интраорганых кровеносных сосудов слизистой оболочки различных отделов желудка после тотальной колэктомии.

Исследование проводили на беспородных белых крысах-самцах с исходным весом 150-200 гр., которые были разделены на 2 группы. В первой (опытной) группе животные подвергались тотальной резекции толстой кишки по методу S.O. Ayletta. Вторая - контрольная группа.

Для изучения сосудов микроциркуляторного русла слизистой оболочки различных отделов же-

лудка на 3, 7, 15, 30, 60, 90 и 120 сутки после тотальной колэктомии животным в каждой группе произведена наливка сосудов. Для этого в грудную аорту вводили по 2-2,5 мл массы Герота по методу X.X. Камилова. После этого комплекс органов погружали для фиксации в 8-10% нейтральный раствор формалина на 3-5 суток и более. Для исследования сосудов желудка брали кусочки из различных отделов, которые после обезвоживания в спиртах заливали в парафин. На срезах толщиной 7-10 мкм определили морфологические и морфометрические показатели сосудистого русла стенки желудка. Диаметр артериол, венул и капилляров измеряли окуляр-микрометром.

В ранние сроки после тотальной колэктомии (3-15 сутки) в слизистой оболочке всех отделов желудка наблюдаются изменения воспалительно-дисциркуляторного характера, которые проявляются нарушением циркуляции крови в сосудах микроциркуляторного русла, расширением их просвета с выраженным стазом крови. Наиболее реактивные изменения в виде резкого расширения сосудов микроциркуляторного русла наблюдаются в стенке слизистой пилорического отдела желудка. В частности, наблюдаются резкое расширение всех внут-

риорганых венозных сосудов, появление в их стенках варикозных выбуханий, увеличение просветов артерий и артериол, появление повреждений тонкостенных сосудов микроциркуляторного русла (капилляров), приводящих к нарушению их проницаемости.

Через 30-90 суток после тотальной колэктомии в кровеносных сосудах слизистой желудка отмечаются преобразования, характеризующиеся постепенным исчезновением гемодинамических нарушений в микроциркуляторном русле. Микрососуды слизистой оболочки во всех отделах желудка, особенно фундальной части остаются кровенаполненными.

Через 120 суток после тотальной колэктомии общеморфологическая картина сосудов микроциркуляторного русла слизистой оболочки всех отделов желудка идентична таковой в контрольной группе. Прекапиллярные сфинктеры функционируют как в условиях обычной гемодинамики. Просветы одних расширены, других - сужены. Функциональное состояние сфинктеров определяется потребностями гемодинамики микроциркулятор-

ного русла.

Компенсаторно-приспособительные изменения сосудов микроциркуляторного русла слизистой оболочки желудка после тотальной колэктомии протекают в определенной последовательности. В их динамике можно условно различать 3 периода.

Период ранних послеоперационных изменений (3-15 суток), когда морфологические и морфометрические показатели сосудов микроциркуляторного русла свидетельствуют о воспалительно-дисциркуляторных изменениях во всех отделах слизистой оболочки желудка.

Период адаптации (30-90 суток), когда результаты морфологических и морфометрических исследований сосудов микроциркуляторного русла свидетельствуют о структурно-функциональных изменениях слизистой оболочки всех отделов желудка.

Период относительной стабилизации (120 и более суток), когда морфологические и морфометрические изменения микрососудов слизистой оболочки всех отделов желудка стабилизируются и приближаются к показателям контрольных животных.

Шерматов Р.М.

ПОКАЗАТЕЛИ ОБЩЕГО СОСТОЯНИЯ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ В ДИНАМИКЕ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОЙ КОЛЭКТОМИИ

Ферганский филиал Ташкентской медицинской академии

Мы изучили показатели общего состояния экспериментальных животных в динамике после тотальной резекции толстой кишки. В первые 3 суток крысы оставались вялыми, адинамичными и неохотно принимали пищу. Стул обычно появлялся на 2-3 сутки после операции, был частым и жидким с примесью слизи.

Мы изучили частоту стула и суточный вес фекалий в динамике у экспериментальных крыс, которые находились на стандартном режиме питания. Через 3 суток после операции частота стула, в среднем, составляла днем 8-11, ночью - 6-8 раз. Кал становился более водянистым с примесью небольшого количества переваренной клетчатки. Из литературы известно, что здоровые взрослые крысы, находящиеся на стандартной диете, выделяют в сутки 8-10 г. кала. В опытах суточное выделение кала на данном сроке исследования составляло, в среднем, 15-16 г. на каждого животного.

Через 7 суток после операции частота стула существенно увеличилась и составила днем 13-15 раз, ночью - 10-12 раз, т.е. частота стула за сутки составляла более 26 раз. Для этого срока было характерно увеличение суточного веса кала до 29 г. (пределы колебаний - от 25 до 30 г/сут). Увеличение массы фекалий главным образом происходило за счет возрастания содержания в них жидкости и не переваренных продуктов.

Через 15 суток после операции частота стула до-

стигла 29-30 раз в сутки. Каловые массы у большинства крыс имели зеленовато-желтый цвет, жидкий стул сменялся кашицеобразным. После кормления молоком у большинства крыс появились позывы на стул с выделением жидких испражнений, содержащих много слизи и остатков не переваренной пищи. Суточный вес кала составлял, в среднем, 35г. (пределы колебаний - в диапазоне от 27 до 36 г/сутки). К этому сроку у многих крыс выявлялись покраснения и изъязвления вокруг анального отверстия и на анальной поверхности хвоста.

К 30 суткам после операции стул стал кашицеобразным, темно-зеленоватого цвета, частота его составляла 28-29 раз в сутки. Пределы колебаний веса кала находилась в диапазоне 20-24 г. В период от 60 до 120 суток после операции стул становился оформленным, частота его составляла 18-20 раз в сутки, суточный вес кала - до 21-22 г.

Одним из признаков расстройства питания после тотальной резекции толстой кишки является потеря веса. Для изучения потери веса всех экспериментальных животных взвешивали до и после операции; на протяжении 6 месяцев следили за его динамикой у оперированных крыс. За исходную величину мы брали дооперационный вес крыс.

Отмечено, что в первые 15 суток идет снижение веса. Динамическая потеря веса крыс сохранялась до 30, иногда до 60 суток после операции. Через 60-90 суток после операции наблюдалось посте-

пенное прибавление веса животных.

Таким образом, после тотальной резекции толстой кишки в эксперименте наблюдаются существенные изменения общего состояния организма крыс, степень которых зависит от сроков после операции, характера и скорости развертывания компенсаторно-приспособительных реакций у животных. Они, главным образом, проявляются в виде диареи, нарушения всасывания белков, жиров и

углеводов, и вследствие этого - потере веса и вегетативным расстройствам. Перечисленные признаки в современной литературе обозначаются "синдромом укороченного кишечника".

У значительной части оперированных животных постепенно развиваются компенсаторные процессы, способствующие улучшению нарушенных операцией функций кишечника, проявления указанного синдрома постепенно уменьшаются.

*Эгамов Ю.С.,
Филатова.Н.В.,
Эгамов Б.Ю.*

СОЧЕТАНИЕ АНТИБИОТИКОВ С ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИЕЙ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПЕРИТОНИТОМ

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. В настоящее время лечение больных с острым перитонитом - одна из актуальных проблем экстренной хирургии. Во многих клиниках при выполнении экстренных хирургических вмешательств при гнойном перитоните стандартной методикой антибиотикотерапии является применение, минимум, двух цефалоспоринов III поколения и метронидазола. Такой принцип терапии не лишен недостатков, прежде всего связанных с необходимостью частого введения препаратов. Кроме того, в последние годы их эффективность снизилась в результате устойчивости выделенных микроорганизмов к этим антибиотикам. Поэтому в клинической практике часто назначают комбинации 3, а иногда 4 антибактериальных препаратов одновременно.

Анализ эффективности различных схем антибиотикотерапии показывает, при эмпирическом подходе успех стартовой терапии достигается более, чем в 65-75% случаев.

Материал и методы исследования. В нашей клинике при гнойном перитоните применяется антибиотикотерапия в составе цефалоспоринов III поколения и метронидазола (цефтриаксон 2,0 в течение 7-10 суток и метронидазол 300 мл в течение 5 суток). В 80-90% случаев эта схема признана достаточной, и необходимость в замене антибиотика или повторных хирургических вмешательств не возникала. В тяжелых случаях, (кишечная непроходимость, осложненная разлитым гнойным перитонитом) в комплексном лечении применяли сочетание более мощных антибактериальных препаратов группы фторхинолонов. В ряде случаев при прогнозируемой антибиотикотерапии более 10 суток приходилось параллельно назначать флюканазол в дозе 150-300 мг.

С появлением супразона стало возможным введение лимфотропной монотерапии с введением этого препарата в сочетании с санацией брюшной полости раствором метронидазола и сорбентом косточкового активированного угля (КАУ), который заменяли в 1, 3 и 5 сутки с помощью лапароскопа через заранее установленный лапаропорт во время первой операции.

Во время операции в брыжейке тонкого кишечника оставляли микроиригатор для лимфотропной терапии. Затем через микроиригатор раз в сутки вводили в качестве лимфостимулятора новокаин 0,25% - 20 мл + геларин 5000 ед. + фуросемид 1,0 и супразон 1,0. Через ранее установленный лапаропорт с помощью лапароскопа брюшную полость промывали метронидазолом и заменяли ранее оставленный КАУ.

Нами проведена лимфотропная монотерапия супразоном и сорбентом КАУ 29 больным с кишечной непроходимостью различного генеза, осложненной перитонитом (у 12 - местный гнойный, у 14 - разлитой серозно-фибринозный, у 3 - разлитой гнойный). При продолжающемся перитоните релапаротомия выполнена 1 больной. У 28 больных послеоперационный период без осложнений. В 16 случаях удалось ограничиться 7-дневным курсом терапии, без назначения препаратов, восстанавливающих кишечную флору.

Применение лимфотропной антибиотикотерапии супразоном в сочетании с санацией брюшной полости метронидазолом и адсорбентом КАУ показало высокую эффективность в сравнении с принятыми до сих пор схемами антибиотикотерапии в комплексном лечении больных с кишечной непроходимостью, осложненной перитонитом. У пациентов, которые получали лимфотропно антибиотикотерапию в сочетании с санацией брюшной полости метронидазолом и КАУ не отмечены послеоперационные осложнения. Перспективна лимфотропная монотерапия, при которой препарат вводят 1 раз в сутки. Очень удобна лимфотропная антибиотикотерапия, проводимая через ранее установленный микроиригатор.

Выводы. Применение лимфотропной монотерапии супразоном в сочетании с санацией брюшной полости раствором метронидазола и адсорбентом КАУ улучшает результаты лечения кишечной непроходимости, осложненной перитонитом различного генеза; позволяет сократить смертность от данной патологии, уменьшает число послеоперационных осложнений.

Эгамов Ю.С.,
Филатова Н.В.,
Эгамов Б.Ю.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Андижанский государственный медицинский институт

Неспецифический язвенный колит - хроническое заболевание воспалительной природы аутоиммунной этиологии с язвенно-деструктивными изменениями слизистой оболочки прямой и ободочной кишки - характеризуется прогрессирующим течением и осложнениями: сужение, перфорация, кровотечение, псевдополипоз, дистрофия, кахексия и др.

Цель работы - изучить особенности клинического течения, диагностики и хирургического лечения неспецифического язвенного колита, на территории Ферганской долины.

Материалы и методы исследования. В 2005-2015 г. в проктологическом отделении клиники АндГосМИ на стационарном лечении находились 8299 больных: 2750 (33,1%) - с геморроем, 1867 (22,5%) - с анальной трещиной, 1538 (12,5%) - с параректальным свищом и острым парапроктитом, 207 (2,5%) - с выпадением прямой кишки, 456 (5,1%) - с неспецифическим язвенным колитом и 1466 других больных.

Неспецифический язвенный колит встречался у больных 12 - 56 лет. У большинства обследованных заболевание начиналось в возрасте до 30 лет (в 20-25 лет - у 33%, в 26-30 лет - у 39,5%). Причиной, заставившей их обратиться за медицинской помощью, чаще были уже ярко выраженные клинические симптомы болезни (частый жидкий стул с примесью крови, слизи, гноя; потеря аппетита, похудание, общая слабость). Лишь 5% больных обратились к врачу при появлении жалоб не свойственных неспецифическому язвенному колиту. У 8,4% пациентов болезнь протекала бессимптомно и была обнаружена при обследовании по поводу других заболеваний желудочно-кишечного тракта. 15% больных были переведены из инфекционной больницы.

Диагноз формулировали следующим образом.

Неспецифический язвенный колит, рецидивирующее течение средней тяжести с поражением прямой и сигмовидного отдела толстой кишки, эрозивно-геморрагическая форма, фаза затухающего обострения (28 больных).

Неспецифический язвенный колит, рецидивирующее течение средней тяжести с поражением слепой и восходящего отдела толстой кишки, эрозивно-геморрагическая форма, фаза затухающего обострения (3 больных).

Неспецифический язвенный колит, острая форма, быстро прогрессирующее течение с тотальным поражением толстой кишки; токсическая дилатация кишки (14 больных).

Неспецифический язвенный колит, преимущественно проктосигмоидит, эрозивно-геморрагическая форма с латентным течением, фаза ремиссии (34 больных).

Хирургическое лечение выполнено 75 (15,9%) больным с различными осложнениями неспецифического язвенного колита.

Выполненные операции: левосторонняя гемиколэктомия (45); правосторонняя гемиколэктомия (3); субтотальная колэктомия (16); тотальная колэктомия (11).

7 больным произведена одноэтапная операция с наложением трансверзо-ректоанастомоза. Остальным 57 больным восстановительные операции произведены через 6-8 месяцев.

Выводы. Неспецифический язвенный колит - это тяжелое заболевание со сложным, во многих случаях труднообъяснимым механизмом развития, возникающее у лиц молодого и зрелого возраста, требует дальнейшего всестороннего изучения.

Больным с неспецифическим язвенным колитом показано оперативное лечение для предупреждения осложнений заболевания.

Эгамов Ю.С.,
Филатова Н.В.,
Эгамов Б.Ю.,
Жалилов М.А.

ЛИМФОТРОПНАЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРОМ ПЕРИТОНИТЕ

Андижанский государственный медицинский институт

Гнойно-воспалительные процессы органов брюшной полости сопровождаются увеличением удельного веса возбудителей, обладающих антибактериальной резистентностью. В условиях переоценки роли антибиотиков возродился интерес к антисептикопрофилактике инфекции и антисептикотерапии, но недостаточно эффективен становится оказывающий основной механический эффект, фурациллин. В этой

связи мы, в комплексном лечении применяли лимфотропную терапию и антисептический препарат местного действия - раствор метронидазола.

Материал и методы. Во время операции, в качестве лимфотропного лечения в брыжейку тонкой кишки устанавливали микроирригатор. Через него, в качестве лимфостимулятора один раз в день вводили новокаин 0,25% - 20 мл + гепарин 5000 ед

+ фуросемид 1 мл и одноразовую дозу антибиотика. В комплексном лечении с 2008 года мы стали применять местный антисептик метронидазол. Препарат активен в отношении большинства микроорганизмов выявленных при перитоните, особенно грамотрицательной и анаэробной микрофлоры.

Сочетание лимфотропной антибиотикотерапии с местным антисептическим действием метронидазола изучено на 59 больных (у 28 при деструктивном аппендиците, у 3 при деструктивном холецистите, у 11 больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки, у 6 - с кишечной непроходимостью, и у 9 - разрывом кисты яичника). Брюшную полость промывали, во время операции, раствором метронидазола, в последующем, через дренаж осуществляли лаваж.

Результаты и их обсуждение. Осложнений после операции не было. Всем пациентам удалось ограничиться курсом антибактериальной монотерапии, лимфотропной антибиотикотерапией с местным применением метронидазола, в течение 5-7 суток.

Было отмечено, что после лимфотропной терапии уже на 2 сутки появлялась перистальтика кишечника, улучшилось гемо- и лимфообращение на клеточном уровне, которое привело к улучшению состояния больного, при промывании брюшной

полости через дренаж отсутствовали болевые ощущения. Высокая эффективность препарата метронидазола при местном применении по сравнению с физиологическим раствором и фурацилином, при комплексном лечении абдоминальной инфекции, была налицо. У больных, которым промывали во время и после операции брюшную полость метронидозолом, послеоперационных осложнений не было, им не требовалось назначения препарата флуконазола, благодаря уменьшению дозы и количества антибиотиков. Поскольку метронидазол обладает широким спектром действия на микрофлору, отделяемое на 2-3 сутки у большинства больных становилось серозным, прозрачным. Всем 59 больным не было необходимости назначать по два и более антибактериальных препарата, что обуславливало положительный клинический и экономический эффект лечения.

Выводы. Комплексное лечение лимфотропной антибиотикотерапии с применением метронидазола, при лечении абдоминальной инфекции, различного генеза, даёт раннее улучшение клинических показателей и состояния больных. Кроме того, уменьшение количества и дозы антибактериальных препаратов, положительно влияет на трудоспособность и экономический эффект лечения.

*Юсупова О. Б.,
Жуманазарова Г.У.,
Каримов Р.О.*

АБДОМИНАЛ АЪЗОЛАР ВА АЙИРУВ ТИЗИМИДАГИ ЎЗАРО МУТАНОСИБЛИК

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Ошқозон-ичак тизими ва буйрак ўртасидаги функционал метаболитик боғлиқлик уларнинг секретор, экскретор, сўриш каби вазифаларининг яқинлигидан келиб чиқади, генетик боғлиқлик чақалоқларда сутнинг ошқозон-ичакда пиноцитоз йўли билан сўрилиб буйракда парчаланиши ва сунлий қон ўтиши шаклида намоён бўлади, иккинчи томондан бундай боғлиқлик асосида ошқозон ва буйракда Н⁺-ионларнинг ишланиши ва бунинг натижасида организмда ишқорий кислоталик тенгликнинг барқарор сақланиши ётади.

Бирок, тадқиқотлар маълумотларига кўра, буйрак касаллиги ошқозон учун катта хавф туғдириши ва ошқозон патологик жараёнга жалб қилинган ҳолда касалликнинг янада оғир кечишига олиб келиши аниқланган. ҳозирги кунга қадар бундай касалликларда ошқозонда кечадиган ўзгаришлар ҳали тўлалигича ўрганилмаган, иккинчидан эса, бундай касалликни даволаш мураккаб, лекин ечилиши лозим бўлган муаммолардан биридир.

Шунинг учун ҳам бу касалликларни даволаш масаласига доим эътибор қаратилган. Айрим олимларнинг маълумотлари бўйича калькулёз пиелонефрит касаллигининг операциядан сўнг қайталанishi 7,1 фоиздан 32,2 фоизгача, қайта тош

хосил бўлиши эса 6,4 фоиздан 30,0 фоизгача бўлган ҳолларда кузатилади. Бунда касаллик жараёни биргина буйрак паренхимасида эмас, балки ошқозоннинг деворида ҳам ривожланади. Касаллик жараёни ривожланишининг шу томонларини инобатга олган ҳолда касалликнинг операциядан кейинги даврида даволашнинг энг самарали ва мукамал усулларини излаб топиш катта амалий аҳамият касб этади.

Бу касаллик беморларда кўпинча гидронефроз, пиелонефроз, буйрак етишмовчилиги каби қатор оғир асоратларга олиб келади. Касалликнинг сабаблари, патогенези, даволаш усуллари ҳақида қатор фикрлар мавжуд.

Кейинги вақтларда ушбу касалликнинг келиб чиқиши сабабларини ўрганиш асносида модда алмашинувининг бузилиши, экологик носозлик, ичимлик суви таркибининг ва овқатланиш меъерининг бузилиши (аминокислоталар, витаминлар, микроэлементлар етишмовчилиги), қишлоқ хўжалик маҳсулотларини етиштириш жараёнида химикатлардан фойдаланишнинг меъёрий тартибларига риоя этилмашлик натижасида инсон организмнинг зарарланиши каби қатор муаммоларга эътибор қаратилмоқда.

Шу билан бирга ушбу касаллик билан оғриган беморларда айрим аъзолар, тизимлар ўртасидаги ўзаро боғлиқлик ва бошқарувнинг бузилиши каби масалаларга ҳам алоҳида эътибор берилмоқда. Бунда буйрак ва ҳазм тизими, айниқса, буйрак ва ошқозон ўртасидаги функционал боғлиқликка оид масалаларни ўрганиш алоҳида аҳамият касб этади. Бу икки аъзо метоболитик ҳамда эндокрин аъзо бўлиб, асосий функциялари секрециядир. Иккинчидан, бири метаболизм жараёнининг бошида турса, иккинчиси охирида туриб, организм учун керак бўлмаган ва парчаланиб, ниҳоясига етган моддаларни ташқарига чиқариб ташлаш вазифасини бажаради.

Янги туғилган чақалоқларда сутнинг ҳазм тизимида сўрилиб, буйракда парчаланиши, ошқозон ва буйракда водород ионларини ишловчи бир хил

хужайралар мавжудлиги, ошқозонда ишланган айрим гормонларнинг буйракда диурез жараёнига таъсири ва парчаланиши, қатор диуретикларнинг ошқозонда секрецияни сусайтириб, буйракда диурезни кучайтириши фикримизнинг тўлиқ далилидир. Бундан ташқари, кўпгина клиник изланишлар натижасида буйрак тош касаллиги, сурункали диализлар, гастрит, ошқозон ва 12 бармоқ ичак яралари каби хасталикларда касаллик кечиши жараёнида бу аъзолар ўртасидаги функционал, патогенетик боғланишларнинг тамомила янги босқичга чиқиши аниқланди.

Хулоса қилиб айтганда, кейинги йиллар ичида олиб борилган тадқиқотлар ушбу аъзолар ўртасида морфологик ўхшашликлар, чуқур функционал боғланиш борлигини кўрсатади.

2. СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ

Абдуллаев Б.П.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ*Хорезмский филиал РНЦЭМП*

Цель исследования - оценить результаты реконструктивных операций у больных с критической ишемией нижних конечностей (КИНК) и сопутствующим сахарным диабетом.

Материал и методы. В исследовании представлен анализ результатов лечения 60 больных с КИНК III - IV степени и сопутствующим сахарным диабетом. КИНК III встречалась - у 21 (36%) больного, КИНК IV - 39 (64%). Все больные были разделены на 3 группы. I группа - 38 (64%) больных, которым выполняли прямые реконструктивные операции. II группа - 11 (19%) больных, которым выполняли операции непрямого ревааскуляризации. Больным III группы проведена консервативная терапия (n=11). Оценивали показатели ЛПИ в динамике в трех группах, проходимость реконструкции, сохранность конечности.

Результаты и их обсуждение. В I группе тромбоз реконструкции выявлен у 4 пациентов (10,7%), проходимость реконструкции в течение 1 года - 67%. Сохранность конечности за 1 год наблюдения составила 89,7%. Во II группе - 49,4%. Динамика ЛПИ в группе больных, которым выполняли прямые методы ревааскуляризации составила +0,33; в группе больных, которым выполняли не прямые методы - +0,12; в группе больных с консервативной терапией - +0,17.

Выводы. При хирургическом лечении больных с критической ишемией нижних конечностей и сахарным диабетом более целесообразны прямые методы ревааскуляризации ($p < 0,0001$). Комплексное хирургическое лечение позволяет снизить риск развития осложнений, количество ампутаций нижних конечностей, ле

Абдуллаев Б.П.,
Кутлиев У.Х.,
Давлетова Д.Ф.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ КОНЕЧНОСТЕЙ*Хорезмский филиал РНЦЭМП*

Цель - оценить возможности хирургического лечения пострадавших с повреждениями магистральных сосудов конечностей.

Материал и методы. Изучены результаты хирургического лечения 32 пациентов с ранениями магистральных сосудов нижних конечностей. Мужчин было 30, женщин - 2 в возрасте от 15 до 54 лет. Причинами повреждений магистральных сосудов у 24 (75%) пострадавших были колото-резаные раны, у 5 (15,6%) - закрытая травма (включая 2 больных с многооскольчатыми переломами костей голени, обусловившими ранения сосудов). В 3 (9,4%) наблюдениях повреждения сосудов явились следствием ятрогенной травмы при оперативных вмешательствах на костной системе. Все пострадавшие, за исключением больных с ятрогенной травмой, были доставлены через 2 и более часа от момента получения травмы. У большинства из них отмечены геморрагический шок и клинические признаки ишемии пораженной конечности различной степени. Ранение мягких тканей в проекции магистральных сосудов, отсутствие или ослабление периферической пульсации, наличие кровотечения или гематомы в сочетании с клиническими проявлениями ишемии пораженной ко-

нечности позволили большинству пострадавших установить правильный диагноз до операции. Лишь в нескольких случаях возникла необходимость в УЗИ и ангиографии.

Результаты и их обсуждение. Ранения сосудов среднего калибра выявлены у 18 пациентов. У 11 из них была повреждена поверхностная бедренная артерия; у 8 - подколенная артерия; у 1 - глубокая артерия бедра; у 4 - бедренная вена; у 1 - подколенная вена. В 2 наблюдениях имелось сочетанное поражение поверхностной бедренной артерии и бедренной вены, в 1 - подколенной артерии и обеих большеберцовых артерий. У 10 больных отмечались повреждения артерий малого диаметра (берцовые). Ранение задней большеберцовой артерии обнаружено у 4, передней большеберцовой - у 4, обеих большеберцовых - у 1, малоберцовой артерии - у 1 больного. Таким образом, у 32 пострадавших были повреждены 36 сосудов. У значительной части пациентов ранения магистральных сосудов нижних конечностей сопровождались повреждениями окружающих мягких тканей и опорно-двигательного аппарата. Все пострадавшие были оперированы. Боковой шов наложен 14 больным с пристеночным ранением, циркулярный - 10 пациен-

там при полном пересечении сосудов. 4 пострадавшим произведена пластика поврежденного сосуда "заплатой" из аутовены; 7 - аутовенозное протезирование в связи с протяженным поражением (более 2 см). Аутовенозное подколенно-заднеберцовое шунтирование в сочетании с лигированием передней большеберцовой артерии произведено пациенту с массивным размождением обеих большеберцовых артерий. Одному больному с необратимой ишемией конечности, обусловленной обширными разрывами подколенной и обеих большеберцовых артерий, выполнена первичная ампутация бедра. У 1 пациента наступил тромбоз реконструированного сегмента. В результате тромбэктомии магистральный кровоток был восстановлен. Из 32 оперированных умер 1 (3,1%).

Восстановить проходимость поврежденных магистральных сосудов нижних конечностей удалось 31 из 32 пострадавших. У большинства пациентов получены хорошие результаты. Летальный исход наступил у 1 пациента с ранениями бедренных сосудов, сочетавшимися с обширной травмой мягких тканей. Пациент поступил в поздние сроки от момента травмы в состоянии геморрагического шока с тяжелой ишемией нижних конечностей. В ходе экстренных операций у пострадавшего удалось вос-

становить магистральный кровоток, но состояние оставалось тяжелым. Несмотря на интенсивную терапию в ближайшем послеоперационном периоде наступила смерть. Ампутацию конечности по первичным показаниям при повреждении магистральных сосудов нижних конечностей выполнили 1 пациенту. Показаниями к ампутации были тяжелые повреждения мягких тканей, ишемическая тотальная контрактура конечности, влажная гангрена.

Осложнения в послеоперационном периоде возникли у 4 больных. Наиболее серьезные из них - гнойно-септические, которые развились после перенесенного тяжелого геморрагического шока, постгеморрагической анемии, нарушенного кровообращения в конечности из-за выраженного посттравматического отека мышечного массива бедра и голени.

Выводы. Успех лечения при сосудистой травме зависит от скорости оказания специализированной хирургической помощи. Ангиохирургическое пособие может адекватно разрешить ситуацию: восстановить нормальный кровоток и предупредить развитие последствий повреждения сосуда.

Важны ранняя диагностика повреждения сосудов, своевременная восстановительная операция, борьба с шоком и профилактика гнойно-септических осложнений.

*Абдуллаев Б.П.,
Кутлиев У.Х.,
Давлетова Д.Ф.*

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ФЛОТИРУЮЩЕМ ТРОМБЕ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Хорезмский филиал РНЦЭМП

Материал и методы. В 2011-2015 годы мы наблюдали 350 больных с венозными тромбозами в системе глубоких вен. Диагноз выставляли с учетом клинических проявлений (отечность, гиперемия, синюшность, болезненность). У 15% больных тромбозы протекали без выраженной клинической картины и подтверждались результатами инструментальных методов диагностики. Среди них основным методом признано ультразвуковое сканирование. Грозным осложнением венозного тромбоза является тромбоэмболия легочной артерии, которую выявили у 36 (10,2%) пациентов 1 группы, без ТЭЛА - у 314 89,8% больных 2 группы. Важным прогностическим моментом мы считаем флотацию верхушки тромба. В первой группе обнаружены 23 (64%) тромба с флотацией, во второй - 37 (12%). Комплекс лечебных мероприятий включал обязательное использование антикоагулянтов и дезагрегантов. Хирургическая тактика зависела от нескольких, на наш взгляд, важных обстоятельств. В первую очередь учитывали: наличие флотирующего тромба протяженностью свыше 2 см, его расположение в подвздошно-бедренном сегменте, тромбоэмболия легочной артерии в анамнезе. Тактика оказания помощи в первой группе была

более активной. Оперативное вмешательство выполнено 21 пациенту (59%). Во второй группе хирургическое вмешательство выполнено 9 больным (3%). Значительно чаще от операции воздерживались пациенты 2 группы в связи с положительной динамикой при ультразвуковом сканировании: фиксация тромба, отсутствие признаков его нарастания через 2-3 суток. Активную хирургическую тактику применяли 15 (5%) больным с рецидивирующей тромбоэмболией легочной артерии даже без флотации тромба. При флотирующем тромбе и для профилактики рецидива тромбоэмболии лёгочной артерии выполнены следующие операции: пликация или лигирование венозного сосуда выше места тромбообразования; тромбэктомия с последующей пликацией. Тромбэктомия с пликацией выполняли при высоком риске ретромбоза; чаще - при флотирующем тромбе в бедренном и подвздошном сегментах.

Выводы. Мы считаем, что хирургическая тактика при флотирующем тромбе должна быть более активной. Особенно в отношении пациентов с протяженностью тромба 2 и более сантиметров; тромбоэмболией легочной артерии в анамнезе, локализацией тромба в подвздошно-бедренном сегменте.

Абдумаджидов Х.А.,
Буранов Х.Ж.,
Тураев Ф.Ф.,
Мирходжаев И.И.

БЛИЖАЙШИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИИ ТРИВАЛЬВУЛЯРНЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА

АО "Республиканский специализированный центр хирургии
имени академика В.Вахидова"

Цель исследования - оценить ближайшие результаты хирургического лечения тривальвулярных пороков сердца.

Материал и методы исследования. По поводу тривальвулярных пороков сердца выполнены 79 операций. Основным методом диагностики клапанных пороков сердца являлась ЭхоКГ. Пациентам старше 40 лет выполняли катетеризацию полостей сердца с коронарографией. Средний возраст составил $47,6 \pm 9,3$ лет. Мужчин было 45,9%, женщин - 54,4%. К III ФК классу были отнесены 67,5% больных, к IV - 32,5%. Этиологическим фактором был ревматический процесс у 61,5% больных; инфекционный эндокардит (ИЭ) - у 18,2%. Все пациенты были с сердечно - легочным индексом более 0,65. Легочная гипертензия (ЛГ), как осложняющий фактор, выявлена у 26 (32,7%) больных. 16 (20,2%) пациентам ранее была выполнена закрытая митральная инструментальная комиссуротомия. Время ИК составило $145,1 \pm 62,3$ мин, время пережатия аорты - $105,9 \pm 31,9$ мин при температуре $31,8 \pm 1,6$ °. У 65 (82%) больных сохранялась вся или часть задней митральной створки.

Результаты и их обсуждение. Из 79 оперированных в госпитальном периоде умерли 8 (10,08%) пациентов. Основной причиной смерти послужила острая сердечная недостаточность (ОСН) у 4 пациентов - 50% в структуре летальности. Среди других причин отмечены острая почечно-печеночная недостаточность (1); острая недостаточность мозгового кровообращения (1); сепсис (1); кровотечение из правого атриотомного разреза осложнившееся острой тампонадой сердца (1). В структуре нелетальных осложнений доминировали: сердечная слабость (9) (11,3%); гипоксическая энцефалопатия - 2 (2,5%); желудочковая экстрасистолия - 3 (3,8%); полная атриовентрикулярная блокада, потребовавшая установки постоянного электрокардиостимулятора - 1 случай.

Заключение. Послеоперационная госпитальная летальность при тривальвулярных пороках сердца составила 10,08%, главная причина летальности - острая сердечная слабость.

В послеоперационном периоде у 18,9% пациентов наблюдались нелетальные осложнения.

Абдумаджидов Х.А.,
Буранов Х.Ж.,
Хужакулов И.К.,
Мирходжаев И.И.

ЗНАЧЕНИЕ ТРАНСПИЩЕВОДНОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ В ХИРУРГИИ МНОГОКЛАПАННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА

АО "Республиканский специализированный центр хирургии
имени академика В.Вахидова"

Цель - проанализировать данные интраоперационной транспищеводной эхокардиографии (ТПЭХОКГ) в хирургии многоклапанных пороков сердца в сравнении с результатами клинического обследования.

Материал и методы. Проанализированы 237 случаев "открытых" коррекций за последние 1,5 года. Пациентов с многоклапанными пороками сердца было 132 (55,7%). Данные плановой трансторакальной эхокардиографии (ТТЭХОКГ) у них были сопоставлены с интраоперационными показателями ТПЭХОКГ. Возраст оперированных пациентов - от 12 до 65 лет (в среднем $37,5 \pm 8,7$). Все операции выполнены в условиях искусственного кровообращения (ИК) и кардиopleгии (КП). Пациентов женского пола было 55,6%, мужского - 44,4%.

Результаты и их обсуждение. В большинстве случаев коррекцию митрального порока выполняли с полным или частичным сохранением хордо-папиллярного аппарата данного клапана. Так, из 237 больных 226 (95,3%) удавалось сочетать операцию с

сохранением хордо-папиллярного аппарата. Из 86 пациентов с многоклапанными пороками, в 2014 году, у 39 (45,3%) диагностирован митро-аортальный порок; у 25 (29,1%) - митро-трикуспидальный; у 22 (25,6%) - митро-аортально-трикуспидальный порок сердца. В 51% случаев выполнено двухклапанное протезирование, с дополнением коррекции пластикой трикуспидального клапана в 11% случаев. В 26-28% случаев план коррекции многоклапанного порока был изменен согласно данным ТПЭХОКГ. Вместо запланированного двухклапанного протезирования в 25% случаев коррекция закончена пластикой аортального клапана или его ревизией. Если клинически подтверждена трикуспидальная недостаточность после предоперационной подготовки (гепатомегалия, выбухание вен шеи, акрацианоз), а эхокардиографический контроль подтверждает органический характер изменений в клапане, интраоперационно ревизировали клапан и дополняли коррекцию открытой трикуспидальной комиссуротомией и (или) пластикой фиброз-

ного кольца по De Vega.

Выводы. ТПЭХОКГ позволяет выполнить адекватную деаэрацию. В каждом отдельном случае ТПЭХОКГ дает возможность выбрать оптимальную хирургическую тактику сложных реконструк-

тивно-восстановительных операций при многоклапанных пороках сердца.

Проведение ТПЭХОКГ улучшает прогнозирование осложнений раннего периода после "открытой" коррекции.

*Абдумажидов Х.А.,
Буранов Х.Д.,
Хужакулов И.К.,
Мирходжаев И.И.*

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ПРИ МНОГОКЛАПАННОЙ ПАТОЛОГИИ СЕРДЦА

*АО "Республиканский специализированный центр хирургии
имени академика В.Вахидова"*

Материал и методы. В отделении реконструктивной хирургии приобретенных пороков сердца АО "РСЦХ им. акад. В.Вахидова" оперированы 154 (100%) больных с клапанным инфекционным эндокардитом (КИЭ). Возраст больных, в среднем, составил $30,85 \pm 1,59$ лет. Мужчин было 95 (61,7%), женщин - 59 (38,3%).

В зависимости от тактики лечения больных разделили на две группы. I группа состояла из 62 (40,3%) больных, которым применены лечебно-профилактические мероприятия (ЛПМ). ЛПМ включали механическую санацию очага инфекции, импрегнацию антибиотиком манжеты имплантируемого протеза и гипертермическую перфузию (ГП). Общее время ГП, в среднем, составило $16,2 \pm 2$ мин.

II группа состояла из 92 (59,7%) больных, которым хирургическое лечение проведено по традиционной методике, т.е. без использования ЛПМ. В 82 (53,2%) случаях выполнено протезирование митрального клапана (ПМК), в 35 (22,7%) - протезирование аортального клапана (ПАК), в 20 (12,9%) случаях - протезирование митрального и аортального клапанов (ПМАК); изолированное вмешательство на трикуспидальном клапане было

у 17 (11%) больных. В 76% случаев был имплантирован механический протез. Среднее время ИК составило $113,93 \pm 3,99$ мин, время ишемии миокарда - $80,12 \pm 3,24$ мин, температура охлаждения - $30,61 \pm 0,26^\circ\text{C}$.

Результаты и их обсуждение. Общая госпитальная летальность составила 3,2% (5 больных). В I группе летальность составила 1,6% (1 больной). Причиной смерти послужила эмболия вегетациями сосудов головного мозга. Во II группе летальность - 4,3% (4 больных), вследствие прогрессирующей сердечной недостаточности (2 больных) и инфекции (2 больных). Реинфицирование искусственного протеза в I группе не наблюдалось, во II группе - 44 (47%). Во 2 группе реинфицирование с последующей дисфункцией протеза отмечено у 6 (6,5%) пациентов, которым выполнено репротезирование клапана. Параклапанная фистула отмечена в 10 (10,8%) случаях. Применение ЛПМ в хирургическом лечении КИЭ позволило снизить госпитальную летальность с 4,3 до 1,6%.

Заключение. Активная хирургическая тактика с использованием ЛПМ позволяет активно бороться с клапанным инфекционным эндокардитом.

*Абдумажидов Х.А.,
Назырова Л.А.,
Буранов Х.Д.,
Мирходжаев И.И.*

ВЫБОР ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ТРИКУСПИДАЛЬНОГО ПОРОКА ПРИ МНОГОКЛАПАННОЙ ПАТОЛОГИИ СЕРДЦА

*АО "Республиканский специализированный центр хирургии
имени академика В.Вахидова"*

Пороки трикуспидального клапана (ТК), как компонент многоклапанной патологии сердца, встречаются в 10-45%. Прогресс кардиохирургии подтверждает возможность коррекции многоклапанных пороков сердца с хорошим результатом. Этому способствуют совершенствование методов диагностики и хирургической тактики, разработка способов реконструктивно-восстановительных операций, улучшение анестезиологического пособия, совершенствование методов защиты миокарда и послеоперационного ведения пациентов.

Консервативная тактика, оправдана только при гемодинамически незначимом поражении других клапанов сердца. Таким образом, коррекция трикуспидального порока (ТП), как и коррекция других компонентов сложного ревматического многоклапанного порока сердца имеет большое значение для достижения хороших результатов операций. Представлен краткий анализ тактики хирургической коррекции ТП в структуре многоклапанных патологий сердца по материалу нашего центра.

Материал и методы. В диагностике и выборе

тактики хирургической коррекции ТП нами применены современные высокоинформативные методы исследования: электрокардиография, рентгенография сердца, компьютерная томография, ангиокардиография (коронаровентрикулография с аортографией), эхокардиография с доплерографией (транспищеводная и трансторакальная).

Из оперированных 3277 больных с многоклапанными пороками сердца в 292 (8%) случаях потребовалась "открытая" коррекция ТП. 148 (51%) больным выполнено митрально-аортальное протезирование с пластикой ТК; в 96 (35,8%) - протезирование одного клапана (митрального или аортального) с пластикой двух клапанов (трикуспидального с митральным или аортальным), необходимость протезирования и ТК возникла у 9 (3,1%) больных.

Результаты и их обсуждение. Анализ коррекции ТП показал, что в 84% случаев производилась пластика данного компонента сложного многоклапанного порока. В большинстве случаев была выбрана методика аннулопластики ТК по De Vega. Из оперированных по данной методике в 26,9% случаев регургитация на ТК исчезла, в 62,8% уменьшилась до 1 степени; в 10,3% случаев - до умеренной (2) степени. Другие методы аннулопластики ТК применены в 14,2% случаев: методика Кей-Бойда, Рид-Кортес, Дотти. Аннулопластика ТК с применением опорных колец Карпантье-Эдвардса выполнена в 1,8% случаев.

Анализ результатов хирургической коррекции ТП в комбинации многоклапанных пороков сердца показал, что в большинстве случаев в развитии трикуспидальной недостаточности играет роль развитие легочной гипертензии (ЛГ) и дилатации фиб-

розного кольца ТК в сторону передней и задней створок. При развитии инфекционного процесса наступает разрушение створок ТК и его некомпетентность. В этих случаях восстановление створок клапана возможно, необходимо протезирование ТК биологическим протезом как вынужденная мера коррекции порока. С целью уменьшения времени окклюзии аорты, нами применена "открытая" коррекция ТК на работающем сердце. Таких операций произведено 12: в 10 случаях выполнена пластика, в 2 - протезирование ТК биологическим протезом.

Выводы. Необходимость в хирургической коррекции ТП определяется степенью недостаточности (или стеноза в комбинации) клапана, морфологическим состоянием створок, подклапанных структур клапанного аппарата и наличием легочной гипертензии.

При относительной недостаточности клапана с регургитацией до 1 ст. от коррекции ТП можно воздержаться.

Наличие регургитации ТК 2-3 степени или органического порока с морфологическими изменениями створок считается показанием к выполнению хирургической коррекции.

При высокой ЛГ необходимо воздержаться от гиперкоррекции. Не большая резидуальная регургитация ТК в раннем послеоперационном периоде необходима для предупреждения развития правожелудочковой недостаточности.

Адекватная коррекция ТП при многокомпонентном пороке сердца улучшает результаты хирургического лечения в ближайшем и отдаленном периодах наблюдения.

*Абдумаджидов Х.А.,
Назырова Л.А.,
Буранов Х.Ж.,
Мирходжаев И.И.,
Хужакулов И.К.*

НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ХИРУРГИИ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА МНОГОКЛАПАННОЙ ПАТОЛОГИИ СЕРДЦА

*АО "Республиканский специализированный центр хирургии
имени академика В.Вахидова"*

Нередко течение клапанного инфекционного эндокардита (КИЭ) осложняется эмболическими синдромами в различные бассейны кровеносного русла, что отягощает течение основного заболевания. Эмболия в систему артерий головного мозга приводит к развитию инсульта, усугубляющего состояние пациента и снижающего шансы на успех оперативного лечения.

Цель исследования - определить сроки оперативного вмешательства КИЭ на основе изучения течения клинической картины КИЭ и осложнений.

Материал и методы. С 2001 по 2016 год в отделении реконструктивной хирургии приобретенных пороков сердца РСЦХ им. акад. В. Вахидова выполнены 324 оперативных вмешательства по поводу КИЭ. 173 (53,2%) больных оперированы по

поводу первичного, 151 (46,8%) - вторичного КИЭ. Средний возраст - $29 \pm 1,7$ года (от 12 до 61 года). Сердечная недостаточность IV функционального класса (ФК) по NYHA имела место у 246 (76%) пациентов, ФК III - у 78. В активной фазе инфекционного эндокардита оперированы 53 (16,5%) больных, в стадии ремиссии - 269 (83,5%). Всем больным проводили трансторакальную эхокардиографию (ТТЭХОКГ), в 96% случаев размерами от 0,18 мм до 1,7 см были выявлены вегетации, подтвержденные во время операции. По размеру вегетации больных разделили на две группы. В 1 группу выключены 213 (66%) больных, у которых вегетации не превышали 0,8 см; во 2 - 121 (34%) пациентов с вегетациями более 0,8 см.

Результаты и их обсуждение. Эмболические осложнения отмечались у 85 (33%) больных. В 1

группе эмболии встречались у 37 (11,5%), из них почечные - у 2 (5,7%), в селезенку - у 2 (5,7%). Во 2 группе эмболические осложнения имели место у 35 (74%) из 48 больных: мозговые эмболии - у 12 (29,6%), в легкие - у 9 (26%), в сосуды ног - у 5 (14,8%). Течение послеоперационного периода у больных 2 группы характеризовалось склонностью к повторным массивным эмболиям, что ещё более усугубляло течение основного заболевания. Госпитальная летальность в 1 группе составила 1,9% (1), во 2 - 7,4% (2).

Выводы. Таким образом, при инфекционном

эндокардите многоклапанной патологии сердца, своевременные показания к оперативному лечению позволяют избежать летальных осложнений. Повторные артериальные эмболии (две и более) являются абсолютным показанием к неотложному оперативному вмешательству. Если вегетация имеет флотирующий характер, а размер ее превышает 0,8 см, раннее хирургическое вмешательство оправдано. Однако адекватная консервативная терапия и ТТЭХОКГ-мониторинг могут стать дополнительным аргументом в пользу продолжения активной выжидательной тактики.

*Abdurakhmanov Z.M.,
Mansurov A.A.,
Khalikulov Kh.G.,
Sobirov F.K.*

SURGERY FOR ISCHEMIC HEART DISEASE WITH COMBINED MITRAL VALVE FAILURE

"Republican Specialized Center of Surgery named after academician V.Vakhidov" JSC

Nowadays surgical correction of the combined mitral valve and ischemic heart diseases at the same time maintain as a actual issue of the present cardiosurgery attracting the consideration worldwide.

Objectives. Assessment of the concurrent surgical treatment results of the mitral valve and ischemic heart diseases' (IHD) combined pathology.

Materials and methods. Retrospective analysis of the case reports of patients undergone the operation from 2005 to 2015 was conducted. The overall patients quantity was 42 subjects compiled of 25 (56%) men and 17 (36%) women. With regard to the present pathology progression, the Carpenter classification based on chordal apparatus cusp action was used. Rheumatic mitral valvular disease with prevailing stenosis form was signed in 28 (66.6%) patients; ischemic mitral valvular disease was determined in 14 (33,3%) patients. The operated patients composed of 30 (71,4%). The only coronary arteries bypass grafting (CABG) without mitral valve replacement (MVR) was implemented in 12 (14,2 %) subjects. Echo results showed end-systolic volume (ESV) - 74.2 ± 2 ml, end-diastolic volume (EDV) - $168 \pm 1,5$ ml with mitral stenosis dominance. Ejection fraction (EF) - 54,5% , ESV- $92,3 \pm 2$ ml, EDV- $200 \pm 2,6$ ml with mitral insufficiency prevalence.

Results. CABG with MVR was carried out in 30 (71.4%) patients at once. CABG without MVR was performed in 12 (14,2 %) subjects. The revascularization index equaled to 1,5. The left ventricle sizes in 13 patients until the operation were the following: ESD $2,5 \pm 0,5$ sm (ESV $133 \pm 1,2$ ml); EDD $4,1 \pm 0,06$ sm (EDV $246 \pm 3,2$ ml). These indices was considered as an evidence of the simultaneous operation efficacy. The operation was restricted within coronary arteries bypass graft overlaying in patients (24%) with a compensated form of the mitral insufficiency (MI). The hospital mortality was in 1 operated patient, the reason of which was severe heart failure evolved in postoperative period and the diffused coronary arteries lesion was also disclosed. In one case on the subject of bleeding hemostasis measures were taken in postoperative period.

Finding. Thereby, looking into the results of above mentioned investigation it can be inferred that the simultaneous surgical interference is considered as the method of selection for the purpose of healing the combined mitral valve and coronary arteries' diseases. In patients with the compensated form of the MI, mitral valve correction was not executed and the operation process was confined to only CABG.

*Абдурахманов М.М.,
Холиков Ф.,
Буранов Ш.*

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗОВ

Бухарский филиал РНЦЭМП.

Флеботромбоз и тромбоэмболия легочной артерии могут быть послеоперационными осложнениями обширных оперативных вмешательств. Тромбозы вен встречаются у 20-30% больных старше 40 лет, подвергшихся общехирургическим операциям.

Цель исследования - проанализировать систе-

му профилактических мероприятий, направленных на предотвращение венозных тромбоэмболических осложнений.

Материал и методы. Изучены непосредственные результаты профилактики тромботических осложнений у больных после оперативного лечения

в Бухарском филиале РНЦЭМП с 2005 по 2015 год. Хирургическая помощь больным оказывалась в экстренном порядке. Все больные были разделены на три группы в зависимости от степени тромбозного риска оперативных вмешательств: низкая, средняя и высокая.

Объем профилактических мероприятий в каждой группе был различным. Больным с низким тромбозным риском использовали эластическую компрессию нижних конечностей в сочетании с лечебной и дыхательной гимнастикой и ранней активизацией в послеоперационном периоде. Профилактику тромбоза у больных с умеренным риском дополняли применением кардиомагнила и реосорбилакта во время и после операции, нефракционированного гепарина (НФГ) 5000 Ед 2 раза в день или низкомолекулярного гепарина (НМГ): клексан (по 20 мг подкожно 1 раз в день). При высоком тромбозном риске проводилась специфическая профилактика послеоперационных тромбозов и эмболий: нефракционированным гепари-

ном в дозе 5000 ед. 3-4 раза в день или низкомолекулярным гепарином: клексан (по 40 мг подкожно 1 раз в день) в течение 7-10 дней.

Результаты и их обсуждение. За 10 лет наблюдений в раннем послеоперационном периоде тромбоз глубоких вен установлен у 6 больных (все из группы высокого тромбозного риска). У 9 больных выявлен тромбоз поверхностных вен нижних конечностей (больные относились к группе умеренного и высокого риска) У 2 больных илеофemorальный тромбоз сочетался с тромбозом подкожных вен (группы умеренного и высокого риска). Средний возраст больных составил 57 лет, из них 7 мужчин и 10 женщин. Диагноз тромбоза глубоких и поверхностных вен подтвержден ультразвуковым сканированием венозной системы на аппарате фирмы "SSI 5000 Sono Scare" (Китай).

Таким образом, больным, подвергшимся оперативному вмешательству, следует проводить дифференцированную профилактику флеботромбоза и ТЭЛА с учетом степени тромбозного риска.

*Абरोлов Х.К.,
Ибрагимов Н.Ш.,
Мирсаидов М.М.,
Холмуратов А.А.,
Пирназаров Ж.Т.*

ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С АНОМАЛИЕЙ ЭБШТЕЙНА

АО "Республиканский специализированный центр хирургии имени академика В.Вахидова"

Цель - провести анализ результатов операции при аномалией Эбштейна у детей с врожденным пороком сердца.

Материал и методы. В исследование включены 23 пациента с аномалией Эбштейна, оперированные с 2012 по 2015 год в отделении врожденных пороков сердца АО "РЦСХ им. акад. В.Вахидова" (средний возраст $11,6 \pm 3,4$ лет, средний вес - $18,4 \pm 4,6$ кг). 8 (34,7%) пациентам выполнена радикальная коррекция порока, у 3 из них с протезированием трикуспидального клапана (ТК), у 5 - реконструкция ТК. В 15 (65,3%) случаях выполнена "полуторажелудочковая коррекция" порока: в 11 - реконструкция трикуспидального клапана с кавапульмональным анастомозом; в 4 - протезирование ТК с кавапульмональным анастомозом.

Результаты и их обсуждение. Показаниями к радикальной коррекции были: КДОПЖ - $49 \pm 8,2$ мл; фракция выброса ПЖ - $56 \pm 4,9\%$; фракция выброса ЛЖ - $58 \pm 3,6\%$. Показаниями к полутора-

желудочковой коррекции были: КТИ - $64 \pm 7,6\%$; сатурация кислорода - $84 \pm 11\%$; конечный диастолический объем ПЖ - $38 \pm 6,5$ мл; фракция выброса ПЖ - $48 \pm 5,4\%$; фракция выброса ЛЖ - $59 \pm 8,1\%$. У всех больных также обнаружено межпредсердное сообщение. У 10 (43,5%) больных выявлены другие сопутствующие пороки сердца; нарушение ритма сердца - у 2 (8,7%). Госпитальная летальность в группе с полуторажелудочковой коррекцией составила 8,7% (n=2). В обоих случаях причиной неблагоприятного исхода была острая сердечная недостаточность.

Выводы. КДОПЖ имеет первостепенное значение при выборе тактики хирургического лечения. Наличие или усиление цианоза является показанием к оперативному лечению. Тяжелая сопутствующая патология повышает риск осложненного течения и вероятность летального исхода после операции. Предпочтение следует отдавать радикальной коррекции.

*Абролов Х.К.,
Мирсаидов М.М.,
Акбархонов Б.Ж.,
Холмуратов А.А.,
Мирзаахмедов С.Д.*

РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЕ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ПРИ СЛОЖНЫХ ФОРМАХ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА

АО "Республиканский специализированный центр хирургии имени академика В.Вахидова"

В настоящее время в кардиологических и кардиохирургических центрах применяется много методов диагностики врождённых пороков сердца (ВПС). Каждый метод имеет преимущества и недостатки.

Цель исследования - изучить роль и значение лучевых методов исследования в диагностике врождённых пороков сердца и оценке результатов реконструктивных вмешательств.

Материал и методы. В отделении хирургии врождённых пороков сердца АО "РСЦХ им. акад. В.Вахидова" обследован и пролечен 41 больной в возрасте от 3 месяцев до 24 лет (сред 9,1 7,3 лет) со сложными врождёнными пороками сердца. 34 (82,9 %) прооперированы. Единый желудочек сердца со стенозом лёгочной артерии (ЛА) встречался в 22 (53,6%) случаях; без стеноза лёгочной артерии с развившейся лёгочной гипертензией IV степени (синдром Эйзенменгера) было 7 (17%) больных. Аномалия Эбштейна встречалась в 6 (14,6%) случаях. У 4 (9,7%) больных была тетрада Фалло. У одного из них - атрезия лёгочной артерии II типа; в одном случае - агенезия левой лёгочной артерии, у двух - гипоплазия ствола ЛА. В 2 (4,8 %) случаях диагностировано двойное отхождение магистральных сосудов от правого желудочка. Из всех обследованных в 10 (24,3%) случаях была возможна анатомическая коррекция, в том числе у 4 больных с аномалией Эбштейна. В одном случае выполнена полуторакжелудочковая коррекция; 1 больному - гемодинамическая коррекция. Всем больным проведены общеклинические исследования, электрокардиография (ЭКГ) и эхокардиография (ЭхоКГ).

В зависимости от особенности анатомии и физиологии кровообращения для определения тактики лечения использовали ангиокардиографию (АКГ) и мультислайсную спиральную компьютерную томографию (МСКТ). Рациональное использование различных методов диагностики позволило выбрать оптимальную тактику, объем предстоящих реконструктивных вмешательств и оценить их результаты.

Результаты и их обсуждение. Проводили количественную оценку отточного отдела правого желудочка (ПЖ), диаметров системы легочной артерии: фиброзного кольца лёгочной артерии (ЛА), ствола ЛА и её ветвей. Оценивались внутрисердечные особенности сложных врождённых пороков сердца.

Выводы. Наиболее информативным методом диагностики вариантной анатомии врожденных пороков сердца является мультислайсная компьютерная томография. Она позволяет заранее определить анатомические особенности при планировании объема реконструктивных вмешательств в зоне интереса и объективно оценить результаты в послеоперационном периоде.

В диагностике аномалии Эбштейна ведущая роль принадлежит эхокардиографии. Однако при выраженной атриализации ПЖ, особенно для оценки функциональной части возможности этого метода ограничены. В подобных случаях наиболее информативным диагностическим методом является мультислайсная компьютерная томография, позволяющая определить степень дистопии створок трикуспидального клапана.

*Абролов Х.К.,
Пирназаров Ж.Т.*

АНАТОМИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ДВОЙНОГО ОТХОЖДЕНИЯ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ ОТ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА

*АО "Республиканский специализированный центр хирургии
имени академика В.Вахидова"*

Двойное отхождение магистральных сосудов от правого желудочка - сложный врожденный порок сердца. Частота его встречаемости составляет 1% от всех врожденных пороков сердца. В зависимости от выраженности компонентов порока хирургическая тактика требует выполнения анатомической (внутрижелудочковое тоннелирование - операция Растелли) или гемодинамической коррекции в различных модификациях.

Цель - представить непосредственные результаты хирургической коррекции при двойном отхождении магистральных сосудов от правого желудочка сердца.

Материал и методы. В отделении хирургии врожденных пороков сердца АО "РСЦХ им. акад. В. Вахидова" с 2008 по 2015 год 23 больным произведена хирургическая коррекция по поводу вышеуказанного порока сердца. Возраст больных коле-

бался от 3 до 24 лет (в среднем, $12,7 \pm 6,3$ лет). Пациентов мужского пола было 15 (65,2%), женского - 8 (34,7%). Для диагностики порока использовали эхокардиографию и ангиокардиографическое исследование. В 6 (26,3%) случаях для уточнения анатомии порока выполнена мультислайсная компьютерная томография с контрастированием.

Результаты и их обсуждение. 19 (82,6%) больным произведено внутрижелудочковое тоннелирование с трансаннулярной пластикой выходного тракта правого желудочка сердца; 3 (13,3%) - операция Растелли. В 1 случае выполнена гемодинамическая коррекция - операция Гленна. Срок пребывания больных в реанимационном отделении не превышал 1,5 суток. Госпитальная летальность составила 8,7% (2 больных). В одном случае причиной летальности был реперфузионный отек, в другом - острое внутригрудное кровотечение. Все боль-

ные были выписаны на 7-10 сутки. У 19 выживших больных отмечен удовлетворительный послеоперационный результат.

Заключение. Несмотря на сложность порока анатомическая коррекция обеспечивает удовлетворительные непосредственные результаты.

*Алиев Ш.М.,
Аманов А.А.,
Мухтаров С.С.,
Пулатов Л.А.*

РЕОПЕРАЦИИ ПРИ ТРОМБОЗАХ МЕХАНИЧЕСКИХ КЛАПАНОВ СЕРДЦА

АО "Республиканский специализированный центр хирургии имени академика В.Вахидова"

Цель исследования - определить причины и выработать оптимальную тактику хирургического лечения больных с тромбозами механических клапанов сердца.

Материал и методы. В отделении сочетанной патологии сердца с 2008 года по настоящее время оперированы 15 пациентов с обструкцией механического протеза клапанов сердца. Среди пациентов было 9 (60%) мужчин и 6 (40%) женщин, возраст которых, в среднем, составил $42,2 \pm 14,2$ года.

По интраоперационным данным, тромбоз протеза имел место у 12 (80%) больных и у 3 (20%) - сочетание тромбоза и паннуса. В нашем исследовании данные по антикоагулянтной терапии после первичной операции были у 80% больных, более чем у половины (63,6%) из них уровень терапии был недостаточным. Обструкция митрального протеза отмечена у 10 (66,7%) больных, аортального - у 5 (33,3%). Средний срок от первичной операции до проявления обструкции составил 36 недель (от 6 месяцев до 8 лет). Большая часть пациентов (73,3%) реоперированы в течение 2 лет после первичной операции. Среди оперированных пациентов 4 (26,7%) находились в III ФК по NYHA, 11 (56,7%) - в IV ФК.

Результаты и их обсуждение. Доплерэхокардиографическое исследование показало повышение среднедиастолического градиента на протезах: на митральном протезе - $20,3 \pm 3,5$ мм.рт.ст. (максимально - 27), на аортальном - $59 \pm 2,6$ мм.рт.ст. (максимально - 67). Для уточнения диагноза 19 (63,3%) больным выполнена чреспищеводная эхокардиография. В зависимости от тяжести состояния и сро-

ков оперативного вмешательства больные были разделены на две группы. В I группу отнесены пациенты в крайне тяжелом состоянии (IV ФК по NYHA), при котором оперативное вмешательство было выполнено не позднее 2 суток после поступления по неотложным показаниям (n=8). Показаниями для экстренной операции послужили нарастание сердечной недостаточности, отек легких, тромбоэмболии или риск их возникновения. Во II группу включены больные, которым консервативным путем удалось улучшить состояние и выполнить операцию через 4 суток после поступления (n=7).

Во всех случаях выполнено репротезирование клапанов сердца в условиях искусственного кровообращения и фармакоологической кардиоopleгии.

В нашем исследовании послеоперационная летальность составила 6,7%. Летальных исходов в группе пациентов с III ФК не было. В I группе среди пациентов, оперированных по неотложным показаниям в первые 2 суток после госпитализации, летальность составила 12,5% (1 пациентка). Причиной смерти явилась прогрессирующая сердечная недостаточность. При этом следует принять во внимание исходно тяжелое состояние экстренно оперированных больных.

Выводы. Причиной тромбоза механических клапанов сердца является неадекватная антикоагулянтная терапия. Тромбоз протеза чаще развивается в течение 2 лет после первичной операции. При хирургическом лечении обструкции механических клапанов сердца, обусловленных тромбозом, паннусом или их сочетанием, предпочтительно репротезирование.

*Алиев Ш.М.,
Илхомов О.Э.,
Пулатов Л.А.,
Шарапов Н.У.*

ХРОНИЧЕСКАЯ ИШЕМИЧЕСКАЯ МИТРАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ - ВЫБОР ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

АО "Республиканский специализированный центр хирургии имени академика В.Вахидова"

Цель исследования - разработать оптимальную тактику хирургического лечения больных с хронической ишемической митральной недостаточностью.

Материал и методы. С 2012 года по настоящее

время нами обследованы и оперированы 15 больных с ишемической митральной недостаточностью. Большинство составили мужчины - 13 (86,7%). 11 больных (73,4%) были трудоспособного возраста

ста (41-59 лет) и 4 (26,7%) - пожилого возраста (60-70 лет). 5 (33,3%) больных отнесены к III функциональному классу, 10 (66,7%) - к IV. По данным ЭКГ, у 13 (86,7%) отмечен синусовый ритм, у 2 (13,3%) - мерцательная аритмия. По данным ЭхоКГ, недостаточность митрального клапана III-IV степени была у всех больных. Митральная недостаточность у 4 (26,7%) больных была обусловлена пролабированием задней митральной створки (ЗМС), пролабированием передней митральной створки (ПМС) - у 3 (20%). Пролапс обеих створок выявлен у 2 (13,34%) больных. У 6 (40%) пациентов регургитация была обусловлена пролапсом ПМС и дилатацией фиброзного кольца. У всех больных отмечалась дилатация полости ЛП - $5,3 \pm 0,8$ см. Размеры левого желудочка составили: КСР - $4,8 \pm 0,1$ см (объем $99 \pm 5,1$ мл), КДР - $7,0 \pm 0,1$ см (объем $236,8 \pm 6,2$ мл). Фракция выброса, в среднем, составила $54 \pm 1,3\%$ (от 43 до 62%). По данным коронарографии, у всех пациентов имело место поражение ПМЖВ разной степени. У 6 (40%) больных имелось поражение ПКА, у 7 (46,67%) - ОВ, у 6 (40%) - ВТК.

Результаты и их обсуждение. Во всех случаях выполнены симультанные операции в условиях искусственного кровообращения и кардиopleгии. Протезирование митрального клапана выполнено 3 (20%) больным с выраженным пролапсом обеих створок. В остальных 12 (80%) случаях выполнена пластика митрального клапана. При изолированном пролапсе задней митральной створки (33,3%) выполнена трапециевидная резекция уча-

стка пролапса с имплантацией опорного кольца. В остальных случаях (76,7%) выполнена имплантация искусственных хорд и опорного кольца. В нашем исследовании всем больным шунтирование коронарных артерий проводилось при сужении просвете на 60% и более (по данным коронарографии). Шунтированы от одной до пяти коронарных артерий, в среднем, 2,6. Предпочтение отдавалось аутоартериальным кондуитам - 42% от числа шунтированных коронарных артерий. Госпитальная летальность среди больных с одномоментной коррекцией ишемической митральной недостаточности составила 6,7% (1 больная). Пациентке было выполнено протезирование МК + аорто-коронарное шунтирование 3 коронарных артерий. Причиной смерти стала сердечно-сосудистая недостаточность. В группе больных с реконструкцией митрального клапана регургитация в послеоперационном периоде у 8 (66,7%) пациентов полностью отсутствовала, у 3 (25%) - до I степени и еще у 4 (33,3%) - I степени. Средний градиент давления на митральном клапане после пластики не превышал $3,1 \pm 0,2$ мм.рт.ст. По данным ЭхоКГ, в послеоперационном периоде независимо от метода коррекции митральной недостаточности отмечено достоверное снижение объемных показателей левого желудочка.

Выводы. Больным с хронической ишемической митральной недостаточностью (III-IV степени) целесообразно выполнять одномоментные сочетанные операции. При коррекции митральной недостаточности предпочтительны пластические операции.

Алиев Ш.М.,
Мухтаров С.С.,
Аманов А.А.,
Пулатов Л.А.,
Матанов Р.М.

ПРАВСТОРОННЯЯ ТОРАКОТОМИЯ КАК АЛЬТЕРНАТИВА РЕСТЕРНОТОМИИ ПРИ ПОВТОРНЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА СЕРДЦЕ

АО "Республиканский специализированный центр хирургии
имени академика В.Вахидова"

Цель исследования - оценить непосредственные результаты повторных вмешательств в хирургии сердца из правосторонней торакотомии.

Материал и методы исследования. С 2008 года по настоящее время в АО "РСЦХ им. акад. В.Вахидова" произведены 37 повторных операций больным с клапанными пороками сердца. Возраст больных колебался от 24 до 60 лет, средний возраст составил $45 \pm 1,5$ года. Причиной повторной операции послужили: тромбоз протеза - 17 (46%), дисфункция биопротеза - 10 (27%), присоединившийся порок - 7 (19%) и дисфункция клапана после ранее выполненной пластической операции - 3 (8%). У 12 (32,4%) пациентов доступ к сердцу выполнен из правосторонней торакотомии с предварительной канюляцией левой общей бедренной артерии. Причинами повторной операции у данной категории больных явились в 5 (13,5%) случаях тромбоз митрального протеза, дисфункция митрального кла-

пана после пластической операции - 3 (8%), дисфункция биологического протеза в митральной позиции - 2 (5,4%) и присоединившийся органический трикуспидальный порок - 2 (5,4%). Во всех случаях выполнены репротезирование или первичное протезирование клапанов сердца. Следует отметить, что протезирование трикуспидального клапана выполняли на работающем сердце в условиях параллельного искусственного кровообращения.

Результаты и их обсуждение. В группе больных, которым выполнена правосторонняя торакотомия летальных исходов не было. В основной группе летальность составила 4% (1 больной). Причиной смерти явилось повреждение стенки правого желудочка во время проведения рестернотомии с развитием массивного кровотечения. Интраоперационная кровопотеря в группе больных с правосторонней торакотомией составила $280 \pm 6,7$ мл, в основной - $520 \pm 3,4$ мл. В основной группе в раннем

послеоперационном периоде в 2 (8%) случаях респираторная недостаточность выполнена по поводу кровотечения. В группе больных с правосторонней торакотомией во всех случаях отмечено первичное заживление послеоперационной раны. В основной группе у 1 (4%) пациента послеоперационный период осложнился развитием медиастенита.

Выводы. Правосторонняя торакотомия с предварительной канюляцией левой общей бедренной артерии является безопасной и малотравматичной методикой при повторных вмешательствах на митральном и трикуспидальном клапанах сердца. Использование данной методики позволяет значительно снизить интраоперационную кровопотерю.

*Алиев Ш.М.,
Пулатов Л.А.,
Аманов А.А.,
Мухтаров С.С.,
Матанов Р.М.*

БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОТЕЗЫ HANCOCK-II - ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ

АО "Республиканский специализированный центр хирургии имени академика В.Вахидова"

Цель - представить первый опыт применения биологических протезов Hancock-II пациентам с дегенеративным аортальным пороком.

Материал и методы. В отделении сочетанной патологии сердца с 2014 года по настоящее время имплантированы в аортальную позицию 7 биологических протезов Hancock-II. Среди пациентов преобладали мужчины - 5 (71,4%). Средний возраст больных составил $63,5 \pm 4,2$ года (от 58 до 70 лет). Во всех случаях (100%) диагностирован кальцинированный аортальный стеноз. Градиент систолического давления на аортальном клапане, в среднем, составил $78 \pm 3,5$ мм.рт.ст. Все пациенты находились в III ФК по NYHA.

Результаты и их обсуждение. Операции проводили в условиях искусственного кровообращения и фармакоологической кардиopleгии. В 5 (71,4%) случаях выполнено изолированное протезирование аортального клапана. У 2 (28,6%) пациентов замена аортального клапана дополнена аорто-коронарным шунтированием. Декальцинизацию фиброзного кольца аортального клапана проводили по стандартной методике. В 3 (42,8%) случаях использована интра-

аннулярная методика имплантации протеза, в остальных 4 (57,2%) - супрааннулярная. Летальные исходы в послеоперационном периоде не отмечены. Нами отмечены следующие нелетальные осложнения: раннее послеоперационное кровотечение - 1 (14,3%), острое нарушение мозгового кровообращения - 1 (14,3%), нарушения ритма в виде пароксизмов мерцательной аритмии - 2 (28,6%). По данным ЭхоКГ, в послеоперационном периоде градиент систолического давления на аортальном клапане составил $6,5 \pm 2,4$ мм.рт.ст. Отдаленные результаты изучены, в среднем, через $7,2 \pm 0,5$ месяца (от 4 до 18 месяцев). Летальных исходов в отдаленном периоде не было. Ни в одном случае не отмечена дисфункция протеза (фистула, тромбоз, кальцификация). Градиент систолического давления на аортальном протезе остался без изменений. Во всех случаях отмечены уменьшение гипертрофии и снижение индекса массы миокарда левого желудочка.

Выводы. Первый опыт использования биологических протезов Hancock-II показал хорошие гемодинамические показатели в раннем и ближайшем отдаленном послеоперационном периодах.

*Алиев Ш.М.,
Шарапов Н.У.,
Пулатов Л.А.,
Ибрагимова Д.М.*

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДИК ПЛАСТИКИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

АО "Республиканский специализированный центр хирургии имени академика В.Вахидова"

Цель исследования - сравнить результаты резекционных и безрезекционных методик пластики митрального клапана при пролапсе задней створки.

Материал и методы. С 2012 года по настоящее время в АО "РСЦХ им. академика В.Вахидова" выполнены 45 операций при пролапсе задней митральной створки. Средний возраст больных составил $42 \pm 3,4$ года (от 18 до 63 лет). Этиологической причиной пролапса во всех случаях явилась миксоматозная дегенерация. Во всех случаях отмечена

регургитация на митральном клапане III-IV степени. По данным ЭхоКГ, имелась дилатация полости левого желудочка: иКДО - $152 \pm 4,3$ мл, ФВ - $61,2 \pm 0,7\%$. В зависимости от методики выполнения пластической операции больные были разделены на 2 группы: I группа - 12 (26,7%) пациентов, которым выполнено создание нео хорд задней митральной створки (техника "doubleloop") и II группа - 33 (73,3%) пациента, которым выполнена резекция участка пролапса. При выполнении

обеих методик производилась имплантация опорного кольца Карпантье.

Результаты и их обсуждение. Создание неохорд выполняли при пролапсе более одной зоны задней митральной створки, а также при ассиметричном пролапсе зон P1 или P3. Резекционную методику вальвулопластики использовали только при пролапсе зоны P2. Летальных исходов в обеих группах не было. После операции в I группе регургитация на митральном клапане I степени отмечена в 2 (4,4%) случаях, в остальных отсутствовала. Средний градиент на митральном клапане составил $4,1 \pm 0,9$ мм.рт.ст. Во II группе - регургитация I степени отмечена у 14 (31,1%) пациентов, в остальных случаях она отсутствовала. Средний градиент на митральном клапане составил $6,5 \pm 0,7$ мм рт.ст. Время пережатия аорты в I группе составило $83 \pm 0,9$ мин, во II - $42 \pm 0,6$ мин. В обеих группах в послеоперационном периоде отмечено достоверное снижение объемных и линейных показателей левого желудочка и КДО - $127 \pm 3,6$ мл, ФВ - $57,4 \pm 0,9\%$ ($p < 0,05$).

Отдаленные результаты изучены через $18,5 \pm 1,8$ месяца (от 9 до 30 месяцев). Летальные исходы в обеих группах не отмечены. Во II группе 1 (3%) пациент реоперирован через 12 месяцев после первичной операции. Причиной явился эндокардит. В I группе у одной (8,3%) пациентки регургитация на митральном клапане стала II степени, хотя клинически никак не проявлялась. По данным трансторакальной ЭхоКГ, в обеих группах сохранялась положительная динамика (уменьшение объема и увеличение фракции выброса левого желудочка).

Выводы. Результаты резекционных и безрезекционных методик вальвулопластики митрального клапана дают хорошие непосредственные результаты. При ассиметричных и больших (более 1 зоны задней створки) пролапсах митрального клапана целесообразны безрезекционные методики вальвулопластики (создание неохорд "doubleloop"). При изолированном пролапсе центральной части задней створки (зона P2) возможны резекционные методики вальвулопластики.

Аълоханов Л.Б.,
Низамходжаев Ш.З.

ТКАНЕВАЯ ОКСИМЕТРИЯ КАК СПОСОБ МОНИТОРИНГА СЛОЖНОСОСТАВНЫХ ЛОСКУТОВ В ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

АО "Республиканский специализированный центр хирургии
имени академика В.Вахидова"

Введение. В пластической хирургии для устранения дефектов тканей широко используют перемещение лоскутов на сосудистой ножке. В восстановительной хирургии выживаемость микрохирургических пересаженных или перемещенных лоскутов на сосудистой ножке, по данным разных авторов, составляет 92-98%, причём, наибольшее количество нарушений кровотока трансплантатов описано в течение первых 3 суток после операции.

Тканевая оксиметрия - чувствительный метод оценки перфузии тканей, в том числе и лоскутов, используемых в реконструктивной хирургии. Эта методика позволяет выявить нарушение кровообращения, может применяться в качестве неинвазивного способа мониторинга пересадки или перемещения сложносоставных лоскутов в пластической хирургии.

Цель исследования - разработать в эксперименте оптимальную схему неинвазивного мониторинга за префабрикованными (кожно-фасциально-костными) лоскутами на сосудистой ножке с использованием инфракрасной спектроскопии.

Материал и методы. Исследование включало 2 серии опытов на 20 половозрелых кроликах массой 2,5-3,0 кг. I серия (n=10) - поднятие аксиального пахово-эпигастрального лоскута (АПЭЛ) с имплантацией фрагмента аутокости из ребра в подфасциальное пространство лоскута (без дистанционного ишемического прекондиционирования).

В серии II (n=10) перед операцией осуществ-

ляли дистанционное ишемическое прекондиционирование (ДИП) 10-минутным пережатием бедренной артерии. Забор участка префабрикованного лоскута (кожа-фасция-кость) выполняли через 3, 7, 14, 21, 28 и 36 суток после первого вмешательства.

До и после поднятия лоскута и в дни забора материала в обеих сериях проводили тканевую инфракрасную оксиметрию лоскута прибором инфракрасной спектроскопии (аппарат OxyPrem). Регионарную оксиметрию использовали для прогноза жизнеспособности префабрикованного кожно-фасциально-костного лоскута, определения эффекта ДИП в данной серии экспериментов.

OxyPrem - медицинский прибор для неинвазивного измерения локальной тканевой концентрации окси- и деоксигемоглобина (O_2Hb) (ННб) и тканевой оксигенации (rSO_2).

Результаты и их обсуждение. Без применения дистанционного ишемического прекондиционирования (ДИП) исходный уровень rSO_2 варьировал в диапазоне 65-90%. В послеоперационном периоде изменения локального насыщения кислородом тканей в пределах префабрикованного лоскута имели тенденцию уменьшения по отношению к дооперационным показателям. Разница показателей локального насыщения кислородом в префабрикованном лоскуте сразу после обратного вшивания по сравнению с интактной тканью составила 10-30%. В контрольных сроках - 3, 7, 14, 21 сутки -

эта разница уменьшилась до 3-8%, на 28 сутки - до 0-5%. Минимальные различия показателей rSO_2 в префабрикованном лоскуте по сравнению с интактной зоной в эти сроки говорит об адекватной ревазуляризации сложно-составного лоскута через 28 суток, и возможности повторного поднятия лоскута и его перемещению в зону реконструкции в качестве пластического материала.

При использовании дистанционного ишемического преокондиционирования тканевая оксигенация в лоскуте после операции по сравнению с интактной зоной отличалась на 8-25%. В контрольные сро-

ки эта разница в динамике уменьшалась как в серии I. Наибольшее восстановление тканевой оксигенации наблюдалось с 21 суток (1-5%).

В эксперименте тканевая оксиметрия для оценки состояния префабрикованных лоскутов нами использована впервые. В литературе нет сведений об аналогичных экспериментальных моделированиях. Результаты экспериментальных исследований показали, что тканевая оксиметрия является перспективным неинвазивным методом мониторинга префабрикованных (предварительно подготовленных) кожно-фасциально-костных лоскутов.

*Baibekov I.M.,
Karakozov P.E.,
Ibadov B.K.,
Mardonov J.N.,
Wann S.L.

VISUALIZATION OF VASCULAR BED OF HUMAN NORMAL HEART

*"Republican Specialized Center of Surgery named after academician V.Vakhidov" JSC
Wisconsin Heart Hospital

The microrelief of inner surface of normal human heart coronary vessels has been studied. The methods of scanning electron microscopy, light microscopy of stained histological and half-thin sections were used. The microvessels basins of both coronary arteries of man's normal heart with the zones of blood supplying of atria, ventricles, atrial and ventricular septa have been also studied. The method of scanning electron microscopy of corrosion preparations was used.

Our research showed that heart coronary arteries and veins microrelief was represented by folds of various size and shape, located mainly along the long axis of the vessels. The microrelief components are formed by endothelial layer of intima and its connective tissue elements. The connective tissue constructions and muscle fibers of media take partial part in microrelief formation. At the same time folds of three types are found: type I are formed by curves of connective tissue constructions of intima and media; type II are formed by endothelial and subendothelial layers; type III folds are formed by the nuclei of endotheliocytes. The microrelief nature considerably changes according to the vessels caliber and their type, while its spatial orientation remains unchanged. The differences of endothelial layers and type endotheliocytes, and to the greater extent the nature of underlying structures determine the differences in the microrelief of heart coronary arteries and veins. Plenty of chiomicrons of various sizes and at different integration level can be defined on the endothelial surface, in the intercellular fissures and deeper located parts of vessels. It reflects

intensive myocardial metabolism.

Spatial orientation and microrelief features determine local hemodynamics in these parts, which in turn, determines the corresponding morphological structure.

It was found that microcirculatory bed significantly differs in various parts of heart. First of all it concerns the quantity of microvessels in a unit of volume, the quantity of anastomoses among them, the nature and spatial orientation of network formed by them. The caliber of microvessels is less variable, though microvessels of various calibers can be found in same zone. Walls of heart ventricles are the most rich in microvessel networks having large and small loops, oriented along their long axis and having multiple anastomoses. The networks of thick vessels are more abundant in the sinus parts of ventricles. The microcirculatory bed is poorer with the less quantity of anastomoses in the outflow tracts. In the left atrium microcirculatory bed is more definite than in the right one. Orientation of the microvascular nets in the free walls of atrium corresponds to the long axis of atria. A lot of blindly ended microvessels can be found in the atrial auricles. Ventricular and atrial septa are characterized by nets having small loops without distinct orientation, with moderate quantity of anastomoses and microvessels blindly ended.

Every part of man's myocardium is distinguished with peculiar, specific microcirculatory bed connected in a more or less degree with the rest parts of heart. The spatial orientation of microcirculatory bed depends on functional peculiarities of a particular part of heart.

*Бахритдинов Ф.Ш.,
Суюмов А.С.,
Шарапов Н.У.*

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ПОРАЖЕНИЯХ РАЗЛИЧНЫХ АРТЕРИАЛЬНЫХ БАССЕЙНОВ У БОЛЬНЫХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ АОРТОАРТЕРИТОМ

*АО "Республиканский специализированный центр хирургии
имени академика В.Вахидова"*

Неспецифический аортоартериит (НАА) является редким хроническим гранулематозным панартериитом неизвестной этиологии, поражающим аорту и ее крупные ветви.

В литературе нет четких показаний к оперативным вмешательствам при сочетанном поражении артериальных бассейнов при НАА.

Материал и методы. По данным архивного материала нами изучены результаты обследования и лечения 49 больных артериитом Такаюсу с различными по объему и распространенности сочетанными поражениями брахиоцефальных артерий, торакоабдоминальной (средней) аорты и ее ветвей, инфраренальной аорты и артерий нижних конечностей. Поражение брахиоцефальных артерий + торакоабдоминальная аорта наблюдалось у 29 (59,2%) пациентов; брахиоцефальные артерии + терминальная аорта - у 5 (10,2%); торакоабдоминальная аорта + терминальная аорта - у 8 (16,3%); панаортоартериит - у 7 (14,3%). В общей сложности патология брахиоцефальных артерий выявлена у 41 (83,7%), средней аорты - у 44 (89,8%), терминальной аорты и артерий нижних конечностей - у 20 (40,8%) больных. Из 44 больных с поражением средней аорты у 38 (86,4%) стеноз ее сопровождался вовлечением в процесс висцеральных и почечных артерий. Окклюзия почечной артерии выявлена у 5 (13,1%) больных, у 4 из них диагностирована вторично сморщенная почка. Одновременное поражение висцеральных и почечных артерий диагностировано у 12 пациентов, только висцеральных артерий - у 2. Поражения брахиоцефальных артерий соответствовали I степени сосудисто-мозговой недостаточности (СМН) у 13 (31,7%), II - у 19 (46,4%), III - у 6 (14,6%) и IV - у 3 больных (7,3%) (по классификации А.В. Покровского, 1979). Артериальная гипертензия наблюдалась у 34 больных (69,4%). У 28 из них (82,4%) причиной ее явилось поражение почечных артерий; у 6 (17,6%) - стеноз супраренального сегмента аорты. Синдром хронической абдоминальной ишемии наблюдался у 7 пациентов (15,9%). В остальных 37 наблюдениях (84,1%) поражение висцеральных артерий протекало асимптомно. Недостаточность аортального клапана установлена у 7 (14,3%) больных.

Сочетанное поражение брахиоцефальных артерий и средней аорты было диагностировано у 29 больных, из них 6 (20,7%) не оперированы. 23 больным выполнены 30 операции, включая рентгеноэндоваскулярную дилатацию (РЭД) аорты и почечных артерий. Операции на брахиоцефальных артериях: бифуркационное аорто-сонное шунтирование - 2; безмянно-сонное перекрестное шунтирование - 3; подключично-сонное перекрестное шунтирование - 1; подключично-сонно-подключичное шунтирование - 1; сонно-сонное перекрестное шунтирование - 2; протезирование общей сонной артерии - 1; подключично-сонное шунтирование - 2; подключично-наружно-сонное протезирование - 1; ревизия подключичной и сонной артерий - 2. Операции на средней аорте и почеч-

ных артериях: аорто-почечное протезирование - 7, имплантация почечной артерии в аорту - 2, РЭД почечных артерий - 1, РЭД аорты и почечных артерий 2, протезирование обеих почечных артерий - 1, нефрэктомия - 2.

Из 5 больных с сочетанным поражением брахиоцефальных артерий, терминальной аорты и артерий нижних конечностей оперированы 3. Им выполнены 5 операций. Одному больному поэтапно произведены 3 операции. Выполнены следующие операции: бифуркационное аорто-бедренное шунтирование + имплантация внутренней подвздошной артерии в протез (1), имплантация подключичной артерии в сонную (1), протезирование позвоночной артерии (1), РЭД подвздошных артерий (1), поясничная симпатэктомия (1).

Поражение средней аорты и ее ветвей в сочетании с поражением аорто-бедренного сегмента выявлено у 8 больных. 7 пациентам выполнены 8 операций: аорто-почечное протезирование + бифуркационное аорто-бедренное шунтирование (2), имплантация почечной артерии в аорту + ТЭА из подвздошной артерии с профундопластикой (1), интраоперационная дилатация подвздошной и бедренной артерии + нефрэктомия слева (1), аорто-почечное протезирование справа (1), поперечное бедренно-бедренное шунтирование (1), эндартерэктомия и протезирование подвздошных артерий + поясничная симпатэктомия (1), поясничная симпатэктомия (1).

Панаортоартериит диагностирован у 7 больных. Эти больным выполнены 8 операций: протезирование восходящей аорты (1), торако-абдоминальное шунтирование (1), сонно-сонное шунтирование (1), РЭД брюшной аорты, подвздошных артерий 1, РЭД торакоабдоминальной аорты, подвздошных артерий (I этап) (1), подключично-сонное шунтирование (II этап) (1), аневризморафия брюшной аорты + нефрэктомия (1), резекция тонкой кишки (1).

При множественных поражениях аорты и магистральных артерий купирование активного воспалительного процесса позволяло стабилизировать состояние пациента и провести в последующем хирургическое вмешательство в наиболее ишемизированном бассейне.

При выборе вида операции необходимо отдавать предпочтение реконструктивным операциям в наиболее ишемизированных зонах. Наш опыт показал, что больным НАА целесообразно выполнять в качестве предварительного вмешательства рентгеноэндоваскулярную дилатацию аорты и артерий. Это позволяет значительно уменьшить объем и травматичность операций.

Результаты и их обсуждение. В ближайшем послеоперационном периоде различные виды осложнений возникли у 11 (27,5%) больных. У 2 из них развилась острая пневмония, у 2 - поверхностное инфицирование раны бедра. Эти осложнения были излечены консервативными методами, больных выписали в удовлетворительном состоянии.

У 1 больной, со стенозом единственной прохо-

димой сонной артерии и окклюзией остальных брахиоцефальных артерий после бифуркационного аорто-сонного шунтирования в первые часы после операции наблюдалась клиника отека головного мозга, который удалось купировать только после нормализации артериального давления. Причиной осложнения явился большой поток крови во внутримозговые сосуды, утратившие способность воспринимать и адекватно компенсировать резко возросшее артериальное давление. Тромбоз одной бранши привел к стабилизации внутримозговой гемодинамики, ликвидации отека мозга и выживанию больной. Этот случай еще раз подтверждает важность поэтапной реваскуляризации в бассейне сонных артерий при их двустороннем поражении.

В 2 (5%) случаях послеоперационные осложнения потребовали экстренного хирургического вмешательства. В первом - после бифуркационного аорто-бедренного шунтирования на 6 сутки возникла острая спаечная кишечная непроходимость (ранее больной перенес 2 операции в брюшной полости). Произведена релапаротомия с восстановлением функции кишечника. Во втором - после поэтапного бифуркационного подключично-сонно-подключичного шунтирования и аорто-почечного протезирования на 7 сутки развилась медикаментозно неуправляемая гипертензия. С помощью радионуклидной ангиографии установлен тромбоз аорто-почечного протеза, выполнена нефрэктомия, приведшая к нормализации АД.

У 4 (10,0%) больных осложнения операционного и послеоперационного периода привели к летальному исходу. Трое из них были оперированы по поводу осложненных аневризм аорты, одна больная - по поводу стеноза торакоабдоминальной аорты. У всех этих больных имелось сочетанное поражение брахиоцефальных артерий. Двое больных погибли во время операции. У одной больной причиной смерти была острая коронарная не-

достаточность, возникшая во время протезирования нисходящей аорты, у второй - острый фибринолиз вследствие кровопотери после резекции аневризмы и протезирования дуги и нисходящей аорты. Еще у 2 больных летальный исход наступил после операции: в первом случае после аневризморафии торакоабдоминального сегмента аорты наступила острая недостаточность единственной почки; во втором - легочно-сердечная недостаточность после резекции аневризмы и протезирования восходящей аорты.

С учетом результатов повторных операций в ближайшем послеоперационном периоде хорошие результаты получены у 27 (67,5%), удовлетворительные - у 8 (20%) больных. У 1 (2,5%) больной операция привела к усугублению нарушения мозгового кровообращения, результат операции был неудовлетворительным. Умерли после операции 4 (10%) больных.

Закключение. У больных с сочетанными поражениями показанием к хирургическому вмешательству являются ишемические расстройства головного мозга, внутренних органов и конечностей. Многообразие клинических проявлений и декомпенсация кровообращения в различных артериальных бассейнах является основной причиной сложности выбора зоны первичного вмешательства и очередности реконструкции артерий. Наш опыт показал, что выбор тактики операции должен решаться индивидуально. Основным принципом при выборе хирургической тактики считаем этапность коррекции нарушений артериального кровотока. При этом первым этапом следует выполнять операции в зоне с наиболее выраженной ишемией, где имеется непосредственная угроза гибели соответствующего органа. В то же время считаем такую тактику обоснованной только при необходимости коррекции отдаленных друг от друга сосудистых бассейнов.

*Бахритдинов Ф.Ш.,
Суюмов А.С.,
Шарапов Н.У.,
Нурмухамедов М.-Г.Р.*

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОРАЖЕНИЕМ ВЕТВЕЙ ДУГИ АОРТЫ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ АОРТОАРТЕРИИТЕ

*АО "Республиканский специализированный центр хирургии
имени академика В.Вахидова"*

Цель - улучшение результаты лечения пациентов с поражением ветвей дуги аорты при неспецифическом аортоартериите (НАА).

Материал и методы. Проанализированы результаты консервативного и хирургического лечения 220 больных НАА с поражением брахиоцефальных артерий. В этой группе преобладали женщины молодого возраста. В диагностике поражений артериальной системы у пациентов с неспецифическим аортоартериитом наряду с общеклиническими, неврологическими, лабораторными методами (СРБ, СОЭ) обследования, применяли инструмен-

тальные методы (дуплексное сканирование (ДС), рентгеноконтрастная ангиография (РА), МР-, МСКТ-ангиография).

Для больных в острой и подострой стадии НАА применение глюкокортикостероидов в малых дозах не эффективно. В острой и подострой стадиях НАА для купирования воспалительного процесса применяли противовоспалительную пульс-терапию. Схема включает введение в первые сутки 1000 мг циклофосфана и 1000 мг 6-метилпреднизолон (солю-медрол) внутривенно. На 2 и 3 сутки вводили по 1000 мг 6-метилпреднизолон внутривенно.

У всех пациентов после курса пульс-терапии снижалось СОЭ и СРБ. В качестве длительной поддерживающей терапии назначали метатрексат. Оперативное лечение выполняли через 3-4 месяца после стабилизации лабораторных показателей воспаления; выполняли различные виды протезирующих и шунтирующих операций на ветвях дуги аорты.

Выводы. В диагностике НАА следует использовать комбинацию ДС с МСКТ-ангиографией, МР-ангиографией или РА.

Пациентам с подтвержденным диагнозом НАА необходим клиничко-лабораторный контроль за активностью воспалительного процесса (СОЭ, СРБ).

Пульс-терапия метилпреднизолоном и циклофосфаном является эффективным методом подавления активности воспаления и может применяться в предоперационном и отдаленном периоде после оперативного лечения. В качестве поддерживающей

терапии целесообразно назначать метатрексат.

Пациентам с НАА оперативное вмешательство на брахиоцефальных артериях показано при наличии стенозов (70% и более) или окклюзий брахиоцефального ствола, общих сонных артерий. Предпочтение следует отдавать шунтирующим или протезирующим операциям.

Синдром позвоночно-подключичного обкрадывания и ишемия верхних конечностей в стадии субкомпенсации и декомпенсации являются показанием к операции при окклюзии подключичных артерий в проксимальном сегменте.

При неспецифическом аортоартериите предпочтение следует отдавать экстраоракальным шунтирующим операциям. В случае невозможности целесообразны трансторакальные вмешательства.

Оперативное вмешательство рекомендовано выполнять в хронической стадии заболевания.

*Бахритдинов Ф.Ш.,
Суюмов А.С.,
Шарапов Н.У.,
Нурмухамедов М.-Г.Р.*

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИЗОЛИРОВАННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ АРТЕРИТЕ ТАКАЯСУ

АО "Республиканский специализированный центр хирургии имени академика В.Вахидова"

Артериит Такаясус (АТ) (неспецифический аортоартериит) является редким, хроническим гранулематозным панартериитом неизвестной этиологии, поражающим аорту и ее крупные ветви. Заболевание, как правило, встречается в возрасте младше 40 лет. В патологический процесс могут вовлекаться аорта, её ветви, коронарные артерии и легочная артерия. Наиболее часто поражаются общие сонные и подключичные артерии. В литературе нет четких показаний к оперативным вмешательствам при неспецифическом аортоартериите (НАА) брахиоцефальной локализации. Выбор метода оперативного вмешательства зависит от количества пораженных артерий, степени выраженности стенозов и клинической картины заболевания.

Материал и методы исследования. По материалам архива мы изучили результаты лечения 57 больных НАА с изолированным поражением ветвей дуги аорты в АО "РСЦХ имени академика В.Вахидова" в возрасте от 10 до 53 лет. Большинство больных были в возрасте от 21 до 40 лет. Активный процесс воспаления выявлен у 42 (73,7%) больных. У 15 пациентов болезнь была в хронической стадии. У 45 (78,9%) больных жалобы были связаны с ишемическим расстройством головного мозга. 8 (14,0%) из них обратились с жалобами связанными с ишемией рук. У 4 (7,1%) пациентов поводом для обращения были случайно выявленные отсутствие пульса или асимметрия артериального давления на руках. Показаниями к операции при поражении брахиоцефальных артерий у больных с НАА являются: окклюзия сонной артерии, ишемия головного мозга 2-3 сте-

пени, синдром позвоночно-подключичного обкрадывания, ишемия покоя верхней конечности.

Из 57 операции не были выполнены 28 (49,1%) больным. Этим пациентам проведена консервативная терапия с удовлетворительным эффектом.

Хирургическое лечение при поражении брахиоцефальных артерий выполнено 29 (50,9%) больным. Всего выполнено 32 операции. Интраторакальные операции: бифуркационное аорто-сонное шунтирование - 3; бифуркационное аорто-подключично-сонное протезирование - 1; аорто-сонное шунтирование - 2. Экстраоракальные операции: бифуркационное безымянно-сонное протезирование - 1; безымянно-сонное шунтирование - 1; подключично-сонное аутовенозное перекрестное шунтирование - 4; подключично-сонное аутовенозное шунтирование - 3; протезирование сонной артерии - 1; шунтирование сонной артерии - 2; РЭД сонной артерии - 1; реплантация подключичной артерии в сонную - 3; сонно-подключичное шунтирование - 2; подключично-плечевое шунтирование - 4; эндартерэктомия из подключичной артерии - 1; ревизия подключичной артерии - 3.

При симптомах ишемии головного мозга и верхних конечностей первым этапом выполняли реваскуляризацию головного мозга. Основной принцип оперативных вмешательств на ветвях дуги аорты при НАА - выполнение шунтирующих или протезирующих операций. Эндартерэктомия как метод восстановления кровотока была использована только в 1 случае.

19 операций выполнены с целью реваскуляризации мозга. Это объясняется тем, что, несмотря на

более высокую частоту поражения подключичных артерий, хорошую компенсацию кровообращения в бассейнах пораженных артерий при НАА рецидивирующий характер заболевания приводил к более частому развитию мозговых осложнений.

Реконструктивные операции в аорто-сонном сегменте выполнены 6 пациентам. Во всех случаях использовали трансстернальный доступ для обнажения восходящей части и дуги аорты. Бифуркационное аорто-сонное шунтирование выполнено 3 больным с комбинированным поражением плечевого ствола, подключичных и сонных артерий. В 1 случае при окклюзии плечевого ствола и правой сонной артерии выполнено аорто-сонно-подключичное протезирование. 2 больным с двусторонним поражением сонных артерий реконструкция выполнена только с одной стороны в связи с отсутствием периферического русла контралатеральной сонной артерии.

Неудовлетворенность результатами интраторакальных операций обусловила предпочтение экстраторакального шунтирования. Особенности поражения общих сонных и подключичных артерий явились важным условием для выполнения 23 экстраторакальных операций. В 3 случаях в связи с отсутствием условий реконструкции операция завершена ревизией подключичной артерии.

На брахиоцефальных артериях выполнены 15 различных операций. Это объясняется большим разнообразием комбинированных поражений при НАА и стремлением выполнять экстраторакальные реконструкции.

Результаты и их обсуждение. На ветвях дуги аорты выполнены 32 операции 29 пациентам. Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде наблюдались у 6 (20,7%) пациентов с активным воспалительным процессом.

У 1 (3,4%) больной наблюдалась дыхательная недостаточность вследствие пневмонии, которая излечена консервативно. В 2 (6,9%) случаях осложнения развились со стороны послеоперационной раны: лимфорей, остановленная лимфогенезом лимфатического протока, и нагноение раны, излеченное консервативно. У 3 (10,3%) больных смертельные осложнения наступили вследствие нарушения кровообращения в бассейне реконструированной артерии. У 1 больной с артериальной гипертензией развился геморрагический инсульт после бифуркационного аорто-сонно-подключичного шунтирования. У 2 пациентов острое нарушение мозгового кровообращения носило ишемический характер. У этих больных имелось комбинированное поражение всех брахиоцефальных артерий.

В ближайшем послеоперационном периоде летальность составила 10,3%. У 3 (10,3%) больных результат следует признать неудовлетворительным т.к. операция была завершена ревизией артерий. Хорошим результат операции признан у 23 (79,4%) больных.

Отдаленные результаты прослежены от 6 месяцев до 13 лет у 26 больных после операций на брахиоцефальных артериях. 15 из них операции

выполнены в бассейне сонных, 11 - подключичных артерий. 3 из них была выполнена ревизия подключичных артерий.

Кумулятивное число проходимых шунтов концу 1 года составило 95,7%, ко 2 - 85,9%, к 3 - 72,1%. Начиная с 4 года до 12 лет этот показатель не менялся. Через 6 лет у 9 больных после реконструкции подключичных артерий кумулятивная проходимость шунтов составила 71,5%; у 15 больных после реконструкции в каротидном бассейне - 65,1%. Основной причиной неудовлетворительных результатов операций на сонных артериях были осложнения после трансторакальных реконструкций. Однако кумулятивное число хороших результатов с учетом повторных реконструкций за этот же период составило 88,9 и 75,2%, соответственно. Этот результат был достигнут только после повторной реваскуляризации в каротидном бассейне с помощью экстраторакальных операций. За весь период наблюдения у 6 больных прекратилась функция трансплантата: у 4 больных наступил тромбоз; у 2 трансплантат был удален из-за инфицирования. Следует отметить, что эти больные были оперированы на фоне активного воспалительного процесса. Повторные операции выполнены у 4 из 6 больных. При тромбозе бранши протеза в одном случае выполнено подключично-сонное шунтирование с восстановлением кровотока по внутренней сонной артерии, во втором - тромбэктомия из бранши протеза с реконструкцией дистального анастомоза. В этом случае послеоперационный период осложнился тромбозом анастомоза, острое нарушение мозгового кровообращения стало причиной летального исхода.

Повторные вмешательства при инфекции протеза носили иной характер. Сложность заключалась в необходимости одновременного удаления инфицированного протеза и восстановления кровотока в артерии. В 1 случае аорто-сонный шунт был удален в экстраторакальной части, кровообращение было восстановлено через стенозированную сонную артерию путем наложения бокового шва; источник аррозивного кровотечения был ликвидирован. В последующие годы больная получала консервативную терапию. Во втором случае инфекция и аррозивное кровотечение наблюдали у больной через 12 лет после протезирования сонной артерии. В этом случае произведена реконструктивная операция: после удаления протеза выполнено перекрестное сонно-сонное шунтирование с удовлетворительным результатом.

В 2 случаях после тромбоза сонно-сонного и подключично-подмышечного шунтирования в связи с компенсацией кровообращения повторное вмешательство не производилось.

В целом из 29 больных, которым выполнены операции на брахиоцефальных артериях с учетом повторных реконструктивных операций и рецидивов после паллиативных вмешательств, кумулятивное число хороших результатов в период наблюдения к концу первого года составило 92%, к четвертому

году и до конца срока наблюдения (12 лет) - 77%.

Выводы. Несоответствие степени ишемии, распространенности и локализации поражений стертости неврологических проявлений, указывает на большие компенсаторные возможности мозгового кровообращения при этом заболевании.

Особенности поражения брахиоцефальных артерий, характерных для НАА: высокая частота поражения подключичных артерий, в основном во 2-3 сегментах; крайняя редкость поражения брахио-

цефального ствола, стенозирующий характер поражения сонных артерий с преимущественной локализацией в общей сонной артерии без вовлечения в процесс её бифуркации.

Опыт хирургического лечения больных доказал высокую эффективность реконструктивных операций у большинства оперированных больных. Изучение ближайших и отдаленных результатов подтвердило значительное преимущество экстра-торакальных операций перед трансторакальными.

Боброва А.О.

ВНЕСИСТЕМНОЕ ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ, ОБУСЛОВЛЕННОЕ РЕФЛЮКСОМ КРОВИ ИЗ ВЕН ТАЗА

ГУ "Национальный институт хирургии и трансплантологии имени А.А.Шалимова" НАМН Украины

Одним из основных принципов лечения варикозной болезни является устранение патологического венозного рефлюкса в точках его формирования. В типичных случаях рефлюкс в подкожной венозной системе формируется в области сафенофemorального и сафенопопliteального соустья. Вместе с тем существуют ситуации, когда венозный рефлюкс распространяется из сегментов, расположенных проксимальнее паховой связки, что обуславливает трудности в его определении и устранении. Выявление этих пациентов очень важно, поскольку игнорирование нетипичного рефлюкса крови способствует развитию рецидива заболевания.

Цель исследования - определить альтернативные источники патологического венозного рефлюкса, формирующегося выше уровня сафенофemorального соустья.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов исследования кровотока по овариальным и внутренним подвздошным венам у 35 женщин с варикозно измененными венами задне-медиальных поверхностей бедер и ягодичных областей. В анамнезе у 23 (65,71%) из них были одни роды, у 7 (20%) - двое, у 5 (14,29%) - трое. Средний возраст пациенток составил $23,7 \pm 7,6$ года (от 18 до 37 лет). Цветовое дуплексное сканирование выполняли на аппарате "EnVisor" фирмы Philips (Голландия).

Результаты и их обсуждение. Наличие варикозно расширенных вен больших половых губ, передней брюшной стенки, вагинального варикоza во время беременности у 29 (82,86%) больных, прогрессирование симптомов тазового венозного застоя (болевого синдром, дисменорея) у 17 (48,57%), а также наличие нетипичного расширения подкожных вен по задне-медиальной поверхности бедра и в области ягодички позволило предположить, что основной причиной развития заболевания являлся тазовый венозный рефлюкс. Ультразвуковыми признаками тазовой венозной недостаточности были извитые тазовые вены (аркуатные вены миометрия), диаметр

которых превышал 4 мм, расширение овариальных вен более 8 мм, обратный ток крови. По данным ультразвукового исследования, у 27 (77,14%) больных регистрировали варикозно измененные вены на задне-медиальной поверхности бедра. Левостороннее поражение было зарегистрировано в 62,96% случаев (17 больных). Анализ анамнеза заболевания позволил установить, что во время беременности варикозное расширение вен больших половых губ и вульвы отмечалось у 22 (81,48%), при этом проявилось во время первой беременности у 6 (27,27%), во время второй - у 13 (59,09%), во время третьей - у 3 (13,64%). Рефлюкс крови по левой овариальной вене был зарегистрирован в 15 (55,56%) случаях, по правой - в 3 (11,11%), сочетанное поражение - в 4 (14,81%). Расширение подкожных вен задне-медиальной поверхности бедра и ягодичной области имело место у 4 (11,43%) пациенток, только области ягодички - у 2 (5,71%). Варикозное расширение подкожных вен надлобковой области, больших половых губ и промежности во время беременности отмечали 5 (83,33%). Рефлюкс крови по овариальной вене на стороне поражения был выявлен у 1 (16,67%) больной, по внутренней подвздошной - у 1 (16,67%), сочетанное поражение - у 3 (50%). Изолированное расширение вен передней брюшной стенки во время беременности имело место у 2 (5,71%) пациенток. После родов у обеих регистрировали рефлюкс крови по внутренней подвздошной и подкожным венам от области ягодички. Таким образом, рефлюкс крови по тазовым венам сочетался с нетипичным варикозным расширением подкожных вен конечностей в 29 (82,86%) случаях, что с высокой степенью вероятности объясняло природу развития варикоza. Чаще поражалась левая овариальная вена, что могло быть связано с ее впадением в левую почечную вену (симптом "шелкунчика"). Внутренние подвздошные вены являлись причиной рефлюкса с одинаковой частотой. Немаловажной находкой исследования была регистрация рефлюкса

по нескольким венам таза у 13 (37,14%) больных.

Выводы. Сочетание нетипичного варикозного расширения подкожных вен конечностей, формирующегося выше паховой связки, с рефлюксом крови по тазовым венам у 29 (82,86%) больных с высокой степенью вероятности свидетельствовало

о взаимосвязи этих составляющих.

Нетипичное варикозное расширение вен нижних конечностей наиболее часто развивалось после вторых родов, сочетаясь с варикозным расширением вен больших половых губ и промежности во время беременности у 13 (59,09%) пациенток.

*Boltaev A.A.,
Vahobova M.A.*

SHORT-TERM RESULTS OF ENDOVASCULAR TREATMENT OF PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE

Tashkent Medical Academy

Objective. Assessment of the immediate clinical and angiographic results of coronary artery stenting in patients with stable ischemic heart disease (IHD).

Material and methods. The study includes the results of examination and treatment of patients with IHD, which from September 2015 to November 2015 in the 2nd Clinic of the Tashkent Medical Academy were performed endovascular interventions on the coronary arteries in 26 patients. The indication for intervention was the presence of angiographic and clinical significant stenotic coronary vessels. In most cases, these were male patients - 61.5% (n = 16), aged from 44 to 75 years and female patients - 38.5% (10). The duration of ischemic heart disease averaged 5.6 ± 0.4 years. From the cardiovascular risk factors most often observed hypertension, dyslipidemia, smoking, and 42.3% (n = 11) of patients had previous myocardial infarction. Patients were mostly with stable angina, functional class 3-4. When echocardiography - study, all patients were evaluated left ventricular ejection fraction, averaged $52 \pm 4.6\%$. In all cases, coronary angiography was performed routinely. According to coronary angiography revealed 46.2% (n=12) of cases a single vessel disease, 34.6% (n=9) -bilateral vascular, 3 patients three defeat. Stenosis were 80-99% and were

determined by measuring the specific software universal angiographic device. Coronary occlusion was observed in 19.2% (n=5) patients.

Results. All patients were conducted successful endovascular intervention. During the stenting in most cases, 61.5% (n=16) used the procedure for direct stenting. In 11.5% (n=3) cases of bifurcation lesions of the anterior interventricular artery with involvement in the mouth of the atherosclerotic process used diagonal branch T-stenting technique. Most were implanted stents coated with antiproliferative drugs - 26.9% (n=7). The remaining patients were implanted with bare metal stents. In 100% of cases managed to achieve good immediate angiographic result. Endovascular interventions and hospital period was uneventful in all cases. Patients were discharged from the hospital in a stable condition. Staying in the hospital patients was 3 to 5 days, 4 days averaged.

Conclusion. The use of percutaneous coronary interventions in the treatment of coronary artery disease is a relatively safe and effective. Performing percutaneous coronary intervention in the clinic with no cardiac support is acceptable with careful selection of patients, the procedure experienced operator and the availability of highly skilled cardiac team.

*Джумабаев Э.С.,
Мирзаев К.К.,
Саидходжаева Д.Г.,
Джумабаева С.Э.*

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Андижанский медицинский институт

Огнестрельная травма является проблемой не только военной медицины, но и гражданского здравоохранения. В начале XXI века в мире отмечен рост огнестрельных ранений среди мирного населения с нередким массовым поступлением пострадавших. Эти обстоятельства требуют совершенствования оказания медицинской помощи при огнестрельных повреждениях конечностей.

Цель исследования - усовершенствовать подходы к лечению при огнестрельных повреждениях конечностей с использованием современных технологий.

Материал и методы исследования. Кафедра гос-

питальной хирургии Андижанского медицинского института располагает опытом лечения пострадавших с огнестрельными ранениями конечностей. В рамках проводимых исследований выполнены 2 серии экспериментов по изучению влияния региональной лимфотропной антибактериальной терапии с региональной лимфостимуляцией на функциональную морфологию огнестрельной раны конечности. Проведена сравнительная оценка фармакокинетики антибиотика в крови, лимфоузлах и мягких тканях огнестрельной раны при различных методах введения препарата.

Результаты и их обсуждение. Огнестрельная рана в ранние сроки после нанесения, сопровождается выраженной отеком интерстициального пространства с накоплением большого количества микробов и продуктов некролиза в межклеточном пространстве и регионарных лимфатических узлах. Декомпенсация лимфатического дренажа сопровождается скоплением продуктов дисметаболизма и распространением микробов в зоне молекулярного сотрясения огнестрельной раны. Это при несвоевременной хирургической помощи, противоотечной и антибактериальной терапии приводит к вовлечению все новых участков зоны компрессии в патологический процесс с развитием некроза тканей и гнойно-септических осложнений.

Лимфотропное введение антибиотиков и стимуляция лимфатического дренажа зоны патологического процесса ограничивают площадь некроза, реанимируют ткани, находящиеся в состоянии парабиоза; предотвращают расширение гнойно-септического процесса, обеспечивают более физиологическое ремоделирование грануляционной ткани. Изучение фармакокинетики показало, что лимфотропная антибиотикотерапия создает длительно удерживающиеся терапевтические концентрации антибиотиков как в зоне патологического процесса, так и на пути распространения инфекции - в лимфатическом русле, что является важной мерой профилактики гнойно-септических осложнений.

Проведенные нами исследования позволяют выделить три основные составляющие успешного лечения при огнестрельных ранах конечностей: ранняя доставка на этап специализированной хирургической помощи; ранняя первичная хирургическая обработка ран, с использованием микрохирургического подхода для восстановления поврежденных структур и применение раннего первичного остеосинтеза; ранняя рациональная антибактериальная и противоотечная терапия.

Большинству пострадавших оказана медицинская помощь в первые 3 часа после ранения. Первую медицинскую квалифицированную медицинскую помощь в эти сроки получили практически все обратившиеся и доставленные машинами "103". Специализированная медицинская помощь в первые 3

часа оказана 78,2% пострадавшим. Объем ранней диагностической помощи в указанные сроки включал цифровую рентгеноскопию (ангиографию), компьютерную томографию, ультразвуковую доплерографию, по показаниям - эхокардиографию, энцефалографию, эндоскопические методы при сочетанных ранениях. При ранениях мягких тканей большинству пострадавших произведена ранняя первичная хирургическая обработка ран. Ранняя первичная хирургическая обработка, использование ранней патогенетически обоснованной рациональной лимфотропной антибиотикотерапии, с региональной стимуляцией лимфатического дренажа позволили 72% раненых, наложить первичный шов. Хирургическая инфекция у этих раненых развилась в 2,5% случаев. Другой особенностью первичной хирургической обработки в условиях военно-городской хирургии, является возможность использования раннего микрохирургического и реконструктивно-восстановительного подхода при повреждении магистральных сосудов (7,1%), периферических нервов (3,5%) и сухожилий; большинству раненых (82%) применили "сберегательную" ПХО огнестрельных переломов. Особенностью лечения раненых с повреждением магистральных сосудов в условиях военно-городской хирургии является возможность раннего обслуживания пострадавших сосудистым хирургом с использованием УЗ-доплерографии и цифровой контрастной ангиографии, микрохирургической техники и реконструктивной хирургии. Особенностью лечения наиболее тяжелого контингента раненых с множественными и сочетанными повреждениями (11 раненых) в условиях военно-городской хирургии является возможность использования тактики "orthopedic damage control". Лечение пострадавших с гнойно-септическими осложнениями ранений конечностей (37 раненых) в условиях города позволяет применять раннюю специализированную медицинскую помощь, которая заключается в возможности изоляции раненых, участия в лечении специалиста по гнойно-септической хирургии, применения динамического контроля за течением раневого процесса, включающего бактериологические и цитологические исследования и УЗ-диагностики.

*Зуфаров М.М.,
Бабаджанов С.А.,
Им В.М.*

РЕЗУЛЬТАТЫ ИМПЛАНТАЦИИ ДВУХКАМЕРНОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ БОЛЬНЫМ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

*АО "Республиканский специализированный центр хирургии
имени академика В.Вахидова"*

Цель - провести анализ ближайших и отдаленных результатов имплантации однокамерного желудочкового и двухкамерного режимов электрокардиостимуляции (ЭКС) больным с атриовентрикулярной (АВ) блокадой и синдромом слабости

синусового узла (СССУ), возникшими как осложнение ишемической болезни сердца (ИБС).

Материал и методы. В исследование включены 229 больных ИБС, которым имплантирован однокамерный желудочковый или двухкамерный ЭКС.

Мужчин было 188 (82%), женщин - 41 (18%) в возрасте от 45 до 87 лет. В ходе имплантации были использованы однокамерные ЭКС SENSIA SESR01 (Medtronic, США), ЭКС 511 (ЭЛЕСТИМ КАРДИО, Россия) у 199 (86,8%) и у 30 (13,2%) - двухкамерные SENSIA SEDR01 (Medtronic, США). CCCY отмечался у 170 (74,2%) больных, АВ-блокада - у 59 (25,8%). Причинами нарушений ритма и проводимости было ИБС у всех пациентов. Основную группу составили пациенты с II и III ФК - 212 (92,6%), 161 пациента (70,35%) перенесенный инфаркт миокарда различной давности. Исходно у 212 (92,5%) пациентов была ХСН I-II ФК, у 15 (6,5%) - III ФК и у 2 (1,4%) - IV ФК. Эпизоды фибрилляции предсердий наблюдались у 85 (37,1%) пациентов с CCCY и у 4 (1,7%) пациентов с АВ-блокадами. Период наблюдения после операции, в среднем, составил 10,1±3,2 месяцев.

Для оценки клинической эффективности постоянной ЭКС проводили простой и суточный мониторинг электрокардиограмм (ЭКГ); эхокардиографию (ЭхоКГ) сердца. Данное исследование проводили в рамках стационарного и диспансерного наблюдения за пациентами с имплантированными ЭКС.

Статистический анализ проводили с помощью программы Microsoft Excel с использованием критерия Стьюдента (t). Величина $p < 0,05$ рассматривалась статистически значимой.

Результаты и их обсуждение. В ходе дальнейшего наблюдения отмечено некоторое усугубление ХСН у пациентов с имплантированным однокамерным желудочковым ЭКС. ЭхоКГ у пациентов с однокамерной желудочковой ЭКС показала отрицательную динамику: КДО увеличился с $162,5 \pm 4$ мл до $169,5 \pm 3$ мл; ФВ снизилась с $51,1 \pm 2\%$ до $46,5 \pm 4\%$. При двухкамерной ЭКС усугубление ХСН не отмечалось. Фибрилляция предсердий отмечена у 2 (0,8%) больных, тромбоэмболический инсульт - у 1 (0,4%) с однокамерной желудочковой ЭКС.

Выводы. Имплантация ЭКС является эффективным методом лечения пациентов с ИБС и брадиаритмиями. Правожелудочковая стимуляция является предиктором развития ХСН, ФП, инсульта, тромбоэмболических осложнений. Двухкамерная электростимуляция более предпочтительна, так как снижает риск пароксизмов развития и/или прогрессирования указанных патологических состояний.

*Зуфаров М.М.,
Бабаджанов С.А.,
Махкмов Н.К.,
Искандаров Ф.А.,
Ахмедов Х.А.*

ПОЭТАПНОЕ ИНТЕРВЕНЦИОННОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО У БОЛЬНЫХ ИБС С МНОГОСОСУДИСТЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

*АО "Республиканский специализированный центр хирургии
имени академика В.Вахидова"*

Цель исследования - сравнить эффективность поэтапного стентирования и медикаментозной терапии у больных стабильной стенокардией напряжения и многососудистым поражением коронарных артерий.

Материал и методы. Проведена диагностическая коронарография 370 больным стабильной стенокардией напряжения. У 126 больных выявлено многососудистое поражение коронарных артерий (МПКА), которое идентифицировалось с визуально выраженным (более 70%) стенозированием двух и более коронарных артерий. Данное исследование было ограничено наблюдением в течение первых 24 месяцев после рентгенэндоваскулярных вмешательств (РЭВ) или диагностической коронарографии и инициации стандартизированной медикаментозной терапии. Первую группу составили 78 больных (средний возраст $64,8 \pm 7,6$), которым было выполнено поэтапное стентирование коронарных артерий. Вторую группу составили 48 больных (средний возраст $67,8 \pm 8,3$), которые отказались от рентгенэндоваскулярного вмешательства и продолжали принимать стандартную медикаментозную терапию, включающую препараты ацетилсалициловой кислоты (АСК) или клопидогрель, бета-блокаторы, статины, по показаниям - ингибиторы АПФ,

антагонисты кальция, нитраты, диуретики. Конечными точками исследования являлись большие кардиальные события (MACE-Major Adverse Cardiac Events): смерть, тромбоз стента, повторная реваскуляризация (РЭВ или операция коронарного шунтирования), госпитализация по поводу острого коронарного синдрома.

Результаты и их обсуждение. Частота комбинированного показателя MACE (смерть, тромбоз стента, повторная реваскуляризация, госпитализация по поводу ОКС) в группе стентирования составляла 15,4% ($n=12$) против 18,8% ($n=9$), различие недостоверно ($p > 0,05$). Достоверное различие ($p \leq 0,05$) выявлено при сравнении частоты комбинированного показателя (смерть + инфаркт миокарда), который оказался достоверно больше в группе медикаментозной терапии - 10,4% ($n=5$) против 3,8% ($n=3$) во 2 и 1 группах.

Выводы. Поэтапное выполнение РЭВ при многососудистом поражении коронарных артерий у больных стабильной стенокардией в сравнении с медикаментозной терапией снижает частоту больших кардиальных событий. Различие по частоте комбинированного показателя (смерть + инфаркт миокарда) достоверно.

*Зуфаров М.М.,
Искандаров Ф.А.,
Ахмедов Х.А.,
Бабаджанов С.А.,
Махкамов Н.К.*

ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИЕЙ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

*АО "Республиканский специализированный центр хирургии
имени академика В.Вахидова"*

Цель - оценить эффективность эндоваскулярного лечения при хронических окклюзиях коронарных артерий (КА).

Материал и методы. С 2010 по 2015 год были осуществлены попытки механической реканализации окклюзий на 52 сегментах КА у 49 больных хронической ИБС в возрасте от 44 до 69 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. Стабильная стенокардия третьего функционального класса (ФК III) по NYHA имела у 45 (91,8%), ФК IV - у 4 (8,2%) больных. Инфаркт миокарда в анамнезе имелся у 41 (83,7%) пациента.

Традиционная методика реканализации применена 18 (36,7%) пациентам первой группы. Методика реканализации с помощью поддержки коронарным баллоном и селективного углубления кончика проводникового катетера под постоянным мониторингом инвазивного давления применена 31 (63,3%) больному (вторая группа).

Результаты и их обсуждение. Из 53 попыток у 49 больных механическая 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 27 (64,3%) больным; правой коронарной артерии (ПКА) - 11 (26,2%); огибающей ветви (ОВ) - 4 (8,2%). Одномоментная реканализация ПМЖВ и ПКА с последующей ангиопластикой и стентированием выполнена 1 (2,0%) пациенту; ПМЖВ и ОВ - 1 (2,0%). В 5 (11,4%)

случаев реканализация завершена баллонной ангиопластикой; в 39 (88,6%) реканализациях ангиопластика дополнена стентированием.

В группе больных с традиционным методом реканализации процедура оказалась успешной в 12 (66,7%) случаях. Реканализация с баллонной поддержкой была успешной в 31 (91,2%) случае.

Непосредственные осложнения во время вмешательства не наблюдались, у всех больных реваскуляризация была полной. Летальных случаев не было. У всех 42 пациентов прекратились боли в области сердца, повысилась толерантность к физической нагрузке.

В отдаленные сроки (от 6 мес. до 5 лет) обследованы 34 пациента. У 19 (55,9%) не было приступов стенокардии даже при значительных физических нагрузках; у 8 (23,5%) имела стенокардия напряжения ФК I, у 6 (17,6%) - ФК II. На протяжении периода наблюдения не отмечены случаи 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.

Выводы. Эндоваскулярная реканализация хронических окклюзий является безопасным и эффективным методом лечения, позволяющим значительно улучшить состояние больных хронической ИБС и повысить толерантность к физической нагрузке. Использование при реканализации поддержки проводника коронарным баллоном с селективным углублением кончика проводникового катетера позволяет увеличить шанс реканализации.

*Зуфаров М.М.,
Махкамов Н.К.,
Бабаджанов С.А.,
Искандаров Ф.А.*

РЕНТГЕНОЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА КОРОНАРНЫХ И СОННЫХ АРТЕРИЯХ У БОЛЬНЫХ МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

*АО "Республиканский специализированный центр хирургии
имени академика В.Вахидова"*

Цель - изучить результаты рентгеноэндоваскулярных вмешательств (РЭВ) у больных мультифокальным атеросклерозом с сочетанным поражением коронарных и сонных артерий.

Материал и методы. Проанализированы результаты сочетанных РЭВ на каротидных и коронарных артериях у 46 больных в возрасте от 56 до 80 лет. 37 (80,4%) больным первым этапом выполнено стентирование коронарных артерий;

9 (19,5%) - стентирование сонных артерий. Все эндоваскулярные вмешательства выполнены на фоне двойной дезагрегантной терапии - клопидогрель и аспирин.

Показанием к стентированию сонных артерий являлся стеноз более 70% с выраженными симптомами недостаточности мозгового кровоснабжения.

Одностороннее стентирование каротидных артерий выполнено 43 (95,5%), двустороннее - 3

(6,6%) больным. Всем пациентам с поражением сонных артерий были использованы самораскрывающиеся стенты "ProtegeTMRX" ("EV3") (бифуркационный и прямой). 44 (91,7%) пациентам применили нейропротекторные системы "Robin" ("Balton") от 5 до 7 мм. 3 (6,6) больным с субокклюзией сонной артерии для предилатации использованы коронарные баллоны диаметром 2 мм.

При вмешательствах на коронарных артериях 40 (86,9%) пациентам имплантированы стенты с лекарственным покрытием на коронарные артерии ("Xince Prime"; "BiomatrixFlex"; "Resolute Integrity"; "Ultimaster"). 6 (13,04%) пациентам в связи с множественным поражением коронарных артерий рекомендовано коронарное шунтирование.

Результаты и их обсуждение. Из 46 пациентов

у 1 (2,17%) стентирование каротидной артерии не увенчалось успехом. Пациенту была рекомендована каротидная эндартерэктомия. Это было на начальных этапах освоение методики.

2 (4,4%) пациентам с двусторонними поражениями ВСА выполнено поэтапное стентирование в течение 3 суток; 1 (2,2%) - в течение 6 месяцев.

Неврологических и других осложнений, связанных с вмешательством, ни в одном случае не было. У всех 46 пациентов получен хороший ангиографический и клинический результат.

Вывод. Рентгеноэндоваскулярные вмешательства у больных ИБС и сочетанным поражением каротидных артерий являются методом лечения и методом выбора для пациентов с высоким риском интраоперационного инсульта.

*Ibadov B.K.,
Karakozov P.E.,
Baibekov I.M.,
Mardonov J.N.,
Wann S.L.

SYNTHETIC MATERIALS IN CARDIOVASCULAR SURGERY BY MICROVISUALIZATION

*"Republican Specialized Center of Surgery named after academician V.Vakhidov" JSC
Wisconsin Heart Hospital

The three dimensional spatial ultrastructure of a number of the native synthetic materials used in cardiovascular surgery (in vivo) and in various periods after their implantation into man's and experimental animals' heart and vessels (in vitro) has been examined. Patches, prosthetic cardiac valves, vascular prostheses, endocardial electrodes, coronary stents, artificial heart ventricles, parts of pump oxygenators produced by different companies were studied. The methods of scanning and light microscopy of stained histological and half-thin sections were used.

It was found that initial structural characteristics of homogenous synthetic materials significantly differ especially after their implantation in the biological systems. In this process, various defects of above mentioned samples or their components, which have undergone to mechanical or biochemical influences, were discovered. The degree of these defects and their nature were rather individual and depended on the type and composition of the synthetic material. The advantages of these materials, from the point of view of

their convenience in usage, sometimes become their drawbacks in studying their three-dimensional organization. The nature of interactions of artificial materials and the recipient tissues, and their integration into the cardiovascular system directly depend on structure of used implants.

Each of cardiovascular areas, which undergo to prosthetics, has its specific surface microrelief determining characteristic blood flow in this region. The change of this microrelief is one of the reasons that leads to change of local blood flow and promotes thrombi formation. Accordingly, surface microrelief of synthetic materials used, must approach the principle structure of replaced parts of cardiovascular system under reconstruction, to the greatest possible extent.

The initial defects or damages appearing in the process of the synthetic materials usage decrease the period of their adequate functioning, increase the degree or risk of their destruction and arising specific for implants complications, including local and common hemodynamic disturbances, thrombosis and microthrombosis.

*Карабаев Х.К.,
Хайдаров Г.А.,
Тагаев К.Р.,
Рузиев П.Н.,
Захидова С.Х.,
Карабаев Б.Х.*

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ РАНЕНИЯХ СЕРДЦА И ПЕРИКАРДА

*Самаркандский государственный медицинский институт
Самаркандский филиал РНЦЭМП*

Актуальность. Травма сердца и её лечение остаются одной из сложных проблем экстренной медицины.

Цель - определить оптимальную тактику диагностики и хирургического лечения больных с перикарда и сердца.

Материал и методы. В основу работы положен анализ хирургического лечения 47 пострадавших с повреждениями сердца различного генеза. Мужчин было 35, женщин - 12. Все пострадавшие поступили в СФ РНЦЭМП через 2-2,5 часа с момента получения травмы. Тяжесть состояния и прогноз оценивались по шкалам ISS (18-45 баллов) и RTS (от 5,79 до 7,10). Определяли индекс Альговера; индекс Кердо был отрицательным знаком; проводили неинвазивный мониторинг пульсоксиметрии, ЭКГ, ЭхоКГ. В основном повреждения были сочетанными. Отмечались повреждения брюшной (6) и грудной (10) полостей. Изолированная травма сердца диагностирована у 1 больного.

Результаты и их обсуждение. У 40 больных было ранение груди слева, у 7 - справа; у 8 пациентов рана была вне проекции сердца (на спине, боковых поверхностях груди, на передней брюшной стенке). Множественные раны груди были у 7 больных. Повреждение левого желудочка выявлено у 24 больных, правого желудочка - у 2; правого предсердия - у 4, левого предсердия - у 4; перикарда - у 13. Малый гемоторакс был у 21, средний - у 12 и большой - у 2; гемоперикард - у 23 пострадавших. Наряду с ранением сердца имелись повреждения легкого - у 14, внутренней грудной артерии - у 5, диафрагмы - у 5, желудка - у 2, печени - у 1, кишки - у 1. Размеры ран перикарда и сердца колебались от 0,6 до 3 см.

При поступлении у всех пострадавших отмечали одышку, боли в проекции сердца. При объективном осмотре выявляли триаду Бека: парадоксальный пульс, выбухание шейных вен на фоне снижения артериального давления; глухость сердечных тонов и отсутствие пульсации при рентгеноскопии. Также диагностике повреждения сердца способствовал местный осмотр зоны повреждения с последующей оценкой и сопоставлением механизма травмы

и размеров альтерирующего предмета. Всех пациентов сразу доставляли в операционную. Инфузия в две вены, одна из которых - центральная. Средняя кровопотеря у больных составила 1150 ± 150 мл. 25 больным проводили реинфузию аутокрови из плевральной полости средним объемом 1250 ± 350 мл. Во всех случаях применяли обзорную рентгенографию органов грудной полости, ЭКГ. В 75% случаев с целью оценки состояний полостей и других структур сердца в послеоперационном периоде применяли эхокардиограмму.

По клиническому течению мы различаем 4 группы пострадавших с ранениями сердца:

- с клиникой тампонады сердца - 29 человек,
- с клиникой профузного внутриплеврального кровотечения - 15,
- с сочетанием признаков тампонады и кровотечения - 2,
- без симптомов тампонады и кровотечения - у 1 больной.

При этом доступом избраны торакотомия либо тораколапаротомия (при сочетанной травме). При вскрытии перикарда диагностированы различные по своим характеристикам раны сердца. В этих ситуациях объём гемоперикарда составил от 150 до 500 мл. Раны сердца преимущественно были в правых отделах, реже подвергался ранению левый желудочек. Это объясняется топографо-анатомическим расположением сердца. В 25% случаев отмечалась сочетанная травма с полыми венами, что значительно усугубляло проведение операции. У 3 (17,6%) человек отмечалась интраоперационная остановка сердечной деятельности, которая потребовала незамедлительного прямого массажа сердца. Во всех случаях рану сердца ушивали синтетическим материалом (полипропиленовыми нитями). Летальности составили 23,5%.

Выводы. Результаты лечения повреждения сердца неутешительны. Это обусловлено затяжным этапом диагностики, что, в конечном итоге, приводит к развитию тампонады сердца. Необходимы незамедлительные адекватные хирургические и реанимационные мероприятия при сочетанных повреждениях сердца, органов грудной и брюшной полостей.

*Каракозов П.Е.,
Мардонов Ж.Н.,
* Чеканов В.С.,
* Ванн Л.С.*

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОСЛОЖНЕНИЙ, СВЯЗАННЫХ С ПРИМЕНЕНИЕМ БИОЛОГИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ В СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ

*АО "Республиканский специализированный центр хирургии
имени академика В.Вахидова"*

**Институт сердца Висконсина (Милуоки, США)*

Различные биологические материалы широко применяются в сердечно-сосудистой хирургии. Разнообразие биоматериалов, способов их обработки и хранения, свидетельствует о поиске приемлемого варианта. Для понимания функционирования биологических протезов и развития осложнений, свя-

занных с их применением, большое значение имеют морфологические и морфофункциональные особенности этих объектов.

Материал и методики исследования. Методами сканирующей и трансмиссионной электронной микроскопии, световой микроскопии окрашенных

парафиновых и полутонких срезов изучен ряд нативных и консервированных биологических материалов, используемых в клинической и экспериментальной кардиохирургии (in vitro) в разные сроки после их имплантации в сердечно-сосудистую систему (in vivo). Исследованы ауто- и ксеноперикард, диафрагма, твердая мозговая оболочка, широкая фасция бедра, стенки предсердий, широкая мышца спины, клапаны сердца и магистральные сосуды людей и животных в виде свободной пластики и использования питающей нейрососудистой ножки; их взаимодействие с окружающими тканями, в том числе, с кровью, в процессе функционирования.

Результаты исследования. Исследования выявили значительные различия в структуре и ориентации соединительно-тканого каркаса, микрорельефе поверхности, представленном бороздами и гребнями разных размеров, формы и направления. Каждый биоматериал имеет отличительные морфофункциональные характеристики, меняющиеся в процессе стерилизации и консервации, что отражается на микрорельефе, который после имплантации биоматериала в сердечно-сосудистую систему участвует в общем и локальном кровотоке. Эти различия в значительной мере определяют осложнения, характерные для имплантатов. Изменение локальной гемодинамики в зоне пластики приводит к тромбозу или микротромбозу биологической ткани. Организация тромбов или микротромбов способствует дезорганизации использованной биоткани,

ее дальнейшему фиброзу и склерозу. Микрорельеф биопротеза должен максимально соответствовать микрорельефу окружающих тканей в зоне пластики.

Основными факторами, влияющими на исход биологического протезирования, являются исходные морфофункциональные характеристики биологических материалов, их эмбриологическое происхождение, соответствие новым условиям существования, степень сохранности и жизнеспособности всех структурных компонентов после имплантации. Выявляется четкая взаимосвязь между трехмерной гистоархитектоникой и функцией биоматериала. Чем больше пространственная организация структурной архитектоники биотканей, включая микрорельеф поверхности, приближается к таковым в реконструируемых участках сердечно-сосудистой системы, тем лучше результаты протезирования и меньше специфических осложнений.

Закключение. Таким образом, структурные особенности биотканей являются одним из детерминирующих факторов их адекватного функционирования и должны учитываться при использовании в сердечно-сосудистой хирургии. Это позволит предотвратить дезорганизацию соединительно-тканых структур и деструкции, удлинить срок адекватного функционирования биологических протезов, уменьшить степень или риск специфических для имплантатов осложнений, включая нарушения локальной гемодинамики, тромбоз (микротромбоз) и тромбоземболии.

*Каримов Ш.И.,
Ирназаров А.А.,
Асраров У.А.,
Алиджанов Х.К.,
Джафаров С.М.,
Болтаев А.А.,
Матмуродов Ж.К.*

ГИБРИДНЫХ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Ташкентская медицинская академия

Цель работы - улучшить результаты лечения больных критической ишемией нижних конечностей (КИНК) применением гибридных оперативных вмешательств.

Материал и методы. С 2014 по 2016 год в отделении сосудистой хирургии 2 клиники ТМА находились на стационарном лечении 23 больных (мужчин - 17, женщин - 6) в возрасте $62 \pm 4,7$ лет с КИНК. У 9 пациентов диагностирована хроническая ишемия нижних конечностей III стадии, у 14 - IV стадии по классификации Покровского А.В. Средняя продолжительность заболевания - $8 \pm 2,8$ лет.

При определении тактики лечения важное значение имеют многоэтажность поражения и тяжесть сопутствующей патологии, что значительно ограничивает выполнение объемных реконструктивных вмешательств на артериях нижних конечностей. Мы

применили реконструкцию бедренной артерии с ангиопластикой подвздошных артерий 8 (34,7%); больным, реконструкцию бедренной артерии с ангиопластикой и стентированием подвздошных артерий - 6 (26%) пациентам. У 9 (39,1%) больных реконструкцию бедренной артерии сочетали с ангиопластикой подколенной и артерий голени.

Результаты и их обсуждение. Результаты гибридных вмешательств оценивали по регрессу или отсутствию болей в покое, увеличению дистанции безболевой ходьбы, грануляционному покрытию язв и увеличению показателей регионарного систолического давления (РСД) и лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ).

После гибридных вмешательств на подвздошно-бедренном сегменте клинического улучшения в виде купирования болей в покое, грануляцион-

ного покрытия язв, первичного заживления ран после малых ампутаций при IV степени ишемии нижних конечностей удалось добиться у 12 (52,1%) пациентов. У 2 (8,6%) больных отмечены удовлетворительные результаты лечения после реконструктивной операции в виде отсутствия болей в покое, отказа от наркотических анальгетиков, но с появлением болей при физической нагрузке. Высокие ампутации в группе не потребовались. При выполнении гибридных операций с ангиопластикой артерий голени удовлетворительные результаты достигнуты у 9 (39,1%) пациентов, 1 (4,3%) из них выполнена ампутация на уровне бедра в связи с нарастанием ишемии. Исходно ЛПИ у этих пациентов составлял $0,26 \pm 0,04$; на 3-4 сутки после вмешательства он увеличился до $0,53 \pm 0,2$ ($p < 0,05$).

В раннем послеоперационном периоде у 1 (4,3%) пациента в связи с тяжелыми сопутствующими

заболеваниями (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, сахарный диабет) развился инфаркт миокарда с летальным исходом. У 1 (4,3%) больного диагностирован тромбоз в месте реконструкции. Данному больному выполнена высокая ампутация. Купирование клинических симптомов КИНК в виде снижения функционального класса ишемии нижних конечностей до IIa-IIb степени отмечено у 18 (78,2%) больных. Средний срок отдаленного наблюдения 10 ± 2 месяцев.

Вывод. Применение гибридных хирургических вмешательств при КИНК в сочетании с адекватной антиагрегантной терапией - эффективный современный метод хирургического лечения больных с многоэтажным окклюзионно-стенотическим поражением артерий нижних конечностей, который приводит к регрессу ишемии и увеличивает срок сохранности конечности.

*Каримов Ш.И.,
Ирназаров А.А.,
Асраров У.А.,
Юлбарисов А.А.,
Алиджанов Х.К.,
Болтаев А.А.*

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ МНОГОСОСУДИСТОМ ПОРАЖЕНИИ

Ташкентская медицинская академия

Цель работы - улучшить результаты лечения больных с критической ишемией нижних конечностей (КИНК) при мультифокальном атеросклерозе путём применения различных методов диагностики и выбора адекватной хирургической тактики с использованием открытых и интервенционных методов лечения.

Материал и методы. С 2014 по 2016 год в отделении сосудистой хирургии 2 клиники Ташкентской медицинской академии на стационарном лечении находились 85 пациентов (мужчин - 57, женщин - 28) с КИНК.

Причиной КИНК у всех пациентов был атеросклероз. Все больные имели поражение двух или более артериальных бассейнов. В зависимости от стадии ишемии нижних конечностей по классификации А.В. Покровского пациенты были распределены следующим образом: ишемия III степени - у 56 (65,8%), ишемия IV степени - у 29 (34,2%). Согласно классификации TASC II, у 31 (36,5%) больного выявлен стеноз подвздошной артерии с окклюзией бедренной артерии; у 33 (38,8%) пациентов - окклюзия поверхностной бедренной и подколенной артерии со стенозом устья глубокой бедренной артерии. У 21 (24,7%) больных отмечались окклюзионно-стенотические поражения бедренных, подколенных и тибиальных артерий. У всех пациентов с КИНК лодыжечно-плечевой индекс был ниже 0,3 мм.рт.ст., ЛПИ измеряли согласно Американской диабетической ассоциации. Все пациенты отмечали боль в покое.

У 69 (81,1%) больных диагностирован гемодинамически значимый стеноз СА. В зависимости от степени хронической сосудисто-мозговой недостаточности (ХСМН) по классификации А.В. Покровского больных распределили следующим образом: асимптомное течение ХСМН - у 11 (15,9%); транзиторные ишемические атаки - у 13 (18,9%), дисциркуляторная энцефалопатия - у 25 (36,2%). 20 (29%) пациентов в анамнезе перенесли ишемический инсульт, 8 из них - ОНМК повторно. У 48 (72,3%) пациентов выявлена ИБС.

Ишемическая болезнь сердца у 16 (18,8%) больных с КИНК была без поражения СА. Из 64 (100%) пациентов с ИБС стенокардия напряжения ФК II отмечена у 39 (60,9%), ФК III - у 13 (20,3%); у 12 (18,8%) - нестабильная стенокардия. 8 (12,5%) больных перенесли от одного до трёх инфарктов миокарда. 29 (45,3) больным с ИБС выполняли коронарографию.

Результаты и их обсуждение. Из 69 (100%) у 19 (27,5%) больных со стенозом СА с КИНК отмечен регресс клинических проявлений ишемии нижних конечностей после медикаментозной терапии (купирован боль в покое). Это позволило выполнить профилактику ишемического инсульта первым этапом. Вторым этапом этим больным произведена реваскуляризация АНК. У 1 (1,45%) пациента этой группы отмечено прогрессирование ишемии, что привело к высокой ампутации конечности.

14 (20,3%) пациентам установка катетера для длительной внутриаартериальной терапии позволила

купировать КИНК, после чего выполняли каротидную эндартерэктомию. 9 (64,3%) больным на 7 сутки выполнены реконструктивные операции на артериях нижних конечностей. 5 (35,7%) пациентам после каротидной эндартерэктомии осуществлены эндоваскулярные вмешательства на АНК. 1 (1,45%) пациенту выполнена высокая ампутация конечности из-за прогрессирования ишемии. У 1 (1,45%) больного развился острый инфаркт миокарда с летальным исходом.

Выбор одномоментной тактики был обусловлен невозможностью купировать КИНК, выполнить эндоваскулярные вмешательства или их неэффективностью. Симультанные операции произведены 6 (8,7%) больным со стенозом СА с КИНК. Осложнений не было.

19 (27,5%) пациентам с поражениями СА и КИНК первым этапом выполнены эндоваскулярные вмешательства по поводу КИНК, 5 (26,3%) из них произведены гибридные вмешательства. 1 (1,45%) пациенту выполнена высокая ампутация с летальным исходом, ещё 1 (1,45%) - ампутация по Шарпу.

Открытые вмешательства на АНК при сочетанном поражении СА и КИНК выполняли в случаях, когда альтернативой вмешательству была высокая ампутация конечности. Открытые вмешательства при КИНК первым этапом выполнены

11 (16%) больным. Все операции на нижних конечностях производили под спинальной анестезией и ниже пупартовой связки. 1 (1,45%) из этих пациентов из-за прогрессирования ишемии осуществлена высокая ампутация конечности.

29 (45,3%) пациентам с ИБС выполнена коронарография. Из них в 16 (55,2%) случаях выявлены гемодинамические поражения коронарных артерий.

8 (50%) пациентам с поражениями коронарных артерий (КА) и АНК первым этапом произведено стентирование КА, вторым - реконструкция АНК. 3 (18,8%) больным произведены эндоваскулярные вмешательства на АНК, затем шунтирующие операции на сердце. 5 (31,2%) пациентам выполнены паллиативные вмешательства (торакоскопическая симпатэктомия) после стентирования КА.

Вывод. Тактика лечения больных с КИНК зависит от поражений других артериальных бассейнов. Приоритет при выборе метода оперативных вмешательств следует отдавать эндоваскулярным вмешательствам в связи с низким операционным риском и гибридным операциям, которые позволяют выполнить оптимальную коррекцию двух блоков поражения. Необходим комплексный подход к диагностике и лечению этой тяжелой категории пациентов. Это позволяет определить оптимальную хирургическую тактику индивидуально для каждого больного.

*Кутлиев У.Х.,
Абдуллаев Б.П.,
Изюмова Г.А.,
Давлетова Д.Ф.*

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КРИТИЧЕСКОГО КАРОТИДНОГО СТЕНОЗА

Хорезмский филиал РНЦЭМП

Особым направлением профилактики ишемических нарушений мозгового кровообращения (НМК) является ранняя восстановительная хирургия сонных артерий.

Цель - сравнить результаты хирургического и консервативного методов лечения больных со стенозом внутренней сонной артерии (ВСА).

Материалы и методы: С 2013 г. в Хорезмском филиале РНЦЭМП выполнены 104 реконструктивные вмешательства на сонных артериях. Объектом нашего исследования стали 58 пациентов с критическим (70 - 99%) стенозом внутренней сонной артерии (ВСА), неотложно госпитализированных в экстренное неврологическое отделение. Пациенты были разделены на 2 группы. I группа - 42 больных, оперированных на каротидных артериях после верификации критического стеноза ВСА; II группа - 16 больных, которые по разным причинам отказались от операции. Эффективность лечения оценивали по сопоставлению данных о состоянии неврологического статуса до- и после оперативного вмешательства. Результаты лечения оценивали при повторном обследовании больных в различные сроки после опе-

рации - от 3 месяцев до 1 года. Возраст больных - от 43 до 78 лет. 49 мужчин, 9 - женщины. Большинство составили пациенты в возрасте 60-69 лет. Диагноз гемодинамически значимой патологии каротидных сосудов поставлен на основании ультразвукового исследования сонных артерий. Критический уровень стеноза ВСА во всех случаях проявлялся развитием ТИА. Очаговые симптомы были представлены двигательными, чувствительными и речевыми нарушениями. Из сопутствующих заболеваний чаще всего встречалась ИБС, артериальная гипертензия, стено-окклюзионная патология других артериальных бассейнов. 1/3 больных имели двусторонние гемодинамически значимые поражения сонных артерий. В I группе всех больным выполнены хирургические вмешательства на каротидном бассейне под общим наркозом. 37 больным выполнили эверсионную эндартерэктомию, в 5 - "классическую" эндартерэктомию из ВСА. Больные II группы получали консервативное комплексное лечение в стационаре, в дальнейшем - в амбулаторных условиях.

Результаты и их обсуждение. В I группе за период наблюдения повторные острые церебральные

нарушения и летальные исходы не зарегистрированы. По данным контрольных исследований (ЦДС, КТ-ангиография), проходимость оперированной ВСА была удовлетворительной. В течении года после операции у всех пациентов отмечали активный регресс очаговой неврологической симптоматики, исчезновение нарушений поверхностной и глубокой чувствительности. Во II группе в течение всего периода наблюдений у 6 пациентов развилось повторное ишемическое НМК в бассейне стенозированной ВСА. Умерли 4 пациента. В течение первого года отмечалась удовлетворительная динамика регресса двигательных и чувствительных нарушений. Позже 12 месяцев наблюдения существенных изменений неврологического статуса не было.

К концу года наблюдений очаговая неврологическая симптоматика сохранялась у 13 (81%) пациентов группы консервативного лечения. Сохранение нарушений поверхностной и глубокой чувствительности наблюдали у 5 (31%) пациентов.

Выводы. Хирургические методы лечения стенозирующего поражения внутренней сонной артерии являются высокоэффективными способами коррекции нарушений кровоснабжения головного мозга, позволяющими улучшить исходы ишемического НМК. Положительный эффект восстановления церебрального кровоснабжения после реконструктивной операции сопровождается полным регрессом или уменьшением выраженности симптомов ишемии мозга.

*Мавлонов М.И.,
Сафаров Н.Н.,
Утаев Л.Х.,
Маматов К.С.*

НАВОЙ ВИЛОЯТИДА ҚОН ТОМИРЛАРИ ЖАРОҲАТЛАНГАН БЕМОРЛАРГА КЎРСАТИЛГАН ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ШОШИЛИНЧ ЖАРРОҲЛИК ЁРДАМИ НАТИЖАЛАРИ

Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Навоий филиали

Магистрал қон томирларининг жароҳатланиши тинчлик даврида барча жароҳатларнинг 2% ини ташкил қилади, жароҳатлар оқибатидаги леталлик 5-10% ни, ампутация амалиёти ўтказилиши ҳоллари 25-30% ни ташкил этади.

2000 - 2015 йилларда РШТҒИМ Навоий филиали ва субфилиалларига магистрал қон томирлари жароҳатланиши туфайли мурожаат қилган 102 нафар беморни даволаш натижалари таҳлил қилинган. Беморларнинг 84 (82,3%) нафарини эркактлар, 18 (17,7%) нафарини аёллар ташкил этган.

Жароҳатлар ичида асосий ўринни маиший жароҳатлар эгаллаган. Маиший жароҳатлар 72 (72,5%) беморда, ишлаб чиқариш жараёнида юзага келган жароҳатлар 24 (23,6%) беморда ва спорт билан шуғулланиш жараёнида юзага келган жароҳатлар 4 (3,9%) нафар беморда кузатилган.

Магистрал артериялар жароҳатлари ичида сон артериясининг жароҳати 32 (35,3%), елка артериясининг жароҳати 30 (29,4%), билак артериясининг жароҳати 24 (23,5%) ҳолда қайд этилган. 102 нафар беморлардан 56 тасида магистрал артериялар жароҳати нерв, пай ва мускуллар жароҳати билан биргаликда кузатилган, 10 нафар беморда суяклар синиши қайд этилган. Қўл ва оёқлардаги ишемик ўзгаришлар Затевахин И.И. (2000) классификацияси бўйича аниқланган. Жароҳат олган беморларнинг 42 (41,2%) тасида Ia ва 2б даражали ишемия, 18 (17,6%) тасида 2б даражали ишемия аниқланган, 58 (56,9%) нафар беморда 2-3 даражадаги травматик шок ҳолати қайд этилган. Травматик шокнинг келиб чиқишига қон йўқотилиши ҳамда оёқ ва қўлларнинг нотўғри имобилизация қилиниши сабаб бўлган.

Жароҳатланиш туфайли шошилинч тарзда шифонага келтирилган барча беморларда реконструктив жарроҳлик амалиётлари ўтказилган, шулардан 26 (25,5%) нафар беморда жарроҳлик амалиёти туман тиббиёт бирлашмаларининг субфилиалида, 76 (74,5%) нафар беморда РШТҒИМ Навоий филиалида бажарилган.

РШТҒИМ филиалида операция ўтказилган беморларнинг 30 (39,4%) тасида артерия резекцияси бажарилиб, учма-уч анастомоз қўйилган, 26 (34,2%) нафариди артерия ва веналарга ён чоклар қўйилган, 10 (13,1%) тасида артерия резекцияси бажарилиб, аутовеноз пластикаси амалиёти ўтказилган, 4 (5,2%) нафариди артерия боғланган.

Туман тиббиёт бирлашмалари субфилиалида 20 (76,9%) нафар беморда артерия ва веналарга тугули чоклар қўйилган, 4 (15,3%) та беморда артерия ва веналарга ён чоклар қўйилган, 2 (7,6%) нафар беморда артерия резекцияси бажарилиб, учма-уч анастомоз қўйилган.

Қўшма жароҳатларни ҳисобга олган ҳолда бир вақтнинг ўзида нерв, мускул ва пайлар бутунлиги тикланган. Штифтлар воситасида синган суякларнинг интрамедуляр остеосинтези бажарилган.

Қўл ва оёқларда реконструктив амалиёт бажарилган барча беморларга 4-6 ҳафта муддатга гипсли лонгета қўйилган. ўтказилган жарроҳлик амалиётидан сўнг 74 (72,5%) нафар беморнинг ахволи қониқарли бўлган, асоратлар кузатилмаган. 12 (11,7%)та беморда жароҳат йиринглаши асорати кузатилган, 4 (3,9%)та беморда ўлим қайд этилган. Жароҳатларнинг оғирлик даражаси ва кўп қон йўқотилганлигини ҳисобга олган ҳолда амалиётлар гемоплазма трансфузия ва коллоид суяқликлар қуйиш

билан бирга олиб борилган.

Юқоридагиларни таҳлил қилиб шундай хулосага келдик:

Қўл ва оёқлардаги оғир қўшма жароҳатларни аниқлаш ва жароҳатланган беморларга биринчи ёрдам кўрсатиш хизмати ҳали етарли даражада эмас. Жароҳатларни ўз вақтида аниқлаш ва жароҳатланган беморларни даволашнинг самарали усуллари-

ни кенг қўллаш мақсадга мувофиқдир.

Оғир қўшма жароҳатлар аниқланган беморларда жарроҳлик амалиётлари албатта зарурий тиббий жиҳозлар билан тўлиқ таъминланган махсус клиник шифохоналарда бажарилиши шарт. Бир вақтнинг ўзида барча жароҳатланган қисмларни тиклаш мураккаб қўшма жароҳатларни даволаш самарадорлигини оширади.

*Муртазаев С.С.,
Мансуров А.А.,
Халикулов Х.Г.*

ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА

*АО "Республиканский специализированный центр хирургии
имени академика В.Вахидова"*

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) остается одной из основных причин смертности при сахарном диабете (СД). При этом частота развития сердечно-сосудистой патологии при сахарном диабете II типа в 3-4 раза превышает таковую у лиц без нарушений углеводного обмена.

С целью изучения состояния респираторной системы у больных ИБС мы провели сравнительный анализ показателей функции внешнего дыхания (ФВД) у пациентов с ИБС и сопутствующим СД и без.

Материал и методы исследования. Материалом исследования послужили 40 мужчин с верифицированным диагнозом ИБС, находившихся в отделении коронарной хирургии. Исследование ФВД выполняли на спирографе Spirovit SP-1 фирмы "SHILLER" с автоматической обработкой всех параметров.

Для решения поставленной задачи нами выбраны 2 группы мужчин. В I группу включены 20 мужчин в возрасте 45-60 лет (средний возраст - $53,7 \pm 1,09$), страдающих ИБС с сопутствующим СД II типа, имеющие стаж курения. Во II группу включены 20 мужчин в возрасте 50-58 лет (средний возраст - $53,95 \pm 0,55$) с диагнозом ИБС без СД, также имеющие стаж курения. Данные группы были сопоставимы по возрасту, индексу массы тела, ФК хронической сердечной недостаточности, фракции выброса - как возможных факторов, влияющих на функцию внешнего дыхания.

Исследовали следующие показатели ФВД: форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ), объем форсированного выдоха за 1 сек. (ОФВ1) с расчетом индекса Тиффно (ИТ). С целью исследования проходимости бронхов у больных СД использовали модифицированный индекс Тиффно (ОФВ1/ФЖЕЛ).

При сопоставлении клинико-лабораторных данных было установлено, что у больных с верифицированной ИБС без СД показатели ФВД были в пределах допустимых нормальных значений. Однако, у пациентов ИБС с сопутствующим СД, показатели были достоверно снижены по сравнению с результатами II группы. Так ФЖЕЛ в I группе составило $63,0 \pm 2,88$, ОФВ1 - $66,9 \pm 2,9$, во II группе ФЖЕЛ - $71,8 \pm 2,59$, ОФВ1 - $76,3 \pm 2,85$ ($p > 0,05$). Достоверного различия в величине индекса Тиффно между группами выявлено не было: $99,5 \pm 8,35\%$ и $100,7 \pm 2,66\%$ ($p > 0,1$).

Заключение. У пациентов с ИБС с сопутствующим СД наблюдается дисфункция респираторной системы, проявлением которой является достоверное снижение динамических показателей ФВД (ОФВ1, ФЖЕЛ) по сравнению с таковыми у пациентов с ИБС без СД. Следовательно, при подготовке к операции пациентов ИБС и СД необходимо уделять особое внимание таким профилактическим мероприятиям, как отказ от курения, коррекция массы тела, дыхательная гимнастика, дозированные физические нагрузки.

*Муртазаев С.С.,
Мансуров А.А.,
Халикулов Х.Г.*

РЕЗУЛЬТАТЫ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ БОЛЬНЫХ ИБС С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА

*АО "Республиканский специализированный центр хирургии
имени академика В.Вахидова".*

Цель - оценить непосредственные результаты хирургического лечения хронической ИБС с сахарным диабетом II типа.

Материал и методы. В отделении хирургии ИБС оперировано 70 пациентов с ишемической болезнью сердца страдающих сахарным диабетом. Всем

пациентам выполнена операция на работающем сердце с использованием стабилизатора миокарда. Возраст больных варьировал от 34 до 72 лет. Все больные были мужского пола. Нестабильная стенокардия диагностирована у 21 (30%) больных, у остальных 49 (70%) стенокардия напряжения различных функциональных классов.

Гипертоническая болезнь наблюдалась у 62 больных, недостаточность коронарного кровообращения у 31 больных. Постинфарктный кардиосклероз диагностирован у 54 пациентов.

По данным ЭКГ ишемия миокарда выявлено у 30 больных. На ЭхоКГ сократительная способность миокарда у 18 больных была ниже 40%, у 52 больных в пределах 40-50.

По данным коронарорентрокулографии у 35 больных имелось поражение только передней нисходящей артерии, в 28 случаях двух и в 7 случаях трех и более коронарных артерий.

Результаты и их обсуждение. Всем больным произведена прямая реваскуляризация миокарда на работающем сердце. Реваскуляризация одной коронарной артерии выполнена у 35 пациентов, реваскуляризация двух сосудов у 28 пациентов, у 7 больных трех коронарных артерий. Левая внутренняя грудная артерия была использована в 68 слу-

чаях для реваскуляризации передней нисходящей артерии, в остальных 2 случаях использовали ауто-венозный кондуит. Из этого числа 10 пациентам операция проводилась через министернотомию.

После реваскуляризации миокарда на работающем сердце пациенты экстубированы в течение 3-5 часов после операции, в среднем данный временной показатель составил 3,4 часа. Летальность в данной группе больных не наблюдалась. Всем больным послеоперационном периоде проводилась инсулинотерапия. Клиническое улучшение было достигнуто у всех больных. Сократительная способность миокарда по данным эхокардиографии увеличилась в среднем на 2,65%, на ЭКГ мониторинге положительная динамика коронарного кровообращения наблюдалась у 63 (90%) больных. Гнойно-воспалительных осложнений послеоперационном периоде не наблюдалось.

Вывод. Реваскуляризация миокарда на работающем сердце больных ИБС с сахарным диабетом II типа в сочетании с адекватной инсулинотерапией снижает риск интра- и послеоперационных осложнений, таких как осложнения со стороны центральной нервной системы и гнойно-воспалительных процессов, а также позволяет минимизировать риск нефротоксических осложнений.

*Низамходжаев Ш.З.,
Аълоханов Л.Б.,
Каюмходжаев А.А.*

ОБОСНОВАНИЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ФОРМИРОВАНИЯ СЛОЖНОСОСТАВНОГО ЛОСКУТА ДЛЯ РЕКОНСТРУКЦИИ ОБШИРНЫХ ДЕФЕКТОВ ТРАХЕИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

*АО "Республиканский специализированный центр хирургии
имени академика В.Вахидова"*

Введение. При обширных дефектах шейного отдела трахеи необходимо использовать дополнительный пластический материал для восстановления каркасной функции вновь созданной стенки.

Решение проблемы возможно целенаправленным предварительным формированием (префабрикация) сложно-составных лоскутов с осевым кровоснабжением. Префабрикация лоскутов - широкое понятие, подразумевает создание в предварительной донорской зоне лоскутов с желаемым составом и васкуляризацией. В случае пластического замещения обширных дефектов трахеи - это формирование кожно-фасциально-хрящевого лоскута.

Материал и методы. Наиболее близким к дельто-пекторальному лоскуту по анатомии является широко используемый в эксперименте паховый лоскут лабораторных крыс. Мы использовали модель аксиального пахового лоскута (АПЛ), питающегося от надчревной артерии. Исследование включало серию опытов на 46 половозрелых белых крысах массой 180-200 г. Забор участка префабрикованного лоскута выполняли через 3, 6, 12, 18, 24 и 30 суток после имплантации хряща.

Результаты и их обсуждение. Первые признаки васкуляризации имплантата определяются на 6

сутки. Вначале микрососуды появляются в жировой ткани, окружающей хрящ. Признаки васкуляризации надхрящницы появляются на 24 сутки наблюдения. Выраженная васкуляризация надхрящницы отмечается на 30 сутки после имплантации. Это сопровождается её утолщением. Исследования позволили предположить, что васкуляризации надхрящницы предшествует васкуляризация кожи лоскута и жировой ткани, окружающей хрящевой имплантат.

Выводы. Хрящевой имплантат, помещенный в кожно-фасциальный осевой лоскут, срастается с ним на 12-14 сутки с усилением васкуляризации окружающей жировой ткани и фасции. При этом сохраняется полноценное кровоснабжение лоскута, придаютков кожи и восстановление волосяного покрова.

Васкуляризация хрящевой ткани начинается с 24 суток после имплантации и к 30 суткам становится выраженной. Васкуляризации надхрящницы предшествует васкуляризация кожи лоскута и жировой ткани, окружающей хрящевой имплантат.

Оптимальным сроком перемещения префабрикованного кожно-фасциально-хрящевого лоскута для реконструкции являются 28-30 сутки с момента имплантации хрящевого трансплантата.

Низамходжаев Ш.З.,
Каюмходжаев А.А.,
Аълоханов Л.Б.

РЕЗУЛЬТАТЫ РАЗРАБОТКИ СПОСОБА ФОРМИРОВАНИЯ КОЖНО-ФАСЦИАЛЬНО-КОСТНОГО ЛОСКУТА НА СОСУДИСТОЙ НОЖКЕ

АО "Республиканский специализированный центр хирургии
имени академика В.Вахидова"

Введение. Устранение обширных дефектов мягких тканей и подлежащих костей головы - сложная проблема, требующая использования перемещенных лоскутов, свободной аутодермопластики или пересадки лоскутов на микрососудистых анастомозах.

Экспериментально разработан способ формирования префабрикованного кожно-фасциально-костного лоскута, определена эффективность дистанционного ишемического preconditionирования (ДИП) в увеличении выживаемости изолированного кожного лоскута на ножке в 1,48 раза по сравнению с результатами в контрольной группе. Экспериментальное обоснование эффекта ДИП в улучшении выживаемости, расширении параметров (длины, ширины) кожно-фасциального или кожно-фасциально-костного лоскута, на наш взгляд, является актуальной задачей.

Материал и методы. В эксперименте использовали аксиальный пахово-эпигастральный лоскут (АПЭЛ), питающийся от надчревной артерии. Исследование включало 2 серии опытов на 20 половозрелых кроликах массой 2,5-3,0 кг. I серия (n=10) - поднятие АПЭЛ с имплантацией фрагмента аутокости из ребра в подфасциальное пространство лоскута (без использования ДИП).

В серии II (n=10) перед операцией осуществляли ДИП 10-минутным пережатием бедренной артерии. Забор участка префабрикованного лоскута (кожа-фасция-кость) с последующим морфологическим исследованием выполняли через 3, 7, 14, 21 и 28 суток после первого вмешательства.

Результаты и их обсуждение. Во всех случаях моделирования префабрикованного кожно-фасциально-костного лоскута (n=20) заживление ран происходило первичным натяжением. Признаки

нарушения кровообращения, краевые некрозы лоскутов не наблюдали.

Выраженные изменения отмечаются со стороны мягких тканей уже в ранние сроки наблюдения.

На 7 сутки отмечается фрагментация соединительнотканых волокон дермы и выраженный стаз в венах с расширением их просветов. Первые слабо выраженные признаки неоваскулогенеза появляются на 14 сутки. Это выражается в появлении вокруг крупных сосудов, которые отличаются полиморфизмом, мелких тонкостенных микрососудов.

В группе, которая подвергалась preconditionированию через 7 суток отмечалось утолщение стенок сосудов и появление вокруг них мелких микрососудов с эндотелиальными клетками и более интенсивно выраженными тинкториальными свойствами. На 14 сутки в стенке сосудов отмечалась пролиферация эндотелия с проявлением почкования эндотелия в стенке сосуда. В этой группе процессы пролиферации эндотелия и отпочковывания от предсуществующих сосудов их производных (неоваскулогенез) более выражены.

Выводы. Дистанционное ишемическое preconditionирование (ДИП) способствует неоваскулогенезу, обеспечивает лучшую приживляемость кожно-фасциальных лоскутов.

Имплантированную кость можно использовать в составе префабрикованного лоскута в реконструкции дефектов костей лицевого черепа (верхняя, нижняя челюсть, нижняя стенка глазницы) как "свободный трансплантат" с защитным фасциальным покровом.

Оптимальное перемещение кожно-фасциально-костного лоскута для реконструкции - 21-28 суток с момента его формирования.

Расулов Ж.Д.,
Низамходжаев Ш.З.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ БЕСПЛОДИЯ ПРИ ВАРИКОЦЕЛЕ

АО "Республиканский специализированный центр хирургии
имени академика В.Вахидова"

Среди факторов мужского бесплодия 15% составляет варикоцеле. В настоящее время актуальными остаются проблемы профилактики рецидива варикоцеле и развития орхопатии у детей и подростков; устранения рецидива варикоцеле с целью улучшения фертильности. Решение этих проблем предполагает усовершенствование методов диагностики и способов оперативного лече-

ния, в том числе с применением микрохирургической техники.

Нами обследованы и оперированы 147 пациентов с диагнозом варикоцеле в возрасте от 6 до 38 лет, средний возраст - $19,6 \pm 0,5$ лет. Из них 85 первичные и 62 с рецидивом; II степени - 34,4%, III - 65,6%; левосторонним - 127, правосторонним - 5; с 2 сторон - 15. 45 пациентов были фертильного

возраста. В спермограмме у 21 пациента установлена патоспермия, 12 из них страдали бесплодием. Рецидив варикоцеле наступил после операции в сроки от 1 мес. до 5 лет ($10,11 \pm 2,23$ мес.). Все пациенты оперированы: микрохирургическая перевязка семенных вен ($n=111$), формирование межвеннозного анастомоза ($n=36$). В послеоперационном периоде пациентов наблюдались в сроки от 1 мес. до 3 лет.

Установлены следующие причины рецидива варикоцеле:

- непереязанные во время первой операции дополнительные венозные стволы и коллатерали - 12 (19,4%);
- непереязанный основной ствол внутренней семенной вены - 4 (6,5%);
- периартериальные коллатерали - 5 (8%);
- вторично развившиеся коллатерали, связывающие культю пересеченной вены - 2 (3,2%);
- не переязанная наружная семенная вена - 9 (14,5%).

Таким образом, в 32 случаях (51,6%) причиной рецидива варикоцеле явилась техническая ошибка

при первой операции.

Больным с рецидивным варикоцеле ($n=62$) в 30 случаях проведен анализ спермы. У 7 отмечен бесплодный брак от 1 года до 5 лет. У 22 (73,3%) не выявлены патологические изменения. Из остальных 8 (26,7%) больных отмечены: олигозооспермия - у 4 (13,3%), в сочетании с астенозооспермией - 7 (23,3%).

Показатели спермограммы улучшились у больных в обеих групп по сравнению с дооперационным периодом. У 4 больных спермограмма после операции оставалась без особых изменений. После операции у 3 больных отмечено ухудшение показателей спермограммы, у 9 отмечена положительная динамика. У двух больных в наблюдаемые сроки отмечено наступление беременности у жен.

Таким образом, перевязку стволов семенной вены как повторную операцию при рецидивном варикоцеле целесообразно выполнять при рассыпном типе семенной вены с невыраженными нарушениями параметров спермограммы. Во всех остальных случаях вопрос следует решать в пользу формирования микрососудистых межвеннозных анастомозов.

Рахимий Ш.У.

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОТКРЫТЫХ РАНЕНИЯХ СЕРДЦА

Хорезмский филиал РНЦЭМП

Цель исследования - улучшить результаты оперативных вмешательств при открытых ранениях сердца.

Материал и методы. Ранение сердца и перикарда остается предметом повседневного внимания хирургов. В мирное время в большинстве случаев эти ранения наносят холодным оружием. За 5 лет (2011-2016гг.) в хирургическом отделении Хорезмского филиала республиканского научного центра экстренной медицинской помощи оперированы 13 пациентов с ранением сердца. Среди пострадавших - 1 женщина и 12 мужчин, в основном в возрасте до 40 лет (9) пациентов. В большинстве наблюдений раны располагались в левой половине грудной клетки и проецировались на переднюю поверхность сердца - 10 пациентов (76,9%).

В нашей клинике пострадавшим с ранениями в проекции сердца и нестабильной гемодинамикой обеспечивают подтверждение диагноза повреждения сердца и проведение неотложной операции. Все пострадавшие с ранениями сердца были оперированы в течение первого часа с момента поступления в клинику.

Результаты и их обсуждение. Переднебоковую торакотомию по поводу ранения сердца проводили в IV-VI межреберье слева в положении пациента на спине с приподнятой левой половиной тулови-

ща. Подобный доступ позволяет произвести ревизию левого и правого желудочков сердца. Перикард вскрывали в продольном направлении ниже диафрагмального нерва. Во время операции ранение перикарда было отмечено у 4 (30,7%) пострадавших, ранение желудочков сердца - у 5 (38,4%), ранение предсердий - у 4 (30,7%). В момент вскрытия перикарда и эвакуации сгустков крови останавливали фонтанирующее кровотечение прижатием пальца левой руки, одновременно правой рукой накладывали П-образные швы атравматичной нитью пролен, стараясь прошить миокард на всю толщину. При накладывании швов в 2 случаях имела место остановка сердечной деятельности. Для исключения прорезывания лигатур, линию швов дополнительно укрепляли участком иссеченного перикарда.

В послеоперационном периоде умерли 2 пациента. Послеоперационная летальность при ранениях сердца за период исследования составила 15,3%.

Заключение. Таким образом, на госпитальном этапе помощи пострадавшим с ранением сердца решающая роль принадлежит предельно быстрой диагностике и доставке в хирургический стационар с предварительным оповещением. Наиболее часто встречается ранение желудочков - 38,4%. Наиболее хороший результат получен при П-образном ушивании ран миокарда.

Тохилов Ж.Я.,
Ахмедов Л.А.,
Пулатова Ш.Х.

ОСТРАЯ БЕЗБОЛЕВАЯ ИШЕМИЯ МИОКАРДА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Бухарский филиал РНЦЭМП

Цель исследования - изучить на кардиомониторе реэлевацию сегмента ST у больных безболевым ишемией миокарда при остром коронарном синдроме с подъемом сегмента ST.

Материал и методы. Объектом исследования явились 56 пациентов, госпитализированных в течение первых 12 часов с момента развития острого коронарного синдрома с подъемом сегмента ST, которым выполнена успешная по ЭКГ-критериям системная тромболитическая терапия (ТЛТ). Критерием эффективной ТЛТ явилось снижение амплитуды элевации ST на 50% и более от исходного уровня в отведении с максимальной элевацией через 3 часа с момента ее начала. Всем больным проводился кардиомониторинг с использованием комплекса "Contec" (GMS 8000) с анализом динамики сегмента ST по 12 отведениям в режиме on-line.

Результаты и обсуждения. В исследовании включены 17 больных, у которых, по данным кардиомониторинга, были зарегистрированы эпизоды реэлевации сегмента ST. Эпизодом реэлевации сегмента

ST считали появление преходящего подъема сегмента ST в инфаркт-связанных отведениях амплитудой 0,1 мВ и более, продолжительностью не менее 1 мин. Установлено, что, в среднем, за 2,4 (1,5-2,9) часа телеметрического мониторинга у больных регистрировались 3 (2-6) эпизода преходящей элевации сегмента ST продолжительностью $18 \pm 3,5$ мин.

Анализ клинической картины, сопровождавшей реэлевацию сегмента ST, позволил выделить преимущественно безболевого характер данного электрокардиографического феномена (82,4%). Только у 3 пациентов (17,6%) преходящая элевация сегмента ST сопровождалась клинической картиной типичного ангинозного приступа ($p=0,05$).

Таким образом, безболевые эпизоды реэлевации сегмента ST могут быть своевременно выявлены только при ЭКГ-мониторинге. Дальнейшие исследования в этом направлении с разработкой программного обеспечения для достоверной диагностики рецидивов ишемии в режиме реального времени заслуживают серьезного внимания.

Тохилов Ж.Я.,
Ахмедов Л.А.,
Пулатова Ш.Х.,
Алиев С.Н.

КОРРЕКЦИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Бухарский филиал РНЦЭМП

Цель исследования - оценить эффективность коррекции эндотелиальной дисфункции у больных постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС), осложненным хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материал и методы. Обследованы 44 мужчины в возрасте 38-60 лет с диагнозом ПИКС. Давность перенесенного инфаркта миокарда от 2 месяцев до 3 лет. Все больные были рандомизированы по функциональному классу (ФК) ХСН согласно Нью-Йоркской классификации кардиологов. Больные были разделены на 2 группы: 1 группа - 19 больных, получавших на фоне базового лечения бисопролол (конкор); 2 группа - 25 больных, получавших карведилол (карвидил). Изучали сосудодвигательную функцию эндотелия и функциональную активность тромбоцитов (ФАТ).

Результаты и обсуждения. Эндотелий-зависимая вазодилатация (ЭЗВД) в группе здоровых составила $11,4 \pm 1,7\%$, у больных с I ФК отмечалось снижение этого показателя на 23,6 и 25,4% в 1 и 2 группах соответственно. На фоне комплексного лечения бисопрололом и карведилолом через 6 мес. ЭЗВД достоверно увеличилась на 18,3 и 38,8% ($p < 0,05$). У

больных ХСН ФК II отмечалось снижение ЭЗВД на 36,8 и 38,6% по сравнению с контролем в 1 и 2 группах. После лечения наблюдалось увеличение на 11,1 и 35,7% ($p < 0,005$). У 68% больных ХСН ФК III выявлено снижение ЭЗВД, у 30% - патологическая вазоконстрикция, только у 2 ЭЗВД сохранялась. После лечения показатели улучшились на 34,0 и 60,4% в 1 и 2 группах. ФАТ у больных ХСН ФК I до лечения составил $1,85 \pm 0,94$ и $1,9 \pm 1,07$ мкмоль АДФ, что в 2,6 раза меньше, чем в контрольной группе ($4,72 \pm 0,22$). После лечения наблюдалось увеличение в 2,2 раза от исходных показателей в 1 группе и в 2,4 раза - во 2. У больных ХСН ФК II отмечалось снижение ФАТ в 2,5 раза в обеих группах. При лечении в группе с карведилолом наблюдалось увеличение ФАТ в 2,7 раза по сравнению с бисопрололом - 2,3 раза ($p < 0,001$). У больных ХСН ФК III исходно отмечалось снижение ФАТ в 3,2 раза. После лечения в группе 2 отмечалось более выраженное улучшение показателей - 2,5 и 1,8 раз ($p < 0,001$). ФФВ исходно у больных I ФК составлял $125,6 \pm 5,3\%$ и $128,7 \pm 7,32\%$ в 1 и 2 группах соответственно (контроль - $112,0 \pm 13,9\%$).

Таким образом, у больных ПИКС с увеличением

ем степени тяжести ХСН усугублялась дисфункция эндотелия. Шестимесячная терапия карведилолом и бисопрололом улучшает эндотелий-зави-

симую вазодилатацию, уменьшает сосудистый тонус, снижает агрегационную активность тромбоцитов и уровень ФФВ.

*Халикулов Х.Г.,
Мансуров А.А.,
Ахмедов У.Б.,
Муртазаев С.С.,
Чернов Д.А.*

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ИНВАЗИВНЫМИ МЕТОДАМИ

АО "Республиканский специализированный центр хирургии имени академика В.Вахидова"

При многососудистом поражении стеноз одной из двух или трех пораженных артерий зачастую имеет морфологию, ассоциирующуюся либо с высоким риском и /или низкой вероятностью успеха вмешательств (окклюзия артерии с неблагоприятной морфологией, стеноз типа С), либо с высокой вероятностью рестенозирования (протяженные, кальцинированные стенозы).

Цель - оценить результаты гибридного (стентирование с последующим коронарным шунтированием) лечения ИБС.

Материал и методы. В отделении коронарной хирургии АО "РСЦХ им. акад. В.Вахидова" в 2014 году были оперированы 145 больных ИБС, которые имели многососудистый характер поражения венечного русла. Из этого числа 4 больным была проведена реваскуляризация миокарда в два этапа. На первом этапе лечения данные больные имели нестабильное состояние (ОИМ, ранняя постинфарктная стенокардия, прогрессирующая стенокардия). С целью стабилизации состояния дан-

ным пациентам проведено стентирование симптом-связанной артерии. Пациенты обследованы в сроки от 6 до 12 месяцев, им повторно проводилась коронароангиография. Все больные перед операцией имели стабильную стенокардию. Вторым этапом была выполнена операция КШ, в сроки $8,2 \pm 1,97$ месяцев.

Результаты и их обсуждение. В ближайшем послеоперационном периоде летальных исходов и случаев периоперационного инфаркта миокарда не было. По данным ЭхоКГ фракция выброса левого желудочка, в среднем, до операции составила 50,2%, в послеоперационном периоде - 53,1%. У всех больных при проведении ЭКГ в динамике наблюдали улучшение коронарного кровообращения и отсутствие приступов стенокардии.

Выводы. Использование гибридных технологий при инвазивном лечении больных ИБС с нестабильными состояниями дает стойкий клинический эффект при минимальной вероятности развития острых коронарных осложнений.

*Халикулов Х.Г.,
Мансуров А.А.,
Ахмедов У.Б.,
Муртазаев С.С.,
Чернов Д.А.*

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ИБС ГРУППЫ РИСКА ПРИ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

АО "Республиканский специализированный центр хирургии имени академика В.Вахидова"

Цель - оценить результаты коронарного шунтирования у больных с нестабильной стенокардией после медикаментозной стабилизации состояния.

Материал и методы. В исследование вошли 110 пациентов с многососудистым поражением коронарного русла, которым проводили операции коронарного шунтирования в нашем центре с 2005 по 2010 год. Клиническими факторами, с помощью которых оценивали эффективность лечения непосредственно после вмешательства, являлись: наличие или отсутствие симптомов стенокардии, качество жизни, инфаркт миокарда, осложнения, данные ЭхоКГ исследования. Все больные имели нестабильную стенокардию (ранняя постинфарктная, прогрессирующая). Двое больных имели клинику острого коронарного синдрома. Всем больным в доопераци-

онном периоде проводили базисную медикаментозную терапию для стабилизации состояния.

Результаты и их обсуждение. Инфаркт миокарда в анамнезе выявлен в 78,8% случаев; артериальная гипертензия - в 64,7%; сахарный диабет - в 11,2%; острый инфаркт миокарда - в 2,8%. По количеству пораженных коронарных сосудов больных распределили следующим образом. Двухсосудистое поражение - 33,8%; трехсосудистое поражение - 52,1%; поражение ствола левой коронарной артерии - 14%. Наиболее часто поражалась переносная нисходящая артерия - в 90,1%.

У 10 больных непосредственно после КШ ЭКГ в динамике показало улучшение коронарного кровообращения. Ухудшение коронарного кровообращения отмечалось в 5 случаях. Во всех остальных

случаях - без динамических изменений. По данным ЭхоКГ, фракция выброса левого желудочка до операции варьировала от 39% до 71% (в среднем, составила $54,5 \pm 1,2\%$). В послеоперационном периоде - от 39% до 72% (в среднем, $54,8 \pm 2,02\%$). Периперационный инфаркт миокарда составил 4,2%. Двое пациентов в предоперационном периоде имели клинику острого коронарного синдрома с подъемом сегмента ST. Тест на тропонин I в последних случаях был отрицательным.

Выполнены 110 операций КШ: 39 больным - двумя шунтами, 55 - тремя, 14 больным наложены

4 шунта, 2 больным - 5 шунтов.

Выводы. Непосредственные и ближайшие результаты хирургического лечения ИБС при нестабильной стенокардии показывают, что данный метод имеет стойкий клинический эффект. Необходимо отметить, что надо стремиться к стабилизации состояния пациентов в предоперационном периоде. Это значительно улучшает прогноз предстоящих операций. В случае безуспешности медикаментозной терапии больным с нестабильной стенокардией в экстренном порядке необходима операция коронарного шунтирования.

*Khalikulov Kh.G.,
Mansurov A.A.,
Ahmedov U.B.,
Murtazaev S.S.,
Chernov D.A.*

HYBRID TECHNIQUE OF CORONARY REVASCULARIZATION VERSUS CONVENTIONAL CORONARY ARTERY BYPASS SURGERY AT RISK GROUP PATIENTS

"Republican Specialized Center of Surgery named after academician V.Vakhidov" JSC

Objective. Hybrid coronary revascularization (HCR) combines left internal mammary artery (LIMA)-left anterior descending artery (LAD) bypass with percutaneous intervention of non-LAD vessels. The purpose of this study was to compare outcomes of hybrid coronary revascularization to conventional coronary artery bypass graft (CABG).

Methods. 10 patients who underwent HCR were compared with 50 patients who underwent conventional CABG by the period of 2014-2015. The results were estimated by the intraoperative and in hospital mortality, myocardial infarction, and stroke. These 10 patients of HCR group consequently underwent to the percutaneous intervention in the

period of time of one week after coronary surgery.

Results. We have included following patients to the HCR group, these are low ejection fraction, severe multivessel lesions and diabetes mellitus. Direct results of operations were following: in-hospital complications were lower after HCR versus CABG group, such as perioperative myocardial infarction and mortality. One patient of CABG group had the acute left ventricular insufficiency which lead to the death. HCR was associated with shorter hospital stay compared with CABG group.

Conclusions. HCR may represent a safe, less invasive alternative to conventional CABG in carefully selected patients.

*Хамдамов У.Р.,
Мусоев Т.Я.,
Азимов Ф.Р.,
Кенжаев Л.*

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВОСХОДЯЩЕГО ТРОМБОФЛЕБИТА У БЕРЕМЕННЫХ

Бухарский филиал РНЦЭМП

Варикозная болезнь является распространенным заболеванием у беременных женщин в до и послеродовом периодах. Варикозные вены представляют собой особо "благодатную почву" для развития тромбоза, так как изменения сосудистой стенки, гиподинамия в родовом и послеродовом периоде, замедление оттока крови из нижних конечностей служат основными причинами тромбообразования. Увеличение массы матки и плода приводит к замедлению оттока крови из нижних конечностей.

Цель исследования - улучшить результаты лечения беременных женщин с варикозной болезнью и её осложнений во время беременности и родов.

Материал и методы. Основу исследования со-

ставили 47 беременных женщин в возрасте от 20 до 38 лет с варикозной болезнью нижних конечностей. До беременности варикозной болезнью страдали 12 женщин. У 21 болезнь возникла на фоне первой, у 18 - второй, у остальных - последующих беременностей. У 31 беременной наблюдался восходящий тромбофлебит (ВТ): у 16 - в родовом, у 15 - в послеродовом периоде. Почти все беременные до, во время и после родов лечение по поводу варикозной болезни не получали.

Результаты и их обсуждение. Всем пациенткам выполнена кроссэктомия - перевязка и пересечение большой подкожной вены и её основных притоков в месте впадения в глубокие вены бедра. Операцию выполняли под местной анестезией из

минидоступа в области паховой складки. Все больные после заживления послеоперационной раны и стихания признаков тромбоза выписаны в удовлетворительном состоянии. Несвоевременная ликвидация угрозы перехода тромботического процесса на глубокую вену приводит к возникновению таких тяжелых осложнений, как тромбоз ма-

гистральных вен, посттромбофлебитическая болезнь или многократный рецидив ВТ, которые требуют длительного лечения.

Выводы. Кроссэктомия у беременных с ВТ позволяет достичь хороших результатов. Успешная операция является гарантом благополучного течения родов и послеродового периода.

*Хамдамов У.Р.,
Ходжаев К.Ш.,
Саломов Н.И.
Холиков Ф.Й.*

ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ИШЕМИЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

Бухарский филиал РНЦЭМП

Острая артериальная ишемия конечностей, вызванная тромбозами или тромбоэмболиями, является экстренной ангиохирургической патологией. Выбор метода лечения в данной ситуации зависит от ряда причин: выраженности степени ишемии, выраженности интоксикации, уровня поражения того или иного артериального сегмента, наличия сопутствующих заболеваний, возраста больных.

Цель - определить оптимальную тактику ведения больных с острой артериальной ишемией, позволяющую сохранить конечность или снизить уровень ампутации.

Материал и методы. С 2010 по 2015 год в отделении 1 экстренной хирургии Бухарского филиала РНЦЭМП пролечены 68 больных острой артериальной ишемией различной степени. Из них в 47 случаях острая ишемия была вызвана тромбоэмболией в различные артериальные сегменты, в 21 - тромбозом на фоне атеросклеротического поражения.

Обследование больных начинали на фоне комплексной консервативной терапии сразу после поступления в стационар. Всем больным произведена ЦДС магистральных артерий конечностей.

Результаты и их обсуждение. При тромбоэмболиях все больные после предоперационной подготовки и стабилизации состояния были оперированы. Производилась тромбоэмболэктомия из различных артериальных сегментов. В 2 случаях произведена первичная ампутация конечности (длительность ишемии ИБ-ША ст. свыше 12 часов, развитие контрактуры конечности). При ишемиях, вызванных тромбозом на фоне атеросклероза, лечебную тактику и метод операции определяли в каждом случае строго индивидуально в зависимо-

сти от конкретной клинической ситуации. Развитие необратимых изменений тканей конечности определяло необходимость выполнения ампутации по первичным показаниям. При длительности ишемии менее 4 часов в большинстве случаев предпринимались попытки выполнения тромбэктомии или первичной реконструкции. Длительность ишемии более 5 часов служила основанием для проведения комплексной консервативной терапии, так как развивающийся периферический ангиоспазм в сочетании с расстройством коагуляции обуславливает значительную вероятность отрицательных результатов оперативного лечения. Только отсутствие эффекта консервативной терапии у таких больных может определять необходимость экстренной операции.

Ампутация конечности по первичным показаниям выполнена 5 пациентам. 7 пациентам выполнена тромбэктомия с восстановлением магистрального кровотока. 4 - первичные реконструктивные операции с положительным результатом и купированием острой ишемии. Положительный эффект консервативной терапии отмечен у 10 больных. 4 из них затем выполнены реконструктивные операции с хорошим и удовлетворительным результатами.

Выводы. Считаем, что больных острой артериальной ишемией, вызванной тромбоэмболией следует оперировать в кратчайшие сроки от её возникновения. При острых ишемиях, возникших на фоне атеросклероза с длительностью свыше 4-5 часов, необходима комплексная консервативная терапия с последующим (после купирования явления острой артериальной ишемии) выполнением реконструктивной операции.

*Шамсиев А.М.,
Шамсиев Ж.А.,
Атакулов Д.О.,
Муталибов И.А.,
Тогаев И.У.,
Муталибов А.И.*

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ГЕАНГИОМ У ДЕТЕЙ

Самаркандский государственный медицинский институт

Гемангиома - доброкачественная опухоль сосудистого происхождения, которая начинает увеличиваться уже с первых дней жизни ребенка. Несмотря на доброкачественность, гемангиомы отличаются быстрым прогрессирующим ростом. Разрастаясь они разрушают окружающие ткани.

До сих пор нет единой лечебной тактики. Многообразие форм, локализаций и распространенности гемангиом обуславливают необходимость постоянного поиска эффективных методов лечения.

Цель работы - выбрать оптимальный безопасный метод лечения детей с гемангиомами.

С 2013 по 2015 год во 2 клинике Самаркандского государственного медицинского института получали лечение 214 больных с разными формами гемангиом. В возрасте до 1 года пролечены 122 (57%) ребенка, 1-3 лет - 51 (23,8%), 4-7 лет - 29 (13,6%), 8-15 лет 36 (5,6%). Мальчиков было 92 (43%), девочек - 122 (57%).

Всем больным под контролем ЭКГ с оценкой частоты сердечных сокращений и атриовентрикулярной проводимости назначали пропранолол перорально из расчета 2 ($\pm 0,5$) мг/кг массы тела ребенка. Предлагаемая схема дозирования пропранолола - 2 мг/кг в 2-3 приема - не учитывает индивидуальные особенности пациентов. Степень биотрансформации пропранолола существенно различается у разных больных. В связи с этим при назначении одной и той же дозы можно получить разные концентрации.

Результаты оценивали по прекращению роста и уменьшению размеров гемангиомы, уменьшению

ее плотности, яркости окраски, заживлению трофических расстройств на поверхности опухоли.

Среднее время наблюдения составило 17 (10-24) мес. У большинства пациентов после 9 месяцев наблюдалось значительное снижение интенсивности окраски гемангиомы. У 43 больных в связи с улучшением через 1 год лечение закончено; семейным потребовалось повышение дозы пропранолола (до 2,5 мг/кг на массы тела); троим проведено оперативное вмешательство в связи с прогрессивным ростом опухоли. У шестерых из 43 пациентов, прошедших курс лечения, через 3 мес. после терапии зафиксированы небольшой повторный рост и потемнение гиперплазии. Повторный рост гемангиом после остановки терапии наблюдался особенно у детей старше 1 года. Этим пациентам повторно назначено лечение пропранололом ещё на 1 год. Лечение прекращено у 9 больных в связи с побочными эффектами (брадикардия и АВ-блокада).

У 17 больных из 214 2 лет в течение 1 года изменения со стороны гемангиомы не отмечали. Им намечено оперативное удаление с последующим повторным курсом пропранололом для профилактики рецидива.

139 больных продолжают лечение пропранололом на разных стадиях регрессии.

Выбор правильной тактики лечения гемангиом у детей является основой положительных результатов лечения. Применение пропранолола эффективно при лечении гемангиом на протяжении 3 лет. Пропранолол может применяться в качестве препарата первого ряда.

*Эгамбердиев Ш.И.,
Мансуров А.А.,
Ахмедов У.Б.,
Халикулов Х.Г.*

РОЛЬ ПЕРФУЗИОННОЙ СЦИНТИГРАФИИ МИОКАРДА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

*АО "Республиканский специализированный центр хирургии
имени академика В.Вахидова"*

"Полная" реваскуляризация миокарда является определяющей в хирургической тактике при ИБС, при которой количество сформированных шунтов должно соответствовать количеству пораженных коронарных артерий. Для контроля качества коронарного шунтирования и стентирования коронарных артерий используются эндоваскулярные методы, требующие госпитализации и подготовки больных.

Идеальным способом оценки адекватности шунтов и полноты реваскуляризации миокарда могла бы стать интраоперационная коронарография, которая позволяет в режиме реального времени наблюдать зоны перфузии через каждый шунт по мере выполнения анастомозов и определять наличие внутри и межсистемных коллатералей, а так же оценивать качество выполненных анастомозов.

Альтернативным методом определения качества реваскуляризации может быть перфузионная сцин-

тиграфия миокарда (ПСМ), которую можно выполнить в амбулаторных условиях. ПСМ - это радиоизотопный метод исследования, предназначенный для оценки кровоснабжения миокарда на уровне микроциркуляции.

Цель работы - изучить качество и достоверность реваскуляризации миокарда, оценить проходимость и функциональную состоятельность маммарно-коронарных и аортокоронарных шунтов в раннем послеоперационном периоде.

Материал и методы. Работа основана на ретроспективном анализе результатов хирургического лечения 130 больных ИБС в отделении коронарной хирургии АО "РСЦХ им. акад. В.Вахидова" в 2014 г. Женщин было 16 (13%), мужчин - 114 (87%) в возрасте от 40 до 72 лет (средний возраст - 52,5 \pm 7,2 года). Все пациенты имели длительный ишемический анамнез, перенесли один или несколь-

ко инфарктов миокарда.

Всем пациентам до операции проводили сбор данных анамнеза и жалоб, ЭКГ, холтеровское мониторирование, селективную КВГ, ЭхоКГ, перфузионную сцинтиграфию до и после операции, нагрузка-покой для оценки перфузии и сократительной способности миокарда и дифференциации характера его поражения (ишемия, гипертрофия, рубец) в гипоперфузируемых участках.

По данным ЭхоКГ до операции КДО ЛЖ, в среднем, составило $175,5 \pm 48$ мл, ФВ ЛЖ, в среднем, - $45,8,1\%$. У 8 пациентов выявлена аневризма левого желудочка. По данным перфузионной сцинтиграфии у всех больных обнаружены дефекты перфузии миокарда различной степени выраженности, в среднем дефект перфузии составлял $41 \pm 9,6\%$.

Локализация очагов гипоперфузии у всех больных совпадала с ангиографическими данными. Поражение по площади по всем сегментам передней стенки и верхушки отмечено в 100% случаев, по перегородочным сегментам от 47 до 69%, по боковым сегментам от 27 до 43%, по сегментам нижней стенки от 14 до 37%.

По данным коронаровентрикулографии субтотальный стеноз ствола ЛКА выявлен в 17% случаев, проксимальный стеноз правой коронарной артерии - в 27,4%, множественное поражение правой коронарной артерии - в 23,7% и трехсосудистое поражение - в 87%.

Операции проводили с использованием многокомпонентной анестезии в условиях искусственного кровообращения и фармакоолодовой кардиоплегии. 94% пациентов шунтировали переднюю межжелудочковую ветвь левой коронарной артерии, правую коронарную артерию - 68%, огибающую ветвь левой коронарной артерии - 66%, диагональную ветвь левой коронарной артерии - 38%, артерию интермедия - 15%. Среднее количество шунтов на одного пациента составило $3,2 \pm 0,9$.

На 6-7 сутки после операции проводили контрольную эхокардиографию и перфузионную сцинтиграфию миокарда. После операции, по данным ЭхоКГ, отмечена положительная динамика показателей сократимости левого желудочка. Отмечается увеличение ФВ ЛЖ до $49,5 \pm 5,7\%$, уменьшение КДО на 17% ($135,1 \pm 25$ мл).

По данным ПСМ при наличии достаточного количества гибернированного миокарда, отмечается уменьшение дефекта перфузии на $14,2 \pm 5,7\%$.

Выводы. Коронарное шунтирование - эффективный метод реваскуляризации миокарда у пациентов с рубцовым поражением значительной части миокарда и исходно низкой фракцией выброса. Неинвазивные методы диагностики обладают высокой степенью надежности в определении проходимости и функциональной состоятельности коронарных шунтов у больных с ИБС. По данным ПСМ после шунтирования коронарных артерий наблюдается значимое уменьшение дефекта перфузии, что свидетельствует о восстановлении гибернированного миокарда.

3. ТОРАКАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

Алиев М.М.,
Тилавов У.Х.,
Тураева Н.Н.,
Норбаев Т.Т.,
Абдукодиров О.А.

**ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ
ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ**

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Наиболее частыми осложнениями эхинококкоза легких являются прорыв эхинококковой кисты в бронх, плевральную полость; нагноение кисты и диссеминация процесса. Под нашим наблюдением с 2010 по 2016 год находились 29 детей с осложненными формами эхинококкоза легких. Прорвавшийся в бронх эхинококкоз диагностирован у 13 из них: нагноившийся после прорыва в бронх - у 8; нагноившийся после прорыва в плевральную полость - у 2; диссеминированный процесс отмечен у 6 детей.

Основные жалобы при поступлении: фебрильная температура, признаки дыхательной недостаточности, кашель с обильной гнойной мокротой; иногда в мокроте обнаруживались фрагменты хитиновой оболочки и прожилки крови.

Диагностика осложненных форм эхинококкоза легких характеризовалась наличием остаточной полости с признаками прорыва кисты в бронх или в плевральную полость. Для уточнения диагноза

проводили диагностическую и санационную бронхоскопию, при которой визуализировалась картина гнойного эндобронхита на стороне поражения. Лечение осложненных форм эхинококкоза легких у детей - только оперативное. При прорвавшемся в бронх эхинококкозе больных оперировали в ранние сроки до начала нагноительного процесса. Больным с нагноившимся эхинококкозом проводили тщательную предоперационную подготовку, операцию назначали только после нормализации температуры и показателей гемограммы. 12 из 29 больных оперированы в ранние сроки; после 3-5 дневной подготовки - 17 больных. Наилучшие результаты отмечены у детей, оперированных в первые сутки после прорыва кисты.

Вывод: Анализ ближайших и отдаленных результатов показал, что все больные с осложненными формами эхинококкоза легких нуждаются в экстренном оперативном вмешательстве до нагноения кисты с последующей санационной бронхоскопией.

Аминов.У.С

**ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ
У ДЕТЕЙ С БАКТЕРИАЛЬНОЙ ДЕСТРУКЦИЕЙ ЛЕГКИХ**

*Ташкентский институт усовершенствования врачей
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи*

Своевременная диагностика гнойных заболеваний легких и плевры и адекватное лечение позволяют получить хорошие результаты. Основными диагностическими мероприятиями при этой патологии являются лабораторные, микробиологические исследования, бронхоскопия и полипозиционное рентгенологическое исследование. В последние годы особое значение придается эхографическому исследованию (УЗИ) легких и плевры.

Нами проанализирован архивный материал за 2008-2015г. отделения неотложной педиатрии и хирургии детского возраста клиники РНЦЭМП. За этот период поступили 82 ребенка с бактериальной деструкцией легких (БДЛ). Во всех случаях произведено эхографическое исследование. Выбор датчиков зависел от размеров тела пациента и выраженности подкожно-жировой клетчатки. Во всех случаях в начале исследования использовались кон-

вексные датчики. Линейные датчики применяли для более тщательной оценки воспаленного фрагмента легочной ткани и выявления мелких очагов деструкции.

При УЗИ плевральной полости определяли наличие и характер жидкостного образования, его объем и глубину нахождения, наличие легочных секвестров. Осматривали все отделы передней, задней, боковой и диафрагмальной поверхности легких, висцеральной и париетальной плевры. Выявлены ультразвуковые особенности, которые при серозном выпоте в плевральной полости характеризуются как анэхогенное образование. При этом плевра в начальной стадии тонкая, гладкая, затем диффузно утолщаются висцеральная и париетальная плевра. При хронизации заболевания плевра диффузно утолщается, имеет гиперэхогенные включения, неровность контуров. У больных с гнойны-

ми плевритами свободная жидкость определяется в виде анэхогенного образования с мелкими гиперэхогенными включениями.

Заболевание с одинаковой частотой встречалось у мальчиков - 42 (51,2%) и девочек - 40 (48,7%). Поражение правого легкого отмечено у 56 (68,3%) больных, левого - у 22 (26,9%), двустороннее поражение - у 4 (4,8%) детей. Основные клинические признаки: кашель, одышка, повышение температуры тела до фебрильных цифр, скопление выпота в плевральной полости.

У 52 (63,46%) больных была легочно-плевральная форма заболевания, у 42 из них (81,8%) установлен пиопневмоторакс, у 10 (18,2%) - пиоторакс. В 28 (34,1%) случаях диагностирована легочная форма заболевания: в 21 (75%) - абсцесс легких и гангрена, в 7 (25%) - мелкоочаговая множественная БДЛ, у 2 (2,43%) - хронические формы БДЛ.

Таким образом, эхографическое исследование в диагностике бактериальной деструкции легких у детей имеет несомненные преимущества перед рентгенологическим методом.

*Джуманазаров Т.М.,
Усманов Б.Б.,
Хайруддинов Р.В.,
Корень Л.П.*

РОЛЬ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ МЕЗОТЕЛИОМЫ ПЛЕВРЫ

Республиканский онкологический научный центр

Актуальность. Мезотелиома плевры (МП) - злокачественная агрессивно растущая опухоль, которая возникает при трансформации мезотелиальных клеток. Злокачественная мезотелиома плевры (ЗМП) является относительно редкой опухолью органов грудной полости. В последнее десятилетие ряд авторов отмечает количественный рост этой патологии. Высказывается гипотеза о росте численности этой патологии в связи с увеличением загрязненности внешней среды вредными промышленными веществами, выбрасываемыми в воздух. Современная диагностика опухолей плевры остается трудной задачей.

Цель исследования - изучить роль компьютерной томографии в диагностике МП.

Материал и методы. 29 пациентам с подозрением на опухоль плевры проведено КТ обследование на аппарате SIEMENS SOMATOM ARARTX (Германия).

Результаты и их обсуждение. У 12 больных диагностирована опухоль плевры с неравномерным узловатым утолщением костальной плевры и увеличением лимфатических узлов средостения. У 5 пациентов опухолевая инфильтрация сливалась с контурами легкого; у 6 отмечались опухолевые узлы и жидкость по ходу междолевой щели, а также инфильтрация, распространяющаяся в паренхиму легкого. У 7 пациентов было объемное поражение плевры с признаками распространения процесса в паренхиму легкого: паренхима представлена плотной тканью. Инфильтрат заполнял обширные зоны гемиторакса со смещением органов средостения и с выпотом в плевральной полости. В 3 случаях диагностировано узловатое поражение плевры в про-

екции корня легкого с локальными инфильтративными изменениями паренхимы легкого и пакета лимфатических узлов. В 12 случаях обнаружено тотальное поражение плевры с вовлечением в процесс лимфоузлов средостения до 11-18 мм, уменьшением размеров грудной клетки на стороне поражения и скоплением жидкости в плевральной полости. В 5 случаях отмечалось опухолевое образование медиастинальной плевры вдоль средостения, опухолевая инфильтрация распространялась в клетчатку средостения и перикард, с признаками перикардита и плеврита. Результаты показали, что при диагностике ЗМП наиболее характерными КТ-изменениями являются выпот в плевральной полости; неравномерное узловатое утолщение костальной или висцеральной плевры; расширение и утолщение междолевых щелей; опухолевые массы, окружающие и сдавливающие легкое; уменьшение размеров гемиторакса; смещение органов средостения. Результаты исследования подтверждены клиническими и морфологическими методами диагностики.

Выводы. КТ позволяет выявить распространенность и локализацию объемных образований плевры, их прорастание в грудную стенку, инвазию в клетчатку средостения, прорастание в диафрагму и распространение в брюшную полость; точно определить размеры объемных образований плевры, соотношение со смежными структурами, определить характер роста объемного образования и его структуру, косвенно оценить наличие метастазов в регионарные лимфатические узлы. Оценка указанных параметров очень важна при планировании хирургического лечения МП.

Кучкаров О.О.

ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель - систематизировать собственные подходы к выбору тактики хирургического лечения при торакоабдоминальных ранениях.

Материал и методы. Хирургическое лечение при торакоабдоминальных (171 - 86,4%) и абдоминально-торакальных (27 - 13,6%) ранениях проведено 198 больным. Одиночные ранения торакоабдоминальной зоны констатированы у 160 (80,8%), множественные - у 38 (19,2%) пациентов. Мужчин было 166 (83,8%), женщин - 32 (16,2%) в возрасте от 16 до 69 лет. Сроки от момента травмы до оказания помощи составили от 30 минут до 24 часов, при этом 163 (82,3%) больных были доставлены в клинику в первые 6 ч. от момента эксцесса. В эти сроки общее состояние большей части больных было относительно стабильное у 141 (71,2%), удовлетворительное - у 22, средней тяжести - у 119. Практически треть пострадавших (57; 28,8%) поступали в клинику в тяжелом (43) и крайне тяжелом (14) состоянии. Только в одном случае мы имели дело с огнестрельным ранением, у всех остальных пострадавших были колото-резаные ранения.

Результаты и их обсуждение. Основным методом диагностики при ранениях торакоабдоминальной зоны является рентгенография грудной клетки и живота. Это удалось выполнить 186 (93,9%) пострадавшим. Ранения диафрагмы у 105 (56,5%) обследованных сочетались с рентгенологическими признаками гемоторакса (84) и гемопневмоторакса (21), у 9 (4,8%) больных - с картиной пневмоторакса. Ни в одном случае мы не выявили явные признаки пролабирования органов брюшной полости в плевральную полость. Достаточно редко (17; 9,1%) визуализируется свободный газ под куполами диафрагмы. У 72 (38,7%) больных рентгенологические признаки повреждения не были выявлены.

Трансабдоминальное УЗИ выполнено 183 (92,4%) пациентам. Только у 84 (45,9%) обследованных удалось визуализировать признаки гемоперитонеума (73) и ранения паренхиматозных органов (11). У остальных 110 (60,1%) больных эхопризнаки повреждений не выявлены. Возможности УЗИ плевральных полостей ограничены констатацией признаков гемоторакса (свободной жидкости), что имело место в 61 (33,3%) случае.

Торакоскопия выполнена 151 (76,3%) пациенту. Показания к конверсии возникли у 31 (20,5%) больного по причине выявления глубоких и прикорневых ранений легкого (2), ранения перикарда (3), кровотечения из межреберных сосудов (3) и невозможности торакоскопического ушивания ранения диафрагмы (15). 17 (54,8%) больных необходимые хирургические пособия на торакальном этапе удалось выполнить через миниторакотомный доступ с видеоассистированием.

Лапароскопию применяли, вторым этапом после торакоскопии или торакотомии с уже подтвержденным ранением диафрагмы при стабильных показателях гемодинамики. Показаниями к эндос-

копической ревизии органов брюшной полости у этой категории больных являются отсутствие клинико-инструментальных данных повреждения внутренних органов, одиночные ранения в подреберных областях и по реберному краю, в эпигастрии. В последние годы мы расширили показания к видеолапароскопии для больных с ранениями диафрагмы и верхнего этажа передней брюшной стенки. Этот метод используем, в том числе больным с ранениями диафрагмы при наличии гемоперитонеума большого объема, при признаках повреждения полого органа, множественных ранениях живота, а также пострадавшим, ранее перенесшим лапаротомию выполняли широкую лапаротомию.

Лапароскопию использовали 116 (58,6%) больным, при которой хорошо просматриваются нижняя поверхность диафрагмы и зона ранения. Гемоперитонеум выявлен у 87 (75%) пациентов, повреждения печени - у 46 (39,7%), селезенки - у 23 (19,8%), большого сальника - у 21 (18,1%), полых органов - у 10 (8,6%). У 17 (14,7%) больных с абдоминально-торакальными ранениями лапароскопия позволила визуализировать внутреннее отверстие раневого канала брюшной стенки. При поверхностных ранениях печени у 29 (25,0%) больных эндохирургическая техника позволила успешно выполнить эндоскопический гемостаз.

Послеоперационные осложнения отмечены у 86 (43,4%) больных, 6 (5,2%) из которых умерли по причине декомпенсированного геморрагического шока (3 больных с ранениями сердца, нижней полой вены и печени); пневмонии (1), эмпиемы плевры (1) и острого инфаркта миокарда (1).

Выводы. При торакоабдоминальных ранениях клинико-инструментальные признаки повреждений органов грудной клетки и живота проявляются в ограниченном числе случаев (до 39%), при этом ни один из выявленных симптомов не является специфическим для повреждения диафрагмы, что может быть причиной диагностических и тактических ошибок.

Торакоскопическая ревизия плевральной полости при проникающих ранениях торакоабдоминальной зоны грудной клетки позволяет отчетливо визуализировать все отделы ипсилатеральной половины диафрагмы, что практически исключает вероятность диагностических ошибок. Эндохирургическая техника у 65,5% раненых позволяет успешно санировать плевральную полость от гемоторакса; в том числе свернувшегося гемоторакса, осуществить эндоскопический гемостаз, выявить повреждения легкого и перикарда.

Хирургическую тактику лечения торакоабдоминальных ранений необходимо определять не по наличию проникающего ранения, а по интенсивности кровотечения и результатам эндоскопической ревизии с учетом возможностей эндоскопической техники.

Мадиёров Б.Т.,
Расулов А.Э.,
Юсупбеков А.А.,
Усманов Б.Б.,
Чернышева Т.В.

ВОЗМОЖНОСТИ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ СРЕДОСТЕНИЯ

Республиканский онкологический научный центр МЗ РУз

Актуальность. Клиническая диагностика новообразований средостения крайне затруднительна. Частота отдельных симптомов варьирует от 20 до 80%. В числе многочисленных методов, успешно применяемых для диагностики и лечения новообразований средостения, особое место отводится видеоэндохирургическим операциям.

Цель - улучшить результаты диагностики и лечения опухолей средостения путем использования мининвазивных технологий.

Материал и методы: С 2000 по 2015 год в РОНЦ МЗ РУз пролечены 580 больных с образованием средостения. Из них женщин - 248 (42,8%), мужчин - 332 (57,2%). По возрасту распределены: до 19 лет - 114 (19,6%), с 19 до 44 лет - 305 (52,7%), с 45 до 59 - 118 (20,4%), с 60 до 75 лет - 41 (7,06%), старше 75 лет - 2 (0,3%). Возраст больных варьировал от 2 до 76 лет. Средний возраст - $40,5 \pm 12,4$. С целью гистологической верификации под контролем УЗИ и КТ 352 больным выполнена трансторакальная срезовая биопсия. В случае расположения основной массы опухоли за грудной клеткой, когда имеется прилегание к сосудам средостения, при возможности радикального удаления из 290 (50,0%) операций 187 (64,5%) больным выполнены мининвазивные вмешательства. В 91 (48,9%) случае диагностическая торакоскопия окончена биопсией, 19 (10,2%) больным про-

изведено торакоскопическое удаление, 25 (13,4%) - VATS удаление. После диагностической торакоскопии в 50 (26,8%) случаях опухоль удалена торакотомным доступом (справа - 28, слева - 18); в 2 случаях - комбинированным доступом. При больших размерах (более 8-10 см), опухоль удалена торакотомным доступом у 48 (16,6%) больных, стернотомным - у 22 (7,6%); разрезом Кохера в сочетании с частичной стернотомией - у 12 (4,1%); 4 (1,2%) выполнено циторедуктивное удаление опухоли; 2 (0,7%) - эксплоративная стернотомия.

Результаты и их обсуждение. При мининвазивных вмешательствах почти в два раза снижены объем кровопотери и койко-дни после операции. Рецидивов и летальных исходов не было. После стандартных вмешательств в 3 (1,03%) случаях отмечен летальный исход. Результаты морфологии: опухоли тимуса - 182 (31,4%), лимфомы - 62 (10,7%), мезенхимальные опухоли - 72 (12,4%), нейрогенные опухоли - 83 (14,3%), герминогенные - 41 (7,01%), кисты средостения - 16 (2,8%), туберкулез - 12 (2,1%); саркоидоз - 8 (1,4%) случаев.

Выводы. Использование современных мининвазивных методов в дифференциальной диагностике и лечении позволяет избежать диагностические торако- и стернотомии, выполнять радикальные операции.

Мадиёров Б.Т.,
Юсупбеков А.А.,
Кротов Н.Ф. *,
Расулов А.Э.,
Усманов Б.Б.,
Чернышева Т.В.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВНЕГОНАДНЫХ ГЕРМИНОГЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ СРЕДОСТЕНИЯ

Республиканский онкологический научный центр МЗ РУз

* ФГБУ "НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова" МЗ России, г. Санкт-Петербург

Актуальность. Первичные внегонадные герминогенные опухоли (ВГО) средостения составляют 50% истинных герминогенных опухолей яичка и яичников. Первичная локализация в средостении наблюдается в 1-5% случаев. ВГО средостения возникают в любом возрасте, однако пик заболеваемости приходится на 20-35 лет. Основной метод лечения - оперативный, особое место отводится видеоэндохирургическим операциям.

Цель - оценить результаты диагностики и лечения внегонадных герминогенных опухолей средостения.

Материал и методы. С 2000 по 2015 год в тора-

кальном отделении РОНЦ МЗ РУз пролечен 41 больной с ВГО средостения. Женщин было 19 (46,34%), мужчин - 22 (53,66%). По возрасту: до 19 лет - 4 (9,75%), с 19 до 44 лет - 29 (70,73%), с 45 до 59 - 7 (17,07%), с 60 до 75 лет - 1 (2,43%). Средний возраст - $34,58 \pm 12,4$ года. Вопрос о ВГО средостения решался при исключении новообразований в яичниках и яичках. У 16 (39,02%) пациентов новообразование в средостении было выявлено случайно при полном отсутствии симптомов. В 6 (14,63%) случаях клиника была неспецифической - кашель, боли в грудной клетке, повышение температуры тела, слабость, в редких случаях - кровохарканье. В 4

(9,75%) случаях - клиника медиастинального компрессионного синдрома. Интервал от начального обследования до постановки диагноза ВГО средостения от 3 до 8,5 мес. С целью гистологической верификации в предоперационном периоде под контролем УЗИ 6 больным выполнена трансторакальная пункционная биопсия. Все больные перенесли оперативные вмешательства. Выбор оперативного доступа определяли в зависимости от размеров, наличия или отсутствия прилегания к крупным сосудам средостения, инфильтрации в легочную ткань. Размеры опухоли до 6 см - у 2 больных, до 10-12 см - у 39. В 24 (58,53%) случаях с целью определения резектабельности первым этапом проведена диагностическая торакоскопия. В двух случаях операция завершена биопсией. Одномоментно вторым этапом 6 (14,63%) больным выполнено видеоторакоскопическое удаление; у 16 (39,02%) опухоль удалена торакотомным доступом (справа - 8, слева - 8); всего торакотомным доступом опухоль удалена в 31 (75,6%) случае; в 2 (4,87%) случаях удаление опухоли выполнено стернотомным доступом.

Результаты и их обсуждение. При анализе материала учитывали пол, возраст, начальные клинические проявления заболевания, данные комплексных методов исследований, гистологический характер опухоли, уровень опухолевых маркеров - АФП, ?-ХГ, ЛДГ; степень распространенности процесса - МСКТ с ангиографией, результаты лечения. Положительная реакция на АФП отмечена у 9

(21,95%), высокий уровень ХГ - у 7 (17,07%), ЛДГ - 4 (9,75%) больных. Продолжительность оперативного вмешательства стандартным доступом составила $106,5 \pm 21,3$ мин., при миниинвазивных вмешательствах - $92,2 \pm 27,8$ мин. Снижена частота применения обезболивающих препаратов с $4,2 \pm 1,6$ до $2,1 \pm 0,6$ дня. Отмечено снижение сроков дренирования плевральной полости, в среднем, от $4,5 \pm 1,4$ до $2,5 \pm 0,8$ дня, пребывания с $16 \pm 8,5$ до $7 \pm 2,4$ дня. Различия статистически недостоверны учитывая сравнительно небольшую группу больных, перенесших видеоторакоскопические операции, но результаты соответствуют данным литературы. В 6 случаях выполнены комбинированные резекции: легкого - 2, перикарда - 3, ребер - в одном случае. Результаты гистологического исследования: доброкачественные тератомы (в том числе дермоидные кисты) - 37 (90,24%), злокачественная тератома - 3 (7,31%), семинома - 1 (2,43%) случаях. Рецидива и летальных исходов не было. При семиноме и злокачественной тератоме проведена консервативная терапия.

Выводы. Использование современных миниинвазивных методов в дифференциальной диагностике больных с ВГО средостения, решении вопроса о резектабельности позволяет избегать диагностических торако- и стернотомий, выполнять радикальные операции. Адекватное хирургическое лечение больных с тератомой средостения исключает рецидив и обеспечивает полное выздоровление.

Маматова Н.Т.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Самаркандский государственный медицинский институт

Лекарственная устойчивость микобактерий при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких значительно ухудшает клиническое течение заболевания и служит одной из основных причин малой эффективности противотуберкулезной химиотерапии и высокой летальности. В связи с этим в оздоровлении указанного контингента больных важная роль принадлежит хирургическим методам лечения.

Цель - оценить эффективность комплексного хирургического лечения больных фиброзно-кавернозным туберкулезом.

Материалы и методы. Методом случайного выбора из больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких (ФКТЛ), находившихся на стационарном лечении в Самаркандском областном противотуберкулезном диспансере в 2013-2015 годах, были отобраны 20 больных, лечившихся в 2013 году; 20 - в 2014 году; 20 - в 2015 году, составивших группу из 60 больных.

Результаты и их обсуждение. Возраст больных варьировал от 20 до 68 лет. Группу лиц наиболее

трудоспособного возраста составили 58 человек (96,7%). Преобладали мужчины - 56 (93,3%). Анализ распределения больных в зависимости от длительности заболевания выявил, что больных со сроком заболевания от 6 до 12 месяцев было 14 (23,3%), более 12 месяцев - 16 (26,7%). Длительность заболевания от 2 до 3 лет наблюдалась у 30 больных и составила 50,0%. Клиническая эффективность стационарного этапа стандартной антибактериальной и патогенетической терапии была достигнута у 30 (50,0%) больных. Она заключалась в исчезновении интоксикационного синдрома у 14 (46,7%), прекращении бактериовыделения - у 12 (40,0%) и некоторой положительной рентгенологической динамики специфического процесса, характеризующейся уменьшением в размерах каверн в 4 (13,3%) случае, уменьшении инфильтративных изменений - у 11 (36,7%) больных; рассасывании и уплотнении очаговых теней - у 10 (33,3%) пациентов. У остальных 30 (50,0%) пациентов либо не было достигнуто динамики процесса, либо от-

мечалось прогрессирование. Объективными причинами прогрессирующего течения заболевания на фоне стандартной консервативной терапии в условиях стационара являлись позднее выявление заболевания (43%), развитие туберкулезного процесса на фоне тяжелой сопутствующей патологии (80,7%), ограничивающей возможности проведения адекватной специфической терапии; развитие осложнений основного заболевания (61,4%), лекарственной полирезистентности микобактерий туберкулеза к антибактериальным препаратам (40,2%) и множественной лекарственной устойчивости (46,7%); полиорганной недостаточности (13,6%). Терапия перед операцией лишь в 50,0% случаев сопровождалась достижением некоторой положительной динамикой клинко-рентгенологической картины изменений в легких и показателей лабораторных методов исследования. У другой половины больных позитивный эффект отсутствовал, либо наблюдалось дальнейшее прогрессирование заболевания. До операции бактериовыделение сохранялось у 38,8% пациентов, причем, в 84,4% случаев из них была установлена полирезистентность микобактерий к антибактериальным препаратам. При патологогистологическом исследовании резецированной легочной ткани (30 наблюдений) морфологические признаки относительной стабилизации ФКТЛ установлены у 16 (53,3%) больных, а прогрессирование - у 14 (46,7%). Осложнения хирургического вмешательства развились у 5 (16,7%) пациентов, а обострения - у 2 (6,7%). Значительно чаще послеоперационные осложнения и обострения туберкулеза наблюдались у

больных с сохраняющейся активностью специфических изменений в легких, подтвержденных патологогистологическими методами исследования (23,7% случаев и 13,1% соответственно), чем у пациентов со стабилизацией специфического процесса (10,6% и 2,1%). С учетом устранения осложнений клиническое излечение в ближайшем послеоперационном периоде (до 1 года) достигнуто в 26 (86,7%) случаях. Несмотря на то, что после операции лишь 57,6% пациентов добросовестно относятся к продолжению приема противотуберкулезных средств, стойкий клинический эффект в ближайший период наблюдения с учетом устранения осложнений, обострений и рецидивов заболевания отмечается в 86,7% случаев. Нами проводилось контролируемое лечение по индивидуальным режимам химиотерапии (4 режима). Применялась интенсивная антибактериальная терапия 4-5 противотуберкулезными препаратами основного и резервного ряда. В случаях, когда у больных развивались токсические (2,9%) или аллергические (5,2%) реакции, этиотропное лечение корректировали с учетом индивидуальной переносимости пациентами применяемых лекарственных средств.

Результаты исследования свидетельствуют о целесообразности более широкого использования современных способов оптимизации терапевтических мероприятий и значительного повышения хирургической активности в отношении больных фиброзно-кавернозным туберкулезом, являющихся основным источником лекарственно-устойчивой туберкулезной инфекции.

Очилов М.Э.,
Исмаилов Ж.К.,
Ҳикматов Ж.С.,
Тагаев Ф.Х.

ЎПКАНИНГ БУЛЛЁЗ ЭМФИЗЕМАСИ ВА СПОНТАН ПНЕВМАТОРАКСДА ЗАМОНАВИЙ ТИББИЙ ТЕХНОЛОГИЯЛАРНИНГ РОЛИ (АМАЛИЁТДА КУЗАТИЛГАН ҲОЛАТ)

Бухоро вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази

Ўпканинг буллёз эмфиземаси (ЎБЭ)да ўпка альвеоляр девори ва плевранинг висцерал қавати деструкциясига олиб келадиган ҳажми 1 смдан катта бўлган ўпка эмфиземалари ҳосил бўлади ва булар булла деб номланади. В.И.Стручков ва В.А.Смоляр ўз даврида ушбу касаллик ҳақида маълумотларни ўрганиб, касалликни мустақил нозологик кўриниш сифатида ажратган ва уни буллёз касаллик деб номлаган. Ҳозирги кунга келиб ЎБЭ этиологияси бўйича кўпгина маълумотлар йиғилган. Тиббиёт ривожланишининг ҳозирги замонавий босқичида буллёз эмфиземанинг пайдо бўлиши борасида бир қатор назариялар вужудга келди. Булар генетика, ферментлар, обструкция, механика, кон-томир, инфекцияларга оид назариялардир. Буллёз эмфиземанинг ривожланишига тамаки чекиш, ифлосланган ҳаво, ўпка инфекцияси, жинс ва этник белгилар каби турли хил омиллар сабаб бўла-

ди. Касалликнинг бир неча шакллари (маҳаллий, тарқалган, солитар булла) ва ўпкада тарқалишига кўра (бир ёки бир неча бўлак, бир томонлама, иккала ўпкада тарқалган) турлари фарқланади. Касалликнинг асоратларига пневмоторакс, гемоторакс, барқарор ўпка-плеврал фистуласи каби асоратлар кирди. Бундан ташқари, пневмоторакснинг (ПТ) характерида кўра тотал, девор олди, апикал, таранглашган ва бошқа кўринишлари мавжуд.

ЎБЭнинг кам учрайдиган асорати бирламчи ПТ бўлиб ҳисобланади. Бироқ, Н.Westerlaen et al. (2006) ва М.Takahashi et al. (2008) маълумотларига кўра, 88-92% ҳолларда пневмоторакс ўБЭ натижасида келиб чиқади. Спонтан пневмоторакс ўпка ичи босимининг ошиши (йўтал, аксириш, дефекация пайтида) натижасида ёки ўпка ичи босими меъёр даражасида бўлганида (пиёда юриш, тинч ҳолатда ва уйку пайтида) ҳам юзага кели-

ши мумкин. Кўп ҳолларда эса ПТ кўкрак қафаси жароҳатида, спорт билан шуғулланиш, оғир юк кўтариш, самолётда учун пайтида жисмоний зўриқиш натижасида келиб чиқади.

Рентгенологик текширувида 99% ҳолда плеврал бўшлиқда эркин ҳавонинг борлиги аниқланади, аммо бу текширув усули плеврал бўшлиқ (ПБ)қа ҳаво тўпланиши сабабини ҳар доим ҳам аниқ кўрсатиб бера олмайди. ПТ сабабини аниқлаш учун диагностика торакоскопик текширув ўтказилиши мумкин. Бу усул рентгенологик усулдан кўра анча афзалроқ ҳисобланади. ПБ пункция қилиш эса шошилиш ёрдам кўрсатиш усули бўлиб, касаллик сабабини аниқлаш билан боғлиқ эмас. ПБни дренажлаш ижобий натижа бермаслиги хирургик усулда даволашга кўрсатма бўла олади. Бунда плевранинг париетал варағидаги булла кесиб олиб ташланганидан сўнг ўпканинг жароҳатланган юзаси пластикаси амалга оширилади.

Шахсий амалиётда қузатилган ҳолат: Бемор 38 ёшда. Жинси эркак. 2016 йил июн ойида Бухоро вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази Кўкрак ва қон-томир хирургияси бўлимига бемор нафас олишнинг қийинлиги, нафас етишмовчилиги, кўкрак қафасининг ўнг томонидаги оғриқлар, енгил жисмоний зўриқишда хансираш ва юрак тез уриши каби шикоятлар билан мурожаат қилиб келди ва "Рецидив ўнг томонлама спонтан пневмоторакс. Асорати: Нафас етишмовчилиги, I-II даража" ташхиси билан госпитализация қилинди. Беморда "ўнг томон плевра бўшлиғини дренажлаш" амалиёти бажарилди ва актив аспирация ўтказилди, натижада ўпканинг тўлиқ ёйилиши қузатилди. Касаллик анамнезидан маълум бўлдики, бемор 2014 ва 2015 йилларда "ўнг томонлама пневмоторакс" ташхиси билан даволанган, иккала ҳолда ҳам ПБни дренажлаш амалиёти бажарилган. Бемор шифохонага келишидан 5-6 кун аввал касалликнинг юқоридаги белгилари бирданига юзага келган ва улар кундан-кунга кучайиб борган. Бемор касаллиги сабабини ҳеч нарса билан боғламайди.

Келганида беморнинг умумий аҳволи ўртача оғирликда бўлган. Кўкрак қафаси конуссимон тузилишда бўлиб, ўнг томонда нафас жараёнининг сустиги қузатилган. Пальпацияда овоз дириллаши ўнг томонда суст ўтказилган. Перкуссияда ўнг томонда кутчасимон товуш аниқланган. Аускультацияда ўнг томонда нафас ўтказилмаганлиги, чап томонда везикуляр нафас эшитилиши аниқланган. Нафас сони бир минутда 23-25 тани ташкил қилган. Юрак тонларининг бўғиқлашганлиги қузатилган. Артериал қон босими 110/70 мм.с.м.уст.га тенг бўлган. Пульс ритмик бўлиб, минутига 90 тани ташкил қилган. Тили нам бўлган. Қорни юмшоқ, оғриқсиз бўлиб, ичаклар

перисталтикаси яхши эшитилган. Жигар катталашмаган, талоқ пайпасланмаган. Чиқариш аъзоларининг фаолияти адекват бўлган. Лаборатор текширувлари кўрсаткичлари меъёр доирасида бўлган. Инструментал текширувлар ўтказилган. Кўкрак қафаси рентгеноскопияси маълумотлари: ўнг ўпканинг 2/3 қисми ҳаво билан қисилган. Кўкс оралиғи сояси чапга силжиган. Хулоса: ўнг томонлама пневмоторакс. Спирометрия текшируви натижалари (плеврал бўшлиқ дренажланишидан кейин): ташқи нафас функцияси бузилмаган. Кўкрак қафасининг Мультиспирал компьютер томографияси (МСКТ) текшируви маълумотлари (плеврал бўшлиқ дренажланишидан кейин): иккала ўпкада, кўпроқ ўнг ўпкада, кўп сонли, турли ўлчамдаги юпка деворли ҳаво сақлаган буллалар аниқланади. Иккала томон плевра бўшлиғида кам миқдорда суюқлик аниқланади. Хулоса: Сурункали бронхит компьютер томографик белгилари. Иккала ўпка буллалари. Икки томонлама плеврит. ўнг томонлама пневмоторакс. Плеврал бўшлиқни дренажлашдан кейинги ҳолат.

Лаборатор ва инструментал текширувлари натижалари асосида қуйидаги клиник ташхис қўйилди: Асосий: Иккала ўпканинг буллёз касаллиги. Асорати: ўнг томонлама рецидив спонтан пневмоторакс. Нафас етишмовчилиги, I-II даража.

Бемор пульмонолог, кардиолог, анестезиолог кўригидан ўтказилди. Тавсиялари бажарилди. Беморда бир томонлама эндобронхиал интубацион наркоз остида "ўнг томонлама видеоторакоскопия. Буллаларни кесиш ва комбинирланган плевродез" операцияси ўтказилди. Бемор бўлимда балғам кўчирувчи, бронхолитик, инфузион, антибактериал, нафас аналептик, оғриқ қолдирувчи каби дори воситаларини қабул қилди. Операциядан кейинги рентгенологик текшируви маълумотлари: ўпка ёйилган, плевра бўшлиғида эркин суюқлик ва газ йўқ. Кўкс оралиғи сояси меъёрда. Юрак сояси меъёр доирасида. Плевра бўшлиғидаги дренаж олинди. Беморда операциядан кейинги давр асоратсиз кечди. Беморнинг умумий аҳволи яхшиланди, операциядан кейинги 4 суткада шифохонадан уйига жавоб берилди ва амбулатор хирург назоратида бўлиши тавсия этилди.

Хулоса қилиб айтганда, ЎБЭ оқибатида юзага келадиган спонтан пневмотораксларда ПБ дренажланишидан кейин ўпканинг тўлиқ ёйилишига қарамасдан ПТнинг сабабини аниқлашда ва ПТ рецидивининг олдини олишда ноинвазив усул саналган кўкрак қафаси МСКТ текшируви усули юқори информатив усул сифатида ўз ўрнига эга. Бундан ташқари, юқори технологияли торакоскопик ускулларининг тиббиётга кириб келиши операциядан кейинги реабилитация даврини қисқартириш, торакалгияни олдини олиш имконини беради.

Пахомов Г.Л.,
Худайбергенов Ш.Н.,
Хаялиев Р.Я.,
Эшонходжаев О.Д.

ПРЕИМУЩЕСТВА ЭНДОВИДЕОХИРУРГИИ БУЛЛЕЗНОЙ ЭМФИЗЕМЫ ЛЕГКИХ

АО "Республиканский специализированный центр хирургии
имени академика В.Вахидова"
Ташкентская медицинская академия

Цель - оценить эффективность результаты хирургических вмешательств при буллезной эмфиземе легких.

Материалы и методы. С 1991 по 2015 год в отделении хирургии легких и средостения пролечены 642 пациентов с буллезной эмфиземой легких. Мужчин было 521 (81,15%), женщин - 121 (18,85%). У 548 (85,35%) больных пневмоторакс был первичным, у 94 (14,65%) - рецидивный; справа - у 370 (57,63%), слева - у 260 (40,49%), с двух сторон - у 12 (1,86%). Тотальный коллапс легкого развился в 238 (37,07%) случаях, субтотальный - в 258 (40,18%), частичный - в 146 (22,74%). В 189 (29,4%) случаях наблюдался гидропневмоторакс.

Результаты и их обсуждение. Лечение частичного пневмоторакса начинаем с плевральных пункций. При расправлении легкого производили МСКТ (257). При субтотальном, тотальном коллапсе, рецидиве заболевания, не расправления легкого проводили торакоскопию и дренирование плевральной полости (453).

Оперированы 183 больных. Торакотомию выполняли при обнаружении больших булл, массивном спаечном процессе, сохранении коллапса легкого (74). VATS выполнена 70 больным, видеоторакоскопия - 39. Для ликвидации булл и создания стойкого плевродеза 38 больным использовали YAG-Nd и CO₂ лазеры.

Послеоперационные осложнения возникли у 13 (7,1%) больных: эмпиема плевры (4), нагноение

операционной раны (2), послеоперационная пневмония (3), кровотечение из межреберной артерии (2), недорасправление легкое с образованием бронхоплевроторакального свища (2). Общая летальность составила 0,15%, послеоперационная - 0,54%.

Выводы. Использование видеоторакоскопии позволяет провести детальную диагностику состояния пораженного легкого и плевральной полости, снизить травматичность вмешательства, сократить время операции и наркоза.

Выбор способа оперативного доступа у больных с буллезной эмфиземой легких определяется распространенностью патологического процесса, размером булл, наличием в анамнезе оперативных вмешательств и манипуляций на соответствующем легком.

Видеоторакоскопия показана при единичных буллах диаметром до 3-4 см в одной или двух долях.

Видеоассистированные операции через минидоступ сочетают в себе положительные черты эндоскопических и "открытых" вмешательств и показаны при выявлении булл диаметром 5-9 см в одной или нескольких долях.

При гигантских солитарных буллах, а также при наличии множественных крупных булл во всех долях показаны "открытые" операции.

В отдаленные сроки после хирургического лечения буллезной эмфиземы легких наиболее благоприятная динамика показателей, составляющих качество жизни, отмечена после видеоторакоскопических операций.

Рахимий Ш.У.

РОЛЬ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА

Хорезмский филиал РНЦЭМП

Цель исследования - улучшить результаты диагностики и лечения больных со спонтанным пневмотораксом.

Материал и методы. Спонтанный пневмоторакс является одной из причин госпитализации больных с ургентной легочной патологией в специализированные торакальные и общехирургические отделения; составляет 12% всех пациентов, поступающих с острыми заболеваниями органов груди. Частота спонтанного пневмоторакса, по данным разных авторов, составляет от 1 до 18 случаев на 100000 населения в год.

В 1937 г. Sattler A. при проведении торакоскопии обнаружил буллы, прилегающие к висцеральной плевре, и предположил, что ведущая к первичному

спонтанному пневмотораксу утечка воздуха связана с ними. С этого момента хирургическое удаление булл считалось необходимой составляющей лечения первичного спонтанного пневмоторакса.

Среди пациентов с выявленным спонтанным пневмотораксом преобладают мужчины (до 86%) трудоспособного возраста. Возраст пациентов - от 14 до 70 лет, в среднем, 35 лет.

Лечение больных включает два этапа. Первый направлен на устранение жизнеугрожающих последствий пневмоторакса и расправление легкого; второй (противорецидивный) - на исключение развития рецидива заболевания.

Проведен сравнительный анализ результатов обследования и лечения 67 пациентов с спонтан-

ным пневмотораксом в отделении экстренной хирургии с 2012 по 2016 год. Все больные были разделены на две группы. В первую группу (контрольная) включены 38 больных, которым для ликвидации пневмоторакса использовали дренирование плевральной полости. Пациентам второй группы (29) лечебные мероприятия начинали с дренирования плевральной полости и с последующей лечебно-диагностической торакоскопией с устранением причины пневмоторакса, индукцией плевродеза и дренированием плевральной полости.

Результаты и их обсуждение. Диагностические находки при торакокопии сопоставлены с данными компьютерной томографии в послеоперационном периоде. Несовпадения в верификации изменений легочной паренхиме имели место у 5 больных с буллезными изменениями, локализованными в толще легочной ткани. Пациентам второй

группы выполнены следующие оперативные вмешательства: диатермокоагуляция или прошивание булл у основания (18), видеоассистированное ушивание легкого - торакоскопия с миниторакотомией (6), адгезиолизис (5). Интра- и послеоперационных осложнений не было. Операции завершали индукцией плевродеза. Для склерозирования плевральной полости использовали термический плевродез или плеврэктомию. Рецидивы заболевания в течение первого года после выписки из стационара возникли у 8 больных контрольной группы. В основной группе рецидивов не было.

Заключение. Применение торакоскопических вмешательств при спонтанном пневмотораксе позволяет уточнить степень и распространенность изменений легочной ткани, выполнить радикальное минимально травматичное оперативное вмешательство и улучшить функциональный исход.

Рахимий Ш.У.

ПРИМЕНЕНИЕ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ ПОСТРАДАВШИМ С ПОЛИТРАВМАМИ

Хорезмский филиал РНЦЭМП

Цель исследования - улучшить результаты лечения пострадавших с тяжелой травмой груди.

Материал и методы. Проведен анализ лечения 59 пострадавших с травмами груди в Хорезмском филиале республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в период с 2012 по 2016 год. Для сравнительного анализа сформированы две группы: контрольная (32 пострадавших) и основная (27). В контрольной группе использовали рутинный подход к диагностике и лечению (дренирование и торакотомия). В основной применяли видеоторакоскопию. По возрасту, полу и тяжести полученной травмы пострадавшие были идентичны.

Выполнены 27 видеоторакоскопий (45,7%); в 3 случаях при ранениях (открытые повреждения), в 24 - при закрытых травмах груди (политравма).

Первый порт устанавливали в четвертом межреберье по средней подмышечной линии под комбинированным эндотрахеальным наркозом. Остальные точки расположения торакопортов определяли в зависимости от данных компьютерной томографии и обзорной торакокопии.

Результаты и их обсуждение. В абсолютном большинстве случаев (77,7%) видеоторакоскопия была лечебно-диагностической. Основное преимущество - быстрое и эффективное устранение гемоторакса и остановка кровотечения (21 случай) в объеме от 300 мл до 1,4 литра. В 6 случаях кровотечение носило интенсивный характер. Для его остановки применяли конверсию. В остальных наблюдениях кровотечение удалось остановить и провести ра-

дикальную санацию плевральной полости.

При политравме с тяжелым ушибом головного мозга (17 пациентов), требует трепанацию черепа, торакоскопию проводили в ходе одного наркоза. В большинстве случаев видеоторакоскопию осуществляли перед оперативным вмешательством на голове для устранения гемоторакса, санации плевральной полости и ликвидации пневмоторакса, в том числе, напряженного.

При сложных переломах грудного отдела позвоночника и множественных переломах ребер (7 наблюдений) важно определить источник кровотечения в плевральную полость. После установки торакопортов устраняли гемоторакс. У семи пациентов источником кровотечения явились костные структуры грудного отдела позвоночника. Малотравматичным способом произвели санацию плевральной полости, прицельную установку дренажей. В ходе одного наркоза производили задний корпородез.

При сочетанных травмах и ранениях груди (3 пострадавших) и живота видеоторакоскопия позволяла объективно оценить состояние диафрагмы. При разрыве диафрагмы (2 пациента) дополнительно производили лапароскопию. Всем пациентам потребовалась лапаротомия. В ходе оперативных вмешательств восстанавливали целостность и диафрагмы. Летальность в контрольной группе составила 29,2%, в основной - 16,7%.

Заклучение. Основные преимущества видеоторакокопии - малотравматичность и диагностическая эффективность.

Родионов Е.О.

**ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЕ КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ
НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЕГКОГО III СТАДИИ***Федеральное государственное бюджетное научное учреждение "Томский научно-исследовательский институт онкологии"*

Актуальность. Существенная роль в формировании устойчивости опухоли легкого к химиопрепаратам принадлежит генам ABC и монорезистентности, которые определяют резистентность/чувствительность опухолевых клеток к отдельным химиопрепаратам, и связаны с фармакокинетикой этих препаратов. В настоящее время в этом отношении при раке легкого рассматриваются такие гены, как: BRCA1, RRM1, ERCC1, TOP1, TOP2a, TUBB3, TYMS. В связи с этим экспрессию данных молекулярно-генетических маркеров в опухолевой ткани легкого важно учитывать для персонализации лекарственной терапии НМРЛ.

Цель исследования - улучшить результаты комбинированного лечения больных немелкоклеточным раком легкого III стадии использованием предоперационной химиотерапии, радикального хирургического вмешательства и персонализированной адъювантной химиотерапии на основании уровня экспрессии генов ABC-транспортеров и монорезистентности в опухоли.

Материал и методы исследования. В проспективное исследование были включены больные немелкоклеточным раком легкого III стадии. Больные были распределены на две группы.

Всем больным обеих групп проведено 2 курса неадъювантной химиотерапии (НАХТ) по схеме винорелбин/карбоплатин. Хирургическое лечение являлось основным этапом проводимого лечения в обеих группах. Пневмонэктомии выполнены 25 (40,3%) больным: 6 в основной и 19 в контрольной группе; резекции легких в объеме лобэктомий, билобэктомий - 37 (59,7%) пациентам (20 в основной и 17 в контрольной группе).

Непосредственно после удаления препарата у больных основной группы произведен забор крови и материала для молекулярно-генетического исследования (опухолевая ткань, неизменная ткань легкого и бронха).

После хирургического вмешательства больным основной группы проведены 3 курса адъювантной химиотерапии (АХТ) с интервалом в 21 день на основе комбинации двух противоопухолевых препаратов (в зависимости от разработанного нами алгоритма выбора персонализированной химиотерапии на основании уровней экспрессии генов ABC-транспортеров и монорезистентности ABCC5, RRM1, ERCC1, BRCA1, TOP1, TOP2a, TUBB3, TYMS): 14 пациентам (53,8%), проведены курсы АХТ по схеме гемцитабин/карбоплатин; 7 пациентам (26,9%) - по схеме винорелбин/карбоплатин; 3 пациентам

(11,5%) - доксорубин/карбоплатин; по 1 пациенту (3,8%) назначали схемы иринотекан/карбоплатин и паклитаксел/карбоплатин.

Больным контрольной группы проведены 3 курса химиотерапии по схеме: винорелбин/карбоплатин.

Результаты и их обсуждение. Существенные различия в структуре осложнений при проведении химиотерапии, в том числе в адъювантном режиме, в группах не выявлены. Количество послеоперационных осложнений в исследуемых группах статистически значимых различий не имело. В обеих группах смертельных исходов в послеоперационном периоде не было. Прослежены однолетние результаты лечения в обеих группах. В основной группе прогрессирование заболевания наблюдалось у 3 (11,5%) больных. У 1 пациента, получавшего АХТ по схеме гемцитабин/карбоплатин, зарегистрированы отдаленные метастазы в плевру; у 2 - местный рецидив (оба больных имели IIIВ стадию заболевания, получали послеоперационную химиотерапию по схеме винорелбин/карбоплатин и иринотекан/карбоплатин).

В контрольной группе прогрессирование заболевания выявлено у 12 больных (33,3%), отдаленное метастазирование - у 10 (83,3%); а в 2 (16,7%) наблюдениях - местный рецидив. Прогрессирование процесса за счет отдаленного метастазирования проявлялось наиболее часто поражением головного мозга и л/у средостения (по 27,8%), затем костей скелета, противоположного легкого и печени (по 11,1%), надпочечников (5,6%). У 1 больного выявлен метастаз в ягодичную область слева.

Для оценки отдаленных результатов комбинированного лечения была изучена однолетняя безрецидивная и общая выживаемость больных в обеих группах. Однолетняя безрецидивная выживаемость в основной группе составила 88,5%, в группе контроля - 66,5% (различия статистически незначимы, однако находятся на уровне тенденции, $\chi^2=2,601$; $p=0,107$).

Полученные данные свидетельствуют о целесообразности определения уровня экспрессии генов ABC и монорезистентности для назначения персонализированной химиотерапии, что позволяет повысить эффективность комбинированного лечения за счет уменьшения количества отдаленных метастазов и улучшения показателей общей выживаемости по сравнению с группой контроля с эмпирическим назначением послеоперационной химиотерапии.

*Рузимуродов Н.Б.,
Маликов Ю.Р.,
Хотамов И.Э.*

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

Навоийский филиал РНЦЭМП

Сочетанные травмы органов грудной клетки характеризуются значительной продолжительностью лечения и реабилитации, высоким уровнем гнойно-септических осложнений (до 20%) и высокой летальностью (17-30%). В последнее время доля сочетанных травм неуклонно растет. Если 20 лет назад сочетанные повреждения среди всех травм составляли 11,2-17,5%, то в настоящее время они составляют 60-70%. Травмы органов грудной полости сопровождаются острой дыхательной недостаточностью, массивной кровопотерей и плевропульмональным шоком. Основными причинами травм грудной клетки являются дорожно-транспортные происшествия (90%), кататравма (22,8%), бытовые травмы (9%), техногенные и природные катастрофы (20%).

В Навоийский филиал РНЦЭМП в 2011-2015 г. обратились 648 больных с сочетанной травмой с летальным исходом у 79 пациентов (12,3%). Различные повреждения органов грудной клетки наблюдали у 161 пациента: у 47 установлен ушиб мягких тканей грудной клетки, у 97 - перелом ребер, у 6 - пневмоторакс, у 5 - гемоторакс, у 6 - подкожная эмфизема.

Всем больным проводили стандартное обследование: клинично-лабораторные методы, рентгеноскопию грудной клетки и брюшной полости, УЗИ брюшной и плевральной полостей, ЭКГ, МСКТ, консультации специалистов.

Экстренную медицинскую помощь пострадав-

шим с сочетанными травмами и травмами грудной клетки оказывали по следующей тактике лечения.

11 больным с гемопневмотораксом наложили торакоцентез и дренировали плевральную полость. При гемотораксе в объеме до 100-150 мл ограничивались пункцией. 3 больным при продолжающемся кровотечении в плевральную полость более 300-400 мл в час для остановки кровотечения выполнили оперативные вмешательства - торакоскопия (1), торакотомия (2).

При подкожной эмфиземе вели наблюдение за больными. При множественных переломах ребер без плевроролочных осложнений в плевральную полость вводили 2% раствор лидокаина с целью интраплевральной анестезии. Больным с сочетанной травмой (переломы трубчатых костей, ЧМТ) в первую очередь устраняли патологию грудной клетки, затем другие повреждения. После проведения комплекса неотложных мероприятий основной задачей являлась компенсация дыхательной функции и профилактика посттравматических осложнений.

Осложнения в группе с сочетанными травмами (пневмония, плеврит, эмпиема плевры) развились у 47 (7,2%) больных. Умерли 79 пациентов. Основной причиной смерти был тяжелый травматический шок с неразрешимыми последствиями.

Таким образом, применяемая тактика для больных с закрытыми травмами грудной клетки способствовала улучшению результатов неотложной помощи.

*Усманов Б.Б.,
Джуманазаров Т.М.,
Расулов А.Э.*

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ МЕТАСТАЗАХ В ЛЕГКИЕ

Республиканский онкологический научный центр МЗ РУз

Цель - повысить эффективность хирургического лечения метастатического поражения легких с применением видеоэндохирургической техники.

Материал и методы. С 2000 по 2015 год в торакальном отделении РОНЦ МЗ РУз, нами было прооперировано 63 больных (33 (52,4%) мужчины и 30 (47,6%) женщин) с метастазами в легких опухолей различных локализаций. Возраст больных составил от 16 до 66 лет (средний возраст 40,3 года). Операции выполнены торакотомными, видеоторакоскопическими и видеоассистированными доступами. Видеоторакоскопические и видеоассистированные операции выполняли по стандартной методике в положении больного на боку в условиях одноплеменной вентиляции. В плевральную полость устанавливали 3 торакопорта (1 для оптической системы, 2 манипуляционных). Точки введения троакаров зависели от локализации мета-

статического очага. При невозможности определить локализацию метастаза в легком выполняли миниторакотомию на протяжении 5 см, с последующей пальцевой ревизией легкого, обнаруживали метастаз и выполняли атипичную резекцию легкого с помощью эндоскопического сшивающего аппарата. При единичных и множественных метастазах применяли стандартную видеоассистированную операцию. Солитарный метастаз диагностирован у 37 (58,7%), единичные - у 14 (22,2%), множественные - у 12 больных (19,1%). Гистологическая структура первичной опухоли: саркома мягких тканей - у 18 (28,6%), рак почки - у 11 (17,5%), молочной железы - у 10 (15,9%), рак яичка - у 6 (9,5%), рак прямой кишки - у 2 (3,2%), лимфоидная тимома - у 2 (3,2%), хорионэпителиома яичника - у 2 (3,2%), рак щитовидной железы - у 2 (3,2%), остеосаркома - у 2 (3,2%), рак тела матки - у 1 (1,6%), меланома

- у 1 (1,6%), рак надпочечника - у 1 (1,6%) больно-го. Всего выполнены 66 операции, из них 9 двусторонних и 3 повторных оперативных вмешательства. Видеоторакоскопические и видеоассистированные резекции легкого выполнены 26 (35,7%) больным.

Результаты и их обсуждение. Послеоперационные осложнения констатированы у 4 (6,35%) больных. Летальные случаи не наблюдались. Пятилетняя выживаемость при солитарном метастазе составила 32,2%, единичных - 20,4%, множественных - 13,2%.

Выводы. Применение видеоторакоскопии боль-

ным с метастатическими поражениями легких расширяет возможности хирургического лечения больных с метастазами в силу малой инвазивности, высокой информативности вмешательства. 5-летняя выживаемость больных, наблюдаемая в трети случаев, является удовлетворительным отдаленным результатом оперативного лечения солитарного метастаза.

Видеоторакоскопические и видеоассистированные резекции легкого не сопровождаются серьезными осложнениями, способствуют быстрой реабилитации, сокращению пребывания больного в стационаре.

*Худайбергенов Ш.Н.,
Каюмходжаев А.А.,
Эшонходжаев О.Д.,
Пахомов Г.Л.,
Ирисов О.Т.,
Турсунов Н.Т.,
Хаялиев Р.Я.,
Хасанов А.К.*

ВАРИАНТЫ ПЛАСТИКИ ОБШИРНЫХ ДЕФЕКТОВ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ТРАХЕИ И МЯГКИХ ТКАНЕЙ ШЕИ ПОСЛЕ ЛАРИНГОТРАХЕОСТОМИИ ПО ПОВОДУ РУБЦОВЫХ СТЕНОЗОВ ТРАХЕИ

АО "Республиканский специализированный центр хирургии имени академика В.Вахидова"

Введение. С целью восстановления проходимости дыхательного пути при критических и декомпенсированных стенозах гортани и трахеи части больным используют трахеостомию с введением канюли в просвет трахеи ниже уровня стеноза. В некоторых случаях при хирургической коррекции стеноза выполняют широкую ларинготрахеостомию с иссечением тканей вокруг стеноза с последующим введением в просвет дыхательного пути трубчатых дилататоров на длительный срок. После формирования стойких ларинготрахеостом возникает вопрос закрытия дефектов без нарушения проходимости и рестенозирования трахеи. Нередко посттравматические стенозы, осложненные нагноением в области ранения шеи, сочетаются с дефектами трахеальной стенки. Предложено большое количество тканей и материалов, вариантов операций, направленных на ликвидацию дефектов данной области. Таким образом, проблема закрытия обширных ларинготрахеальных дефектов является актуальной и остается предметом исследований и дискуссий микрохирургов, отоларингологов и торакальных хирургов.

Материал и методы. В отделении хирургии легких и средостения РСЦХ им. акад. В.Вахидова с 2008 по 2015 год на стационарном лечении находились 27 пациентов с дефектами передней стенки верхней трети трахеи, подсвязочного отдела гортани и мягких тканей шеи после ларинготрахеостомии или трахеостомии.

22 больным с посттрахеостомическими дефектами передней стенки трахеи и мягких тканей раз-

мерами от 0,4 см до 2,0 см в ширину и от 1,2 см до 4,0 см в высоту произведена местная двух- и трехслойная кожно-мышечная пластика.

Пяти больным с обширными дефектами передней стенки трахеи и мягких тканей передней поверхности шеи произведены реконструктивные операции с применением микрохирургической техники. В 1 случае произведена микрохирургическая пластика префабрикованным дельтопекторальным аутореберным лоскутом с аутодермопластикой; в 5 случаях - пластика обширного дефекта префабрикованными аутореберными хрящами. Во всех случаях получены хорошие непосредственные и отдаленные результаты.

Основными требованиями к ним сформированы четко: они должны иметь достаточные размеры, обеспечивать каркасную функцию и возможность эвакуации секрета, а также быть устойчивыми к инфекции. Предпочтение следует отдавать собственным тканям.

Выводы. Способ пластики или реконструкции дефекта трахеи выбирают определяется в каждом конкретном случае индивидуально. Могут быть использованы местные кожно-мышечные лоскуты, сложные кожно-костно-мышечные трансплантаты из прилегающей области шеи и различных отделов грудной клетки. Показанием к данной операции является наличие стойкого дефекта и сформированного просвета трахеи на данном уровне без признаков рестенозирования дыхательного пути, воспаления и инфицирования тканей вокруг стомы.

*Худайбергенов Ш.Н.,
Эшонходжаев О.Д.,
Ирисов О.Т.,
Турсунов Н.Т.,
Хаялиев Р.Я.,
Абдусаломов С.А.,
Абдуллаев Д.М.*

РЕЗЕКЦИОННЫЕ И РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ТРАХЕОГОРТАННЫХ, ПРОТЯЖЕННЫХ И МУЛЬТИФОКАЛЬНЫХ РУБЦОВЫХ СТЕНОЗАХ ТРАХЕИ

*АО "Республиканский специализированный центр хирургии
имени академика В.Вахидова"*

Актуальными вопросами лечения больных с рубцовыми стенозами трахеи (РСТ) являются повышение эффективности и безопасности, а также определение показаний и противопоказаний к циркулярной резекции и реконструктивно-пластическим вмешательствам на трахее у пациентов с протяженными, мультифокальными стенозами трахеи, позволяющими улучшить результаты лечения и качество жизни больных, восстановить трудоспособность, снизить инвалидность и летальность.

Материал и методы. Проведено комплексное хирургическое лечение 110 больных с РСТ в возрасте от 11 до 67 лет. Локализация стенозов: в верхней трети трахеи - в 51 (50%) случае, в грудном отделе трахеи - в 14 (15,2%); трахеогортанная локализация с поражением подсвязочного отдела гортани и в/3 трахеи - в 28 (23,9%); сочетанное поражение гортани и грудного отдела трахеи - в 6 (6,5%); рубцовое сужение шейного и грудного отделов трахеи - в 7 (7,6%). Среди них у 6 (6,5%) больных имелась полная рубцовая облитерация просвета трахеи над трахеостомической канюлей. 6 пациентов (5,4%) поступили из других медицинских центров с послеоперационными стенозами анастомозов трахеи после циркулярной резекции. Протяженность стенозированного участка у больных варьировала от 0,3 до 7 см. Наиболее часто (64,2%), встречались РСТ протяженностью более 2 см.

Результаты и их обсуждение. При критических и декомпенсированных стенозах диаметром до 5 мм с угрозой асфиксии первым этапом проводи-

ли эндоскопическую лазерную или диатермомоделеструкцию сужения с последующим бужированием зоны сужения. При необходимости в длительной реабилитации и отсутствии условий к выполнению циркулярной резекции трахеи устанавливали эндотрахеальные стенты типа Дюмон (12 больных). Циркулярная резекция трахеи проведена 32 больным. При противопоказаниях со стороны сопутствующих заболеваний 38 больным выполнены реконструктивно-пластические операции с рассечением зоны стеноза, иссечением рубцовых тканей и формированием просвета трахеи на Т-образном стенде. После удаления Т-образных эндопротезов проводили пластику дефектов передней стенки трахеи мягких тканей шеи местными тканями, а также при помощи лоскутов с применением микрохирургической техники.

Выводы. Больным с РСТ следует осуществлять мультимодальный подход в зависимости от степени, локализации, протяженности и уровня поражения с учетом тяжести сопутствующей патологии с применением комплекса эндохирургических, резекционных и реконструктивно-пластических методов лечения.

При протяженном РСТ до 5-6 см с вовлечением в процесс более 30-50% трахеи, возможна циркулярная резекция трахеи при достаточной мобилизации на необходимых уровнях.

При мультифокальных РСТ в сочетании со стенозами подсвязочного отдела гортани целесообразно формирование просвета на Т-образном эндопротезе.

*Худайбергенов Ш.Н.,
Максумов Д.Т.,
Аманов Б.Б.,
Хасанов А.К.*

ТАКТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТИМОМ С МИАСТЕНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

*АО "Республиканский специализированный центр хирургии
имени академика В.Вахидова"*

В 70 годах XX века термин "тимомы" ограничили новым определением - как "новообразование, возникающее из эпителиальных клеток тимуса без цитологической атипичности". Эра тимэктомии, начало которой положил Bialock (1936), прочно вошла в клиническую практику в комплексном лечении миастении. Изменения тимуса, по данным различных авторов, отмечают у 80-100% больных с миастенией, но только у 7,9-15% из них встречается опухоль вилочковой железы. Частота развития миасте-

нии у больных с тимомой колеблется от 7 до 59%.

Цель работы - оценить эффективность оперативных вмешательств в комплексном лечении при тимоме с миастеническим синдромом.

Материалы и выводы. В отделении хирургии легких и средостения АО "РСЦХ им. акад. В.Вахидова" с 1975 по 2015 год находились на лечении 407 больных в возрасте от 4 до 60 лет с миастенией. Мужчин было 149, женщин - 258.

До 1995 года в целях диагностики патологии

вилочковой железы применялось полипозиционное рентгенологическое исследование грудной клетки в условиях пневмомедиастинума. С внедрением МСКТ необходимость в применении пневмомедиастинума в диагностике патологии вилочковой железы отпала. С 2005г применяется МСКТ грудной клетки, при которой у всех больных с патологией вилочковой железы выявляется увеличенная в объеме вилочковая железа или тимомы.

Из 407 поступивших в отделение в различные сроки от начала заболевания прооперированы 336, 71 больной не оперирован. При тяжелых степенях тимомы с миастеническим синдромом применяли мембранный плазмаферез и антихолинэстеразные препараты. После стабилизации состояния больных госпитализировали на оперативное лечение.

Результаты и их обсуждение. Продольную стернотомию на всю длину грудины с последующим широким вскрытием переднего средостения применили 327 больным. Независимо от характера из-

менений со стороны вилочковой железы производили полное удаление ее вместе с окружающей клетчаткой. 9 больным тимэктомию выполнена из торакотомного доступа.

В послеоперационном периоде у 41 больного наблюдали следующие осложнения: ограниченный остеомиелит грудины, нагноение раны. У 26 больных наблюдали миастенические кризы, ликвидированные консервативным путем.

У 5 больных наступил летальный исход. Причиной летальных исходов явился миастенический криз с выраженной недостаточностью функции дыхания и сердечной деятельности. Из 336 оперированных в удовлетворительном состоянии выписаны 306.

Выводы. Удаление вилочковой железы является одним из основных методов комплексного лечения миастении. Тимэктомию, произведенная в ранние сроки заболевания, способствует стойкому выздоровлению и восстановлению трудоспособности больных.

*Шамсиев А.М.,
Шамсиев Ж.А.,
Тураев Ю.А.,
Бургутов М.Д.,
Муталибов А.И.,
Имамов Д.О.*

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ВРОЖДЕННОЙ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность. Врожденные деформации грудной клетки представляют собой пороки развития, связанные с изменением ее формы. Наиболее часто встречается воронкообразная деформация грудной клетки (ВДГК), которая составляет от 0,06 до 2,3%, а по данным зарубежных авторов - от 0,2 до 1,3% от всех пороков развития у детей. Хирургическая коррекция является основным методом лечения ВДГК. В настоящее время существует более 100 различных вариантов торакопластики при данном пороке развития.

Цель работы - изучить результаты хирургического лечения больных с воронкообразной деформацией грудной клетки с применением малоинвазивной коррекции по D. Nuss.

Материал и методы. С 2012 по 2015 год в отделении торакальной хирургии 2 клиники СамМИ находились 49 пациентов с ВДГК в возрасте от 1 года до 18 лет. Пациентов мужского пола было 32 (65,3%), женского - 17 (34,7%). Комплекс обследования пациентов с ВДГК включал: сбор жалоб, анамнеза, объективный осмотр, лабораторное обследование, обзорную рентгенографию, МСКТ, УЗИ, ЭКГ, спирометрию. Из 49 больных I степень деформации диагностирована у 17 (34,7%), II - у 28 (57,1%), III - у 4 (8,2%) пациентов. Наиболее информативным методом определения степени, формы и разновидности воронкообразного искривления груд-

ной клетки является МСКТ с 3D-моделированием.

Хирургическая коррекция ВДГК по методике D. Nuss успешно выполнена 15 пациентам, из них в возрасте 3-7 лет было 3 больных, 7-12 лет - 9, 12-15 лет - 3, преобладали мальчики - 67%. Абсолютным показанием к операции являлась III степень деформации (4 больных). Больных с ВДГК II степени оперировали при наличии кардиореспираторных нарушений либо при достоверных признаках прогрессирования деформации (11 больных). На этапе освоения методики в трех случаях операцию выполняли под видеоторакоскопическим контролем.

Анализ ближайших результатов оперативного лечения ВДГК по методике D. Nuss показал, что она позволяет сократить время операции, уменьшить кровопотерю и степень операционной травмы, ускорить полную реабилитацию пациента. Случаев повреждения легких, перикарда, сердца, межреберных сосудов, гнойно-септических осложнений и летальных исходов не было.

Наш опыт хирургической коррекции ВДГК подтвердил, что методика D. Nuss является эффективным миниинвазивным способом хирургического лечения детей и подростков. Снижение травматичности операций позволило сократить пребывание в стационаре, период восстановления и расширить показания к выполнению операции по косметическим мотивам.

Юлдашев Ш.С.,
Карабаев Х.К.,
Тагаев К.Р.,
Рузибоев С.А.,
Захидова С.Х.,
Кулиев Й.У.

ХИРУРГИЯ ПРОНИКАЮЩИХ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫХ РАНЕНИЙ

Самаркандский государственный медицинский институт
Самаркандский филиал РНЦЭМП

Торакоабдоминальные ранения - клинически тяжелые, трудно диагностируемые повреждения внутренних органов, требующие экстренного оперативного вмешательства.

Цель исследования - оценить результаты хирургического лечения при торакоабдоминальных ранениях пострадавших с сочетанной травмой.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 59 пациентов с различными торакоабдоминальными ранениями (ТАР). У всех пациентов были колото-резаные ранения. Мужчин было 48 (81,3%), женщин - 11 (18,7%). Средний возраст больных составил $31,5 \pm 2,4$ года. Левосторонние ранения были у 49 (83%), правосторонние - у 10 (17%) больных. В течение 30-45 мин с момента ранения доставлены в стационар 40 (67,8%) больных, через 2 ч - 10 (17%) и 3 ч - 9 (15,2%). Большинство (70,5%) больных поступили в состоянии алкогольного опьянения.

Результаты и их обсуждение. Алгоритм диагностики торакоабдоминальных ранений наряду с тщательным сбором анамнеза, включают клинико-инструментальные, лабораторные, рентгенологические, УЗИ и КТ исследования. 7 больным выполнена экстренная торакоскопия. У 49 больных раневой канал заканчивался слепым ходом, чаще ниже V-VI ребер (торакоабдоминальная зона грудной клетки), лишь у 3 раневой канал ниже реберной дуги слева (2) и справа (1).

В зависимости от клинических проявлений мы разделяли больных с ТАР на три группы. Первую составили 24 (40,7%) раненых, у которых в остром периоде более заметными оказались симптомы ранения груди: боли в груди, одышка, кашель, кровахарканье, подкожная эмфизема, гемопневмоторакс. У раненых второй группы преобладали симптомы внутрибрюшной катастрофы: болезненность и напряжение мышц передней брюшной стенки, симптом Щеткина-Блюмберга, притупление в отлогих местах живота, исчезновение печеночной тупости. Таких пострадавших было 20 (33,9%). В третью группу вошли 15 (25,4%) раненых, у которых в равной степени были выражены симптомы повреждения груди и живота.

Многообразие клинической картины, преобладание симптомов внутреннего кровотечения и шока значительно затрудняют уточнение диагноза. Абсолютно достоверные признаки ТАР - выпадение сальника, кишок, истечение желудочно-кишечного содержимого через рану грудной стенки - встретились у 7 (11,8%) больных.

Хирургический доступ необходимо выбирать

дифференцированно, в зависимости от клинической картины, анатомических особенностей в области ранения, с учетом рентгенологических данных. Лапаротомия обязательна при ранениях, сопровождающихся перитонитом и кровотечением в брюшную полость, т. е. раненым, у которых на первый план выступает симптоматика повреждений органов брюшной полости.

Торакотомия показана при продолжающемся кровотечении в плевральную полость, массивном гемотораксе, неустранимом активной аспирацией; тампонаде сердца, разрывах бронхов. Боковую торакотомию производили в седьмом или восьмом межреберье. Такой разрез позволяет получить свободный доступ к органам грудной клетки и легко обработать рану диафрагмы. При необходимости рану диафрагмы расширяют по типу трансдиафрагмальной лапаротомии.

В наших наблюдениях лапаротомия с ушиванием диафрагмы со стороны брюшной полости выполнена подверглись 52% больных; торакотомия - 26%; торакотомия и лапаротомия из отдельных разрезов - 20%; тораколапаротомия одним разрезом - 2%.

Рану диафрагмы независимо от размеров слендует хорошо зашивать. Незащищенная рана диафрагмы приводит к образованию диафрагмальной грыжи.

Летальность при торакоабдоминальных ранениях составила 8,5% (5 человек). Различные послеоперационные осложнения наблюдались у 25 (42,3%) пострадавших. Наиболее часто выявлялись экссудативный плеврит, нагноение послеоперационной раны, эмпиема плевры, пневмония. К числу редких осложнений относятся кишечные свищи, сепсис, перикардит, тромбоэмболия легочной артерии.

Выводы. Проникающие торакоабдоминальные ранения не являются разновидностью проникающих ранений в грудь и живот. Это особый вид травмы с характерной и вполне определенной клинической картиной, высоким уровнем летальности, не имеющей тенденции к снижению.

Хирургическое вмешательство при торакоабдоминальном ранении выполняют не только для коррекции поврежденных внутренних органов, но и обязательного ушивания раны диафрагмы. Незащищенная рана диафрагмы приводит к образованию диафрагмальной грыжи.

Выбор торакотомии или лапаротомии зависит от особенностей ранения, объема и опасности повреждения органов обеих полостей. Тораколапаротомия одним разрезом следует применять в исключительных случаях.

4. АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ

*Абдужаппаров С.Б.,
Манзуров А.Т.*

ВОПРОСЫ АНЕСТЕЗИИ ПРИ РАСШИРЕННЫХ ОПЕРАЦИЯХ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Республиканский онкологический научный центр МЗ РУз

Цель исследования - изучить опыт подготовки больных раком толстой кишки к комбинированным и расширенным операциям.

Материал и методы. Проведен анализ 72 операций по поводу рака прямой и ободочной кишки выполненных в 2015 г. У 47 больных диагностирован рак прямой, у 25 - ободочной кишки III стадии. Больные обследованы с включением таких современных методов, как эндоскопические, рентгенологические, иммунологические, клинико-биохимические, морфологические. Учитывая распространенность процесса, больным проведены радикальные операции с элементами комбинированных (38 случаев) и расширенных (25 случаев) этапов.

Результаты и их обсуждение. Предоперационная подготовка включала следующие мероприятия: инфузионно-трансфузионную терапию, консультацию кардиолога по показаниям и коррекцию нарушений сердечно-сосудистой системы, при отсутствии явлений острой кишечной непроходимости подготовку кишечника; антибиотикотерапию за 3 дня до операции (комбинация двух антибиотиков широкого профиля)

Во время операции вид анестезии выбирали

индивидуально. В послеоперационном периоде больные в течение двух суток находились в отделении реанимации, где проводили мониторинг деятельности жизненно важных органов. При стабильных показателях указанных систем больных переводили в профильное отделение. Соблюдение алгоритма диагностики и лечения опухолевых заболеваний прямой и ободочной кишки, ее последовательные действия анестезиологов-реаниматологов и хирургов позволяет своевременно выявить атипичное или патологическое течение послеоперационного периода и предпринимать меры коррекции. Из 72 больных осложненное течение отмечено у 5. Применение мониторинга деятельности сердечно-сосудистой, печеночно-почечной и желудочно-кишечных систем позволило выявить осложнения на раннем этапе.

Выводы. Комплексные предоперационные, интраоперационные и послеоперационные мероприятия, применяемые больным раком толстой кишки при комбинированных и расширенных операциях обеспечивают адекватную оценку состояния гомеостаза и возможность своевременной коррекции осложнений.

*Ахмедова Д.Г.,
Ибадов Р.А.,
Арифжанов А.Ш.,
Стрижков Н.А.*

СТАНДАРТЫ НЕЙРОПРОТЕКТОРНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

АО "Республиканский специализированный центр хирургии имени академика В.Вахидова"

По современным данным, частота неврологических осложнений у больных после операций на сердце в условиях ИК колеблется от 1 до 34% (Multicenter Study of Perioperative Ischemia Research Group (McSPI), San Francisco, 2009).

Цель исследования - разработать оптимальный стандартный протокол нейропротекторной терапии для пациентов после кардиохирургических операций.

Материалы и методы. Ретроспективно проанализирован и обобщен опыт лечения 170 пациентов после кардиохирургических операций с 2013 по 2015 год. У 34 (20%) пациентов послеоперационный период осложнился нарушением мозгового кровообращения (НМК) по ишемическому типу; у 10 (29,4%) из них НМК имелось в анамнезе. Клини-

ческие проявления НМК характеризовались выраженными общемозговыми симптомами (спутанность сознания - 17, психомоторное возбуждение - 25) и очаговыми симптомами поражения. У 15 пациентов наблюдалась стойкая очаговая симптоматика в виде гемиплегии, у 25 - симптомы переходящего НМК с кратковременными мелкими очаговыми симптомами (онемение угла рта - 3, онемение руки - 6, онемение и лёгкий парез руки - 4, кратковременные расстройства речи - 3). Тяжесть неврологического статуса пациентов с подозрением на ишемический инсульт оценивали по неврологическим шкалам NIH Stroke Scale и Glasgow Coma Scale согласно рекомендациям АНА/АSA (2007). Для дифференциальной диагностики

ишемического инсульта использовали клиническую шкалу G. Besson et al. (1995); неврологический статус пациентов после АКШ оценивали по системе АРАСНЕ II.

Нейропротекторную терапию проводили в первые 6 часов после диагностирования НМК. Она включала применение препаратов первичной и вторичной нейропротекции, экстрацеребральные мероприятия. Всем пациентам, перенесшим НМК в анамнезе, независимо от нейростатуса назначали стандартную нейропротекторную терапию в послеоперационном периоде.

Она включала:

- магнезия-лидокаиновую смесь (по J.E. Cottrell, 1996), длительно в/в капельно;
- L-лизин эсцинат (обладает противовоспалительным противоотечным и антиагрегантным действием, нормализует микроциркуляцию) - по 10 мл в/в 2 раза в день;
- амантадин (ПК-Мерц) - 500мл в/в кап 1 раз в день (уменьшает поток Ca^{+} в клетки);
- цитиколин (сомазина - центральный холиномиметик) - по 1000 мг в/в капельно 2 раза в день.

Экстрацеребральные мероприятия: поддержание оптимального церебрального перфузионного давления (ЦПД); применением инотропных препаратов; контроль центрального венозного давления (не более 100 мм.вод.ст.); исключение всех вариантов гипоксемии; контроль за глюкозой и электролитами крови; коррекция кислотно-щелочного статуса; не допустить гипертермию (общая гипотермия до $36^{\circ}C$ достигалась применением аппарата "Nemoterm". Тромболитическую терапию не при-

меняли в ранний срок после оперативного вмешательства.

Результаты и их обсуждение. Внедрение разработанного нами стандарта нейропротекторной терапии способствовало восстановлению сознания и двигательных функций уже к концу первых суток после оперативного вмешательства у 12 (35,3%) больных. Ускорение положительной динамики при развившейся стойкой очаговой симптоматики достигнуто в 10 (29,4%) случаях. Симптомы проходящего НМК с кратковременными мелкими очаговыми симптомами исчезли у 7 (20,5%) больных. Применение нейропротекции до развития клинических симптомов у пациентов, перенесших НМК в анамнезе, значительно снижает риск развития общемозговой и очаговой неврологической симптоматики.

Выводы. Применение стандартного протокола нейротропной терапии после кардиохирургических операций нормализует нейростатус у больных в течение первых суток после операции.

Основными задачами лечения и диагностики НМК у кардиохирургических больных в ОРИТ являются: ранняя диагностика и дифференциальная диагностика НМК (в первые 6 часов); выявление общемозговой и очаговой симптоматики; оценка степени тяжести нарушения мозгового кровообращения по соответствующим шкалам; патогенетическая терапия; поддержание центральной гемодинамики и экстрацеребральных показателей; раннее назначение нейротропной терапии всем пациентам, перенесшим НМК в анамнезе, независимо от нейростатуса после кардиохирургических операций.

Гурин П.В.

РОЛЬ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ В КОРОНАРНОЙ ХИРУРГИИ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ

Национальный институт хирургии и трансплантологии им. А.А.Шалимова НАМН Украины

Актуальность. В последнее время большое внимание уделяется цель-ориентированному подходу инфузионной терапии во время хирургических вмешательств. Суть данной методики заключается в максимальном увеличении доставки кислорода к тканям за счет увеличения сердечного выброса.

Цель - сравнить традиционный и цель-ориентированный подходы к инфузионной терапии при операциях коронарного шунтирования (КШ) на работающем сердце.

Материалы и методы. В основу работы положен анализ результатов хирургического лечения 49 пациентов, которым с января по июнь 2016 года последовательно было выполнено изолированное КШ-3 на работающем сердце. В исследуемой группе (n=24) тактика инфузионной терапии обеспечивала на всех этапах операции и в первые 24 часа после операции насыщение смешанной венозной крови в яремной вене ($SvjO_2$) 70% и больше, а концентра-

цию лактата венозной крови - меньше 2 ммоль/л. В контрольной группе (n=25) использовали традиционную тактику инфузионной терапии.

Критерии исключения пациентов из исследования: фракция выброса левого желудочка менее 50%, повторная операция КШ, острый коронарный синдром, печеночная дисфункция (АЛТ >40 ЕД/л, АСТ >40 ЕД/л), коагулопатия, исходный уровень креатинина >140 мкмоль/л, исходный уровень гемоглобина <120 г/л.

Результаты и их обсуждение. При применении цель-ориентированного подхода инфузионной терапии исключительно кристаллоидными растворами интраоперационный баланс вводимой жидкости был достоверно ниже (1598 ± 207 мл и 1876 ± 488 мл; $p=0,01$) у пациентов в исследуемой группе. При этом кровопотеря во время операции достоверно не отличалась между группами и составила (480 ± 125 мл и 510 ± 120 мл; $p>0,05$). Дли-

тельность пребывания в стационаре после операции была достоверно ниже в исследуемой группе и составила $6,6 \pm 1,3$ против $8,3 \pm 1,5$ суток ($p < 0,05$) во 2 группе. Послеоперационная летальность была нулевой в обеих группах.

Цель-ориентированный подход к инфузионной терапии при операциях КШ на работающем сердце позволил обеспечить стабильные гемодинамические и метаболические показатели в интраопераци-

онном и раннем послеоперационном периодах.

Выводы. Цель-ориентированная инфузионная терапия эффективна и безопасна при операциях КШ на работающем сердце. Применение данной методики позволило снизить пребывания пациентов в стационаре после операции.

Интраоперационная кровопотеря не зависит от режима инфузионной терапии при использовании кристаллоидных растворов.

Гурин П.В.,
Бабич М.Н.,
Бирюков А.А.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТРАНЕКСАМОВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Национальный институт хирургии и трансплантологии
им. А.А.Шалимова НАМН Украины

Актуальность. Одной из современных тенденций развития анестезиологического обеспечения при кардиохирургических операциях является попытка снизить периоперационную кровопотерю. Это позволит сократить частоту и количество трансфузии препаратов донорской крови. Одним из путей решения является использование антифибринолитических средств.

Цель - изучить влияние транексамовой кислоты (ТК) на динамику интра- и послеоперационной кровопотери. Оценить эффективность и безопасность ее использования.

Материалы и методы. В основу исследования положен анализ 40 наблюдений за пациентами с первичными кардиохирургическими вмешательствами по поводу поражения клапанного аппарата сердца, а так же с клапанными поражениями в сочетании с шунтированием коронарных артерий. Пациенты со скоростью клубочковой фильтрации 50 мл/мин, острым коронарным синдром, печеночной дисфункцией (АЛТ > 40 ЕД/л, АСТ > 40 ЕД/л), а так же с предоперационной коагулопатией.

Пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа - пациенты, которым в периоперационном периоде использовали ТК ($n=20$); 2 группа - пациенты, которым анестезиологическое пособие проводили по традиционной методике ($n=20$). Пациентам 1 группы после индукции в анестезию вводили болюс ТК в дозе 10 мг/кг, затем налаживали непрерывную внутривенную инфузию ТК в дозе 1 мг/кг/час на протяжении 10-12 часов до суммарной суточной дозы ТК 2 грамма.

Результаты и их обсуждение. В результате ис-

пользования ТК по описанной нами методике установлено достоверное уменьшение интраоперационной кровопотери (710 ± 67 мл и 863 ± 77 мл у пациентов 1 и 2 групп соответственно; $p=0,0001$). Так же у пациентов 1 группы достоверно ниже была кровопотеря в послеоперационном периоде как в первые 24 часа (268 ± 40 мл и 420 ± 103 мл; $p < 0,05$), так и за все время нахождения дренажей (425 ± 80 мл и 760 ± 148 мл; $p < 0,05$).

Зарегистрировано протективное влияние ТК на тромбоциты. Количество тромбоцитов у пациентов 1 группы было выше как на этапе окончания операции ($181 \pm 39 \times 10^9/л$ и $129 \pm 30 \times 10^9/л$; $p=0,0009$), так и в первые 48 часов послеоперационного периода ($190 \pm 42 \times 10^9/л$ и $151 \pm 32 \times 10^9/л$; $p=0,002$).

Обладая протективным эффектом на тромбоциты, а так же проявляя антигиперфибринолитическое действие при использовании ТК у пациентов 1 группы количество трансфузии эритроцитарной массы было достоверно ниже (449 ± 181 мл и 680 ± 188 мл; $p=0,002$).

Ни у одного пациента при использовании ТК в суточной дозе 2 грамма не наблюдали генерализованных судорог и других специфических осложнений.

Выводы. Использование ТК в изученном нами режиме позволило снизить общую кровопотерю, потребность в трансфузии эритроцитарной массы в периоперационном периоде.

Применение ТК эффективно и безопасно при кардиохирургических вмешательствах с использованием ИК. ТК показала позитивное влияние на систему гемостаза.

Ибадов Р.А.,
Арифжанов А.Ш.,
Гизатулина Н.Р.,
Стрижков Н.А.

ОСТРЫЙ РЕСПИРАТОРНЫЙ ДИСТРЕСС-СИНДРОМ - ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМАХ ПАНКРЕАТИТА

АО "Республиканский специализированный центр хирургии
имени академика В.Вахидова"

Цель исследования - оценить эффективность комплекса респираторной терапии при синдроме острого повреждения лёгких (СОПЛ) у больных деструктивными формами панкреатита.

Материал и методы исследования. В исследование включены 76 пациентов с деструктивными формами панкреатита, тяжёлым клиническим статусом (по шкале Ranson более 4 баллов) осложнёнными СОПЛ и острым респираторным дистресс-синдромом (ОРДС) находившихся на лечении в АО "РСЦХ им. акад. В.Вахидова" с 2001 по 20015 год. Диагноз СОПЛ/ОРДС - на основании ARDS Network (2010).

Все больные находились на продленной ИВЛ (VELLA и VELLA+; VIASIS) в режимах по давлению и объёму (PCV, VCV) с применением рекрутмент-маневра.

Выделены две группы исследования. Группа А (n=40) - ИВЛ с управляемым давлением (PCV), обратное отношение вдох/выдох - 1,5/1, P_{insp} - 20-26 см.вод.ст., FiO₂ < 60% "Оптимальный" РЕЕР (поддержание PaO₂ выше 60 mmHg). Скорость Visp - 40-60 л/мин. Auto РЕЕР не более 50% от общего РЕЕР.

Группа Б (VCV) (n=36) - "Вентиляция малыми Vt (6 mL/kg) и низким P_{plat} (< 35 см H₂O)", P_{peak} < 35-40 см.вод.ст. VT - 6-8 мл/кг. FiO₂ < 60%. РЕЕР - 8-10 мм.рт.ст. Visp - 40-60 л/мин.

В комплексе респираторного пособия исследовали влияние интрапульмональной перкуссионной вентиляции лёгких (ИПВЛ) и кинетической терапии (prone-позиция). Динамические осцилляции ИПВЛ осуществлялись с помощью респиратора (IPV-НС; Percussionaire Corp.) в контуре аппарата ИВЛ с одновременной внутрилегочной перкуссией (пневматические диффузионные конвективные "воздушные толчки") и сеансами небулайзерной инсуффляции (BI-PHASIC IMPULSATOR).

Критерии эффективности: PaO₂ и SaO₂, PaO₂/FiO₂; шунтирование крови (справа на лево), pO₂ (A-a)e, pO₂ (a/A)e, статический комплайнс C_{st}, степень повреждение легких по J. Murray.

Результаты и их обсуждение. Улучшение PaO₂/FiO₂ в группе А относительно группы Б (Исход - 108,7±22,4/112,4±20,2, 5 сутки - 184,8±22,4/140,4±24,2 (А/Б соответственно). Отмечалась разница в показателях pO₂ (А-а) 170±18 / 165±20 - 2 сутки, 100±20,4/140±22,6 - 5 сутки, 58±24,4/100±22,2 соответственно. У больных группы А меньше срок ИВЛ относительно больных группы Б (12±2,6/16±4,6 суток соответственно). При применении данной тактики из 40 пациентов группы А трансформация СОПЛ в ОРДС отмечалась у 1 больного (2,5%); в группе Б - 74,3% (у 29 больных). Общая летальность в группе А - 2,5% (в 1 случае), в группе Б - 38,8% (10 случаев).

Анализ применения ИПВЛ-терапии в комплексе респираторного пособия для пациентов с деструктивными формами панкреатита выявил снижение показателей "слизь/поток" и "вязкость/упругость" слизи. Изменения воздушного потока при ИПВЛ способствуют "сдвигу" механики клиренса слизи, создают условия для физиологических кашлевых толчков без повышения давления (максимальное альвеолярное давление и РЕЕР) и легочных объёмов.

Вывод. Ведение больных с деструктивными формами панкреатита, осложнёнными СОПЛ/ОРДС, в режимах по давлению с ограничением пикового инспираторного давления и дыхательного объёма при удлинённом времени вдоха, более эффективно при коррекции гипоксемии. Тактика позволяет уменьшить отрицательное влияние механической вентиляции на паренхиму лёгких; длительность искусственной вентиляции лёгких и снизить летальность.

Ибрагимов А.А,
Кучкарова Ф.А.

ПОФОЛ-КЕТАМИНОВАЯ АНЕСТЕЗИЯ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Бухарский филиал РНЦЭМП

Цель исследования - изучить клиническое течение поликомпонентной анестезии на основе смеси кетамин и пофол (кетифол) при анестезиологическом обеспечении абдоминальных хирургических вмешательств.

Материалы и методы. Обследованы 84 больных оперированных по поводу острой абдоминальной хирургической патологии (холецистэктомия, папилосфинктеротомия, послеоперационные вентральные грыжи, операции при перитонитах). Возраст пациентов составил от 45 до 80 лет. Степень анестезиологического риска II-IV балла по шкале ASA. Продолжительность хирургических вмешательств - от 45 до 180 минут. Индукция в анестезию осуществлялась последовательным введением бензо-

диазепина (10 мг), фентанила (100 мг), смесью кетамин и пофол в одном шприце в соотношении 1:1 (по 1-1,5 мг/кг каждого из препарата). После интубации трахеи, проводилась ИВЛ кислородно-воздушной смесью с FiO₂ = 0,4%. Анестезию поддерживали болюсным введением смеси "кетифола" в одном шприце в соотношении 1:1 в дозе 4-6 мл с интервалами 10-20 минут. Интраоперационную релаксацию осуществляли ардуаном в начальной дозе 0,06 мг/кг. Введение смеси "кетифол" прекращали за 10-20 минут до окончания операции. Во время операции проводили мониторинг ЭКГ, параметров системной гемидинамики, SpO₂, контроль температуры тела и диуреза.

Результаты и их обсуждение. Клиническое те-

чение анестезии определялось взаимодействием гипнотика пофоло и мощного анальгетика кетамина. Состояние интраоперационной гемодинамики характеризовалось тенденцией к умеренному снижению систолического и диастолического АД (в пределах 5-8% от исходных значений) и умеренному урежению ЧСС (в пределах 64-84 уд в минуту). Наличие кетамина в смеси позволило существенно снизить расход фентанила. Средний расход кетамина и пофоло составил по 1,64 мг/кг/час, фентанила - 0,62 мг/кг/час, ардуана - 0,47мг/кг/час. Снижение АД отмечали после каждого введения смеси, оно продолжалось около 10 минут, что совпало с продолжительностью действия каждого из препаратов. Данный феномен явился ориентиром для введения поддерживающих доз смеси. Тенденция к снижению АД после введения смеси, на наш взгляд, объясняется тем, что оба препарата и кетамин, и пофол являются мощными общими анестетиками, способными вызвать нейровегетативную блокаду (НВБ). Вероятно, наслоение НВБ ин-

дуцированное каждым из препаратов приводило к снижению АД. Косвенным свидетелем адекватности анестезиологической защиты явился средний расход ардуана, который не превышал 0,04мг/кг/час, а также темп диуреза, который составлял 100-150 мл/час. Нарушений сердечного ритма в ходе операции не отмечено. Выход из анестезии был быстрым, время от окончания операции до экстубации не превышало 5 минут. При этом большие вступали в контакт, были ориентированы в пространстве и во времени. Психотических реакций за исключением легкой эйфории не отмечалось. Продления ИВЛ продолжительностью 10-20 мин понадобилось 8 больным. Для обезболивания в 1 сутки после операции требовалось всего однократное введение 10 мг кеторола.

Результаты исследования показали, что поликомпонентная анестезия на основе смеси кетамин-пофоло является эффективным и безопасным вариантом анестезиологического пособия в абдоминальной хирургии.

*Ли В.Н.,
Хайдаров А.Э.,
Галаятдинов А.Ф.,
Ким Л.Р.,
Эшонов А.*

К ВОПРОСУ О РАСШИРЕНИИ ГЕМОДИНАМИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА ПРИ АОРТО-КОРОНАРНЫХ ШУНТИРОВАНИЯХ

АО "Республиканский специализированный центр хирургии имени академика В. Вахидова"

У пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), выраженными нарушениями функции сердечно-сосудистой системы в периоперационном периоде часто выявляется необходимость в дополнительных объективных методах оценки сердечного выброса и факторов, которые его определяют: преднагрузку, сократимость миокарда, постнагрузку, состояния клапанного аппарата сердца.

Цель - представить опыт применения метода транспульмональной термодилуции при операциях аорто-коронарного шунтирования (АКШ).

Материалы и методы. С 2014 года по настоящий момент 370 больным в возрасте от 32 до 72 лет выполнены АКШ при с 2 (120), 3 - (180), 4 - (70) сосудистым поражением в условиях ингаляционной анестезии изофлюраном с внутривенным введением фентанила, бензодиазепинов и миорелаксантов в общепринятых дозировках и гипотермической перфузии (32-34) аппаратом искусственного кровообращения (ИК) "Teruma" и "Stockert". Применяли мониторинг инвазивного артериального и центрального венозного давления, сердечного выброса, ЭКГ, температуры, частоты сердечных сокращений, пульсоксиметрии, транспищеводной эхокардиографии, газов крови, глубокого кислородного статуса, кислотно-щелочного равновесия и водно-электролитного баланса, гемоглобина и гематокрита, почасового диуреза, свертывающей системы. Длительность ИК составляла 86 ± 18 мин.,

окклюзия аорты - 68 ± 16 мин., анестезии - 222 ± 17 мин. Транспульмональную термодилуцию (ТПТ) выполняли аппаратом фирмы "Dreager" с соответствующим модулем. После операции больных переводили на ПИВЛ в ОРИТ.

Результаты и их обсуждение. Мониторинг при АКШ в доперфузионном периоде показал, что у 90% пациентов показатели были относительно удовлетворительными: АД_{ср} - 65 ± 5 мм.рт.ст., пульс - 60 ± 5 уд. в минуту, SpO₂ - $97 \pm 3\%$, ЦВД - 8 ± 2 мм.рт.ст., ЭКГ и транспищеводная эхокардиография без отрицательной динамики. Мониторинг постперфузионного периода у этих больных выявил необходимость кардиотонической поддержки для достижения исходных или более стабильных показателей гемодинамики. У 28% больных: АД_{ср} - 75 ± 5 мм.рт.ст., пульс - 64 ± 5 уд.в минуту, SpO₂ - $99 \pm 1\%$, ЦВД - 10 ± 2 мм.рт.ст., ЭКГ и транспищеводная эхокардиография с положительной динамикой. 8 пациентам с фракцией выброса менее 38%, был необходим постоянный контроль сердечного выброса сразу после индукции в анестезию. Методика транспульмональной термодилуции включала введение больному "холодового" индикатора через центральную вену с контролем пути кровотока от правого предсердия до термодатчика фиброоптического катетера, который устанавливали в бедренную артерию. Согласно данным кривой термодилуции рассчитывался СВ. На анализе формы кривой термо-

дилюции и пульсовой волны рассчитывали комплекс других параметров гемодинамики, включавших объемные характеристики. У пациентов с помощью ТПТ сразу после индукции в анестезию оценивали и регистрировали: АД сред. - 50 ± 5 мм.рт.ст., сердечный индекс (СИ) - $3 \pm 0,5$ л/мин/м², ОПСС $1395,7 \pm 166,8$ дин/смхс-5, ударный индекс (УИ) - 32 ± 5 мл/м², глобальный конечно-диастолический объем (ГКДО) - 680 ± 25 мл/м², внутригрудной объем крови (ВГОК) - 770 ± 20 мл/м², вариации ударного объема (ВУО) - $10 \pm 1\%$, внесосудистая вода легких (ВСВЛ) - 8 ± 2 мл/кг. Данные ТПТ позволяли выбрать эффективные инотропные субстанции и их дозы в доперфузионном периоде. После основного этапа РССО мониторинг позволял проводить плавное поэтапное отключение искусственного кровообращения с подбором оптимальной пред-/постнагрузки и кардиотонических препаратов (добутамин в дозе от 5 до 10 мкг/кг/мин и адреналин от 0,05 до 0,2 мкг/кг/мин). Показатели были следующими: АД сред. - 60 ± 5 мм.рт.ст., сердечный индекс (СИ) - $4 \pm 0,5$ л/мин/м², ОПСС $1295,7 \pm 166,8$ дин/смхс-5, ударный индекс (УИ) - 42 ± 5 мл/м², ГКДО - 630 ± 25 мл/м², ВГОК - 790 ± 20 мл/м², ВУО - $7 \pm 1\%$, внесосудистая вода легких (ВСВЛ) - 7 ± 2 мл/кг. Показатели ТПТ, сопоставимые с транспищеводной эхокардиографией, помогли определить в необходимость механической

поддержки сердца: экстракорпоральной мембранной оксигинацией 3 больным и внутриаортальной баллонной контрпульсацией - 2. В послеоперационном периоде в отделении интенсивной терапии у 4 больных в связи с прогрессированием сердечно-сосудистой недостаточности возникла необходимость расширения стандартного мониторинга с определением СВ методом РССО. Полученные данные и дальнейший мониторинг СВ помогли корректировать кардиотропную терапию, благодаря которой достигали следующих показателей: АД сред. - 57 ± 5 мм.рт.ст., сердечный индекс (СИ) - $3,7 \pm 0,5$ л/мин/м², ОПСС $1255,7 \pm 156,8$ дин/смхс-5, ударный индекс (УИ) - 41 ± 5 мл/м², ГКДО - 730 ± 25 мл/м², ВГОК - 750 ± 20 мл/м², ВУО - $10 \pm 1\%$, внесосудистая вода легких (ВСВЛ) - 9 ± 2 мл/кг. Датчики ТПТ удаляли после интенсивной терапии при удовлетворительной гемодинамике и стабильной работе сердца, перед переводом больного в профильное отделение. Осложнений при применении данной процедуры не было.

Наш опыт применения ТПТ при операциях реваскуляризации миокарда показал его высокую информативность, чувствительность в раннем определении расстройств сократительной функции миокарда и внутрисердечной гемодинамики в реальном времени, что позволяло своевременно осуществлять целенаправленную коррекцию.

*Мухитдинова Х.Н.,
Сатвалдиева Э.А.,
Абдуллаев Р.Т.*

ОСЛОЖНЕНИЯ ДЛИТЕЛЬНОЙ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

*Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи
Ташкентский институт усовершенствования врачей*

Актуальность. У больных ОРИТ динамика основного заболевания, функциональное состояние желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и адекватность легочной вентиляции находятся в постоянном динамическом взаимодействии. После хирургического вмешательства на органах пищеварения особенности проводимого питания, адекватность мер медикаментозной и немедикаментозной профилактики эрозивного гастрита и острых язв оказывают прямой или опосредованный повреждающий эффект во время ИВЛ.

Цель - провести анализ и оценить энтеральное кормление младенцев при длительной ИВЛ, предложить способ повышения эффективности интенсивной терапии.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ длительной ИВЛ (от 2 до 15 суток) у 50 детей в возрасте от 15 дней до 12 месяцев. Мальчиков было 26, девочек - 24. Причинами тяжелого состояния были тяжелая осложненная пневмония - 26, вторичный энцефалит - 8, острая кишечная инфекция - 6, нетравматическое кровоизлияние в головной мозг - 6, ожоговая травма - 4, осложнившийся синдромом полиорганной недостаточности

(СПОН). Аппаратную респираторную поддержку 30 детям начинали при поступлении в связи с несостоятельностью спонтанного дыхания; 15 детям - на 2 сутки, 15 - на 3-4 сутки в связи с неэффективностью консервативной терапии и прогрессирующей острой дыхательной недостаточностью. Всем проводили энтеральное питание через зонд: преимущественно грудным молоком - 40 детям, 10 - молочными питательными смесями, которые дети получали до поступления в клинику. Больных разделили на две группы: 1 группа - 38 детей получали только энтеральное питание; 2 группа - 12 детей, которым в связи с более тяжелой дисфункцией гастроинтестинальной системы и значительным сокращением объема кормления проводили парентеральное питание инфезолом 40 из расчета 50-70% суточной потребности по азоту. Глюкозокалиевый раствор вводили из расчета 200 ккал на 1 г азота.

Результат и их обсуждение. У всех пациентов в первые сутки ИВЛ наблюдали признаки ухудшения функции пищеварительной системы в виде вздутия живота, пареза 2-3 степени, рвоты. В связи с этим суточный объем энтерального кормления был снижен на 20-50%, назначено введение

пищеварительных ферментов, эубиотиков, спазмолитиков, желчегонных, панкреатина. При диарее вводили энтерально антибиотики. Отклонения водно-электролитного баланса корригировали инфузионной терапией в количестве, составляющем возрастную суточную потребность. На 3-4 сутки парентерального питания состояние пациентов 2 группы улучшалось, постепенно увеличивали объем

энтерального введения до уровня физиологической потребности. Выявлено, что средняя продолжительность ИВЛ во 2 группе была меньше на 1-3 дня относительно 1 группы.

Вывод. Дополнительное парентеральное питание повышает эффективность интенсивной терапии, позволяет сократить длительность продленной ИВЛ на 1-3 суток.

*Мухитдинова Х.Н.,
Хамраева Г.Ш.,
Алаутдинова Г.И.*

ЦИРКАДНЫЕ РИТМЫ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ У ДЕТЕЙ

*Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи
Ташкентский институт усовершенствования врачей*

Биоритмы - это периодические изменения характера и интенсивности биологических процессов, определяются тремя специфическими показателями: периодом, амплитудой и фазой. Большинство физиологических и биохимических процессов у человека закономерно изменяются в течение суток. Циркадный ритм присущ всем показателям функционирования сердечно-сосудистой системы: частоте сокращений сердца, структуре ритма сердца, объемной скорости кровотока, артериальному давлению (АД). В течение суток изменяются не только деятельность отдельных звеньев системы кровообращения, но и их реактивность, чувствительность к различным воздействиям: физическим нагрузкам, vasoактивным веществам. Суточное мониторирование параметров гемодинамики, в том числе и артериального давления, позволяет на качественно ином уровне диагностировать нарушения функции сердечно-сосудистой системы, применять в дифференциальной диагностике тяжелых состояний у детей, контролировать проводимое лечение и определять прогноз заболевания. Данные об изменении циркадных ритмов артериального давления при тяжелой черепно-мозговой травме (ТЧМТ) в литературе мы не встретили. Цель нашего исследования - изучить динамику АД в околоциркадном ритме длительным мониторированием, определить отличительные особенности прогнозирования при неблагоприятном исходе ТЧМТ у детей.

Материал и методы исследования. Проведен хронологический анализ функциональной активности систем гемодинамики: систолического (САД), диастолического (ДАД) артериального давления, частоты сердечных сокращений (ЧСС), центрального венозного давления (ЦВД), температурной

реакции, показателя сатурации кислорода у детей 7,5±2,5 лет в динамике околосуточных, двадцатитрехдневных биоритмов, а также суточной флюктуации изучаемых параметров в процессе адаптивных реакций со стороны ведущих систем гомеостаза. Исследования проведены по материалам ОРИТ РНЦЭМП г. Ташкента. В анализ включены данные 63 детей с ТЧМТ.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что при длительном мониторинге наиболее информативными показателями, характеризующими особенности суточного ритма АД у детей, являются динамика среднесуточного систолического АД (мезор), его вариабельность, показатели акрофазы, амплитуды суточного колебания, характер динамики корреляционных связей отдельных параметров гемодинамики, дыхания, температурной реакции при тяжелых состояниях у детей.

В отличие от вариабельности САД вариабельность ДАД в течение суток не превышает норму и остается почти одинаковой при всех типах нарушений циркадного ритма. Суточный индекс является стабильной величиной при ТЧМТ у детей и составляет 10-22%.

Вывод. Критерием эффективности проводимого лечения при всех типах нарушений циркадных ритмов у детей является нормализация показателей среднесуточного САД, его циркадных характеристик. На 23 сутки после перенесенной ТЧМТ показатели фазовой структуры циркадных ритмов параметров гемодинамики еще отличаются от физиологической нормы, что требует дальнейших разработок, направленных на повышение эффективности интенсивной терапии изучаемого контингента тяжелых больных детей.

*Назырова Л.А.,
Ли В.В.,
Фаязов Д.Т.,
Реймназарова З.Ж.*

РЕГИОНАРНАЯ АНЕСТЕЗИЯ С УЛЬТРАЗВУКОВОЙ НАВИГАЦИЕЙ ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА СОННЫХ АРТЕРИЯХ

*АО "Республиканский специализированный центр хирургии
имени академика В.Вахидова"*

Назырова Л.А.,
Ли В.Н.

ОСОБЕННОСТИ ИНФУЗИОННОЙ ПРОГРАММЫ И МОНИТОРИНГ У БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПРИ НЕСЕРДЕЧНЫХ ОПЕРАЦИЯХ

АО "Республиканский специализированный центр хирургии
имени академика В. Вахидова"

Инфузионная поддержка (ИП) и терапия для пациентов с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией (СССП) во время операции имеет особенности и включает прежде всего поддержание волемического статуса при максимально низком гидростатическом давлении в просвете капилляров, что предупреждает утечку жидкости в интерстиций. Адекватную периоперационную ИП невозможно проводить без высокоинформативного интраоперационного мониторинга.

Цель работы - представить опыт оптимизации инфузионной периоперативной поддержки под контролем рационального интраоперационного мониторинга у пациентов с СССП при различных видах несердечных вмешательств.

Материал и методы. У 204 пациентов с СССП в возрасте от 34 до 66 лет (53% женщин и 47% мужчин) при выполнении несердечных оперативных вмешательств (лапараскопическая холецистэктомия (146), в абдоминальной (37) и торакальной (14) хирургии, при операциях на магистральных и периферических сосудах (17)) исследовали особенности инфузионной поддержки. Распределение больных по СССП было следующим: 15 больных после протезирования митрального клапана, 13 - аортального; 8 - с митральной недостаточностью II степени; 6 - с митральным стенозом I степени; 5 - с аортальным стенозом II степени; 4 - с аортальной недостаточностью II степени; 6 - с гипертрофической кардиомиопатией; 147 - ИБС различной степени и тяжести, из них - 12 после стентирования коронарных сосудов. В предоперационном периоде осуществляли динамический контроль эхокардиографии (ЭхоКГ), электрокардиографии (ЭКГ), коагуляционного статуса, проводили необходимую кардиотропную терапию. Операции выполняли в условиях ингаляционной анестезии изофлюраном и севофлюраном с внутривенным введением фентанила и мидазолама, миоплегия аркуроном в общепринятых дозах. Мониторинг: неинвазивное артериальное давление (нАД), инвазивное артериальное давление (иАД), центральное венозное давление (ЦВД), ЭКГ, температуры (t°), пульсоксиметрии (SpO_2), кислотно-щелочного равновесия (КЩС) и водно-электролитного баланса, гемоглобина (Hb) и гематокрита (Ht), почасового диуреза, свертывающей системы. Всех пациентов переводили в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) для дальнейшего мониторинга.

Результаты и их обсуждение. Учитывая СССП инфузионную программу начинали с учетом предоперационного ограничения пищи и рассчитывали по формуле физиологической суточной потребнос-

ти: масса тела \times 1,5мл \times 24 часа, в среднем, составляла 600 ± 20 мл. В дальнейшем инфузионную поддержку осуществляли под контролем ЦВД, эхокардиографии и баланса жидкости. При выполнении лапароскопической холецистэктомии пациентам с СССП применяли инфузионную терапию в объеме 3-4 мл/кг/час, стандартный мониторинг дополняли ЭКГ до 6 отведений, в 12 случаях мониторируют иАД и ЦВД в связи с тяжестью кардиологического статуса. На этапе пневмоперитонеума, у 6 пациентов несмотря на внутрибрюшное давление не выше 8 мм.рт.ст. состояние операционного стола в положении Фовлера не более 10° , отмечалось снижение АД, которое купировали быстрой инфузией кристаллоидов в объеме 100-200 мл до достижения ЦВД - 8-10 мм.рт.ст., в 2 случаях - введением вазопрессоров. ИП при абдоминальных вмешательствах у больных с СССП была 6-8 мл/кг/час, в пропись которой входили гидроксипропилкрахмалы (ГЭК) объемом до 30%, мониторинг дополняли ЭКГ в 6 отведениях, иАД, ЦВД и диуреза. ИП позволяла поддерживать адекватное АД 110-120/70-80 мм.рт.ст, ЦВД - 8-10 мм.рт.ст., диурез - более 1 мл/кг/час. Мониторинг способствовал раннему купированию начинающихся расстройств у 3 пациентов своевременным увеличением ИП до 10 мл/кг/час; у 4 больных - использованием кардиотоников (допамин 5-7,5мкг/кг/мин); у 7 - применением нитратов удавалось улучшить коронарное кровообращение по данным ЭКГ. При выполнении торакальных оперативных вмешательств больным с СССП стандартный мониторинг расширялся контролем ЭКГ в 6 отведениях, иАД, ЦВД, газов крови, диуреза, что позволяло поддерживать адекватный волемический статус с помощью ИП в объеме 4-5 мл/кг/час, куда входили 35% ГЭК. 7 пациентам применили кардиотоническую поддержку допамином в дозе 5-7,5 мкг/кг/мин. Хирургические вмешательства на брюшной аорте пациентам с СССП также проводили с расширением стандартного мониторинга - ЭКГ в 6 отведениях, иАД, ЦВД, газов крови, КЩС, t° , диуреза. Скорость ИП составляла 8-10 мл/кг/час, где доза ГЭК не превышала 20 мл/кг. В 4 случаях применяли кардиотоническую поддержку допамином. Расчетную инфузионную и симптоматическую терапию (введение, кардиотоников, нитратов, непрямых антикоагулянтов, при необходимости - антиаритмиков, ингибиторов АПФ, бета-блокаторов) продолжали после операции при расширенном мониторинге.

Таким образом, рациональная ИП и расширенный мониторинг у пациентов с СССП способствуют гладкому течению анестезии на всех этапах оперативных вмешательств.

Назыров Ф.Г.,
Ибадов Р.А.,
Назырова Л.А.,
Арифжанов А.Ш.

ИНТЕГРАЦИЯ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ИНТЕНСИВНУЮ ТЕРАПИЮ И КАРДИОХИРУРГИЧЕСКУЮ РЕАНИМАТОЛОГИЮ

АО "Республиканский специализированный центр хирургии имени академика В.Вахидова"

Цель - провести анализ использования новых технологий и перспективных методов интенсивной терапии в кардиохирургической реаниматологии.

Материал и методы исследования. Проведен анализ результатов лечения пациентов в отделении реанимации и интенсивной терапии АО "РСЦХ им. акад. В.Вахидова" за последние 5 лет (2010-2015 гг.), перенесших плановые операции по поводу врождённых, приобретенных, сочетанных пороков и ишемической болезни сердца преимущественно на открытом сердце в условиях искусственного кровообращения (ИК). Послеоперационный мониторинг и ведение пациентов основано на руководствах по диагностике и лечению патологий сердца American Heart Association (2010-2015) и Всероссийского научного общества кардиологов - ВНОК (2009).

Результаты и их обсуждение. С целью снижения частоты общих осложнений и летальности с 2010 года в клиническую практику ОРИТ внедрены современные технологии послеоперационного ведения больных:

- экстракорпоральная мембранная оксигенация (ЭКМО) - инвазивный экстракорпоральный метод насыщения крови кислородом при развитии тяжёлой острой дыхательной и сердечной недостаточности применяется для поддержания жиз-

недеятельности интраоперационно и в послеоперационном периоде; проведена в 5 случаях;

- внутриортальная баллонная контрпульсация (ВБК) - способ временной поддержки насосной функции сердца у больных с острой левожелудочковой недостаточностью в послеоперационном периоде; проведена в 10 случаях;

- ультрафильтрация крови и диализ в комплексе интенсивной терапии - методика реанимационного обеспечения после кардиохирургических операций; применена в 34 случаях;

- унифицированная стратегия респираторной терапии для кардиохирургических больных с СОПЛ/ОРДСВ;

- алгоритм комплексного применения методов профилактики и лечения бронхолегочных осложнений у хирургических больных (Патент на изобретение РУз № IAP 04769 от 31.10.2013г.).

С внедрением новых технологий число бронхолегочных осложнений удалось уменьшить в 5 раз до 0,5% среди всех прооперированных больных с сердечно-сосудистой патологией.

Выводы. Из анализа использования новых технологий и перспективных методов интенсивной терапии в кардиореаниматологии следует, что удалось снизить частоту осложнений и летальности.

Стрижков Н.А.,
Ибадов Р.А.,
Байбеков И.М.,
Арифжанов А.Ш.,
Гизатулина Н.Р.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПАРАЛЛЕЛИ ИЗМЕНЕНИЯ ФОРМ ЭРИТРОЦИТОВ И ГЕПАТОЦИТОВ ПРИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПЕЧЁНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

АО "Республиканский специализированный центр хирургии имени академика В.Вахидова"

Мембрана эритроцитов весьма чувствительна к изменению концентрации токсических веществ, появляющихся в крови при циррозе печени. Известно, что желчные кислоты приводят к эхиноцитарной трансформации, причём после удаления веществ, вызывающих трансформацию, эритроциты вновь приобретают дисковидную форму. Данное свойство может быть критерием эффективности проводимой терапии.

Цель исследования - изучить изменение форм эритроцитов (ФЭ) капиллярной крови на этапах лечения больных циррозом печени в отделении реанимации и интенсивной терапии (ИТ).

Материалы и методы. Исследована морфология эритроцитов капиллярной крови оригинальным спо-

собом изучения дискретных структур - методика экспресс диагностики форм эритроцитов "толстой капли" (ЭМТК) - патент Республики Узбекистан № DGU 01195 - у 23 пациентов с диагнозом ЦП, ПГ, ВРВП 3 ст., осл. кровотечением на этапах интенсивной терапии. Нативную неокрашенную кровь исследовали с помощью микроскопов Биолам-И и Люмам-И2 при соответствующем увеличении цифровой фотокамерой HP PhotoSmart. При оценке ФЭ пользовались модифицированной классификацией Г.И. Козинца (1987) и Рязанцевой (2001).

Результаты и их обсуждение. У больных циррозом печени ФЭ претерпевает существенные изменения, которые заключаются в увеличении количества эхиноцитов - клеток имеющих выросты на

цитоплазматической мембране.

Динамика соотношения форм эритроцитов у больных циррозом печени до и после интенсивной терапии.

При тяжелых формах течения ЦП содержание дискоцитов снижается. Применение ИТ приводит к восстановлению ФЭ, что проявляется меньшей степенью эхиноцитарной трансформации, уменьшением количества стоматоцитов и необратимо измененных форм. Проявления пойкилоцитоза и анизоцитоза после ИТ положительно влияют на процессы тромбообразования и характеризуют состояние анемии, развившейся на фоне кровотечения из ВРВП. ФЭ является зеркалом функцио-

нального состояния клетки, а прогрессирование патологических трансформаций на фоне сниженных показателей гемоглобина и гематокрита ещё больше усугубляет нарушенные кислородтранспортные свойства крови.

Выводы. У больных циррозом печени в периферической крови количество патологических форм эритроцитов резко увеличено по сравнению с контролем.

Дифференцированная интенсивная терапия при ЦП существенно улучшает морфологию эритроцитов.

Мониторинг форм эритроцитов периферической крови методом "толстой капли" объективно оценивает эффективность интенсивной терапии.

Фокин И.В.

РЕГИОНАРНАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ ПРИ ОТКРЫТОМ ОСТЕОСИНТЕЗЕ КЛЮЧИЦЫ

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Актуальность. Благодаря внедрению современных технологий в регионарную анестезию улучшается реализация ее преимуществ над общей анестезией: улучшение послеоперационного обезболивания, экономическая эффективность, снижение послеоперационных осложнений и ускорение выздоровления. Одной из таких технологий является ультразвуковая визуализация, позволяющая контролировать положение иглы и распределение местного анестетика по отношению к нервам в реальном времени. Выполнение блокады плечевого сплетения по наружным анатомическим ориентирам сопровождается высоким риском осложнений и большим количеством неудачных блоков. Это объясняет редкое использование регионарной анестезии при операциях на ключице и обуславливает внедрение ультразвуковой визуализации при выполнении регионарной анестезии.

Однако технические аспекты выполнения регионарной анестезии под ультразвуковой навигацией при остеосинтезе ключицы до настоящего времени изучены недостаточно. В отечественной литературе немного работ, посвященных данной теме. В связи с изложенным перспективно проведение регионарной анестезии под ультразвуковым контролем при открытом остеосинтезе ключицы.

Цель исследования - оценить результаты регионарной анестезии под ультразвуковым контролем при открытом остеосинтезе ключицы.

Материалы и методы. В операционно-анестезиологическом отделении РНЦЭМП исследованы 20 пациентов (анестезиологический риск ASA I-III класса), которым выполняли открытый остеосинтез ключицы под регионарной анестезией под ультразвуковым контролем. Проводили комбинированную блокаду плечевого сплетения межлестничным доступом с блокадой поверхностного шейного сплетения. Ультразвуковую навигацию осуществляли аппаратом SAMSUNG MEDISON SonoAce R3 с

мультисекторным линейным датчиком 5-12 МГц. Во всех случаях регионарные анестезии выполняли 2% лидокаином в общем количестве 15-20 мл для двух блокад с добавлением адреналина в концентрации 1: 200000. С целью седации во время операции всем пациентам назначался мидазолам от 2,5 до 5 мг дробно, при этом пациент оставался в контакте с врачом. Адекватность анестезиологического обеспечения оценивали по мониторингу гемодинамических показателей (среднее АД, пульс) на этапе разреза кожи и остеосинтеза. Успешность блока определяли до разреза путем укола иглы в зоне операции. При сохранении болевой чувствительности перед разрезом (неудачный или частичный блок) проводили общую анестезию. Регистрировали время начала сенсорной анестезии. Всем пациентам письменно подтвердили свое согласие на выполнение регионарной анестезии.

Результаты и их обсуждение. У 18 (90%) пациентов блокада была успешной. Одному пациенту потребовалась общая анестезия до разреза; у одного пациента сохранялась глубокая болевая чувствительность во время выделения костных отломков, что так же потребовало перехода на общую анестезию. На этапе разреза кожи и остеосинтеза гемодинамические показатели отмечались без выраженных отклонений от нормы. Среднее АД - $87,05 \pm 3,31$ мм.рт.ст., пульс - $84,3 \pm 3,18$ уд/мин при разрезе кожи и на этапе остеосинтеза среднее АД составило $90,15 \pm 2,82$ мм.рт.ст., пульс - $89,2 \pm 2,54$ уд/мин. Время от конца блокады до наступления сенсорной анестезии в 16 (80%) случаях не превышало 20 минут ($17,13 \pm 2,21$ мин); в одном случае блок был неудачным; в трех остальных время - 24 мин., 29 мин. и 32 мин.

Заключение. Регионарная анестезия под контролем ультразвука при открытом остеосинтезе ключицы является эффективным видом и может использоваться в рутинной анестезиологической практике.

Шаниева З.А.,
Ибадов Р.А.,
Арифжанов А.Ш.,
Гизатулина Н.Р.,
Стрижков Н.А.

ОСОБЕННОСТИ КОНТРОЛЯ ЗА РЕСПИРАТОРНЫМ БИОЦЕНОЗОМ ПРИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ РЕСПИРАТОРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

АО "Республиканский специализированный центр хирургии
имени академика В.Вахидова"

Вопрос о рациональном применении антибиотиков в последние годы приобретает все большую значимость. Применение современной интенсивной терапии позволило снизить летальность в острую фазу панкреатита. Однако при этом возрос риск формирования различных гнойно-септических постнекротических осложнений.

Цель исследования - оптимизировать методы профилактики и мониторинга за эффективностью антибиотикотерапии при остром деструктивном панкреатите.

Материалы и методы. Пролечен 131 больной с острым деструктивным панкреатитом в ОРИТ в АО "РСЦХ имени академика В.Вахидова" в течение последних 8 лет. Материалом для анализа служило отделяемое из дренажей. Используются традиционные методы выделения и идентификации микроорганизмов, определения их чувствительности к антибиотикам и динамический контроль за содержанием С-реактивного белка.

Результаты и их обсуждение. Выделенная микрофлора была представлена грамотрицательными (77,2%) и грамположительными микроорганизмами (18,2%), грибами рода *Candida* (4,6%) Среди грамотрицательных микроорганизмов чаще всего были изолированы: *E.coli* (46,4%), *K.pneumoniae* (21,3%); среди грамположительных: *Staphylococcus spp.* (11,3%), *Enterococcus spp.* (9,8%), *Staphylococcus*

aureus (3,4%). Анализ антибиотикограмм показал, что грамотрицательная микрофлора была более резистентной, чем грамположительная. В ее отношении наиболее активными препаратами оказались имипенем (3,0% резистентных штаммов), меропенем (10,0%), полимиксин В (11,0%), цефоперазон/сульбактам (33,0%), амикацин (12,0%), офлоксацин (44,0%). Большинство грамположительных штаммов проявляли устойчивость к пенициллиновым антибиотикам. Наиболее активными против них препаратами оказались ванкомицин (0% резистентных штаммов), амикацин (9,0%), цефоперазон/сульбактам (17,0%), офлоксацин (21,0%), цефтриаксон (35,0%), цефотаксим (45,0%). При СРБ свыше 70 мг/л проводили деэскалационную антибактериальную терапию. Использование метода прогнозирования и определение исходной концентрации С-реактивного белка способствовало выделению группы риска, определению целенаправленной антибиотикопрофилактики гнойно-септических осложнений, что существенно снизило их частоту.

Вывод. Антибиотикопрофилактика и рациональная антибиотикотерапия с учетом прогностических факторов и антибиотикочувствительности ведущих штаммов возбудителей при остром панкреатите позволяют существенно снизить частоту гнойно-септических осложнений.

Эсанов Х.У.,
Джураев И.Б.,
Турсунов Ш.Ж.

РАННЕЕ ПРОБУЖДЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПРИ ВНУТРИВЕННОМ ОБЕЗБОЛИВАНИИ СО СПОНТАННЫМ ДЫХАНИЕМ

Навоийский филиал РНЦЭМП

Проведение внутривенной анестезии со спонтанным дыханием приоритетно при обезболивании больных с малым объемом оперативного вмешательства. Несмотря на многолетний опыт проведения внутривенной анестезии со спонтанным дыханием остается актуальной проблемой длительного послеоперационного медикаментозного сна, который связан со многими факторами и требует длительного наблюдения за больным.

Мы поставили задачу уменьшить длительность медикаментозного сна.

Для раннего пробуждения больных мы использовали *Pirocitami* 20% - 10,0 мл в/в струйно и *Eufilini* 2,4% - 10,0 капельно. У всех больных в послеоперационном периоде исследовали сатура-

цию кислорода, гемодинамические показатели и нейростатус.

У 19 больных после введения данных препаратов через 3-10 минут, пациенты становились адекватными: вступали в словесный контакт и полностью ориентировались в окружающем. Сатурация кислорода была в пределах нормы, а гемодинамические показатели оставались стабильными.

В контрольной группе 13 пациентов, лишь у 2 больных наблюдали раннее пробуждение. У остальных адекватность состояния наступила через 20-58 минут.

Таким образом, для раннего пробуждения и активизация больных в раннем послеоперационном периоде использование Пирацетама и Эуфиллина является целесообразным.

Эшонов О.Ш.,
Турсунов Н.К.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ КОГНИТИВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ

Бухарский государственный медицинский институт

Общая анестезия может быть причиной возникновения в послеоперационном периоде повреждений ЦНС. Среди них особое место занимает послеоперационная когнитивная дисфункция (ПОКД), которая может развиваться у больных различного возраста и в случаях с неотягощенным психоневрологическим анамнезом. Это ухудшает качество жизни больных, затрудняет выполнение ими профессиональных и социальных функций. Одной из главных причин нарушения когнитивных функций после операции считают нейротоксическое действие общих анестетиков на ЦНС. Частота ПОКД, по данным разных авторов составляет, в среднем, 36,8-47%.

Для изучения когнитивных функций после различных операций в условиях общей анестезии обследованы 109 больных (39 женщин и 70 мужчин) с неотягощенным неврологическим и психосоматическим анамнезом. Возраст больных варьировал от 17 до 60 лет. По темпераменту состав больных выглядит следующим образом: холерики - 33, сангвиники - 23, флегматики - 48, меланхолики - 5. В профессиональном аспекте: врачи - 32, студенты - 16, учителя - 5, рабочие - 56. Всем больным вводный наркоз проведен кетаминотом из расчета 2 мг/кг веса, базис наркоз - фентанилом и дроперидолом. Согласно данным наркозных карт прооперированных пациентов, для анестезиологического пособия использовали средства для анестезии в средних дозировках.

Проведено стандартизированное неврологическое обследование, нейропсихологическое тестирование краткосрочной памяти, внимания, умственной работоспособности, интеллектуальной лабильности. Все больные получали стандартную предоперационную подготовку, премедикацию и интенсивную послеоперационную терапию в соответствии с за-

болеванием. Во время анестезии у всех больных отмечалась стабильная гемодинамика, показатели пульсоксиметрии были в пределах нормы. Дыхание по выходе из состояния наркозного сна было самостоятельным. По окончании операции все больные были экстубированы, на самостоятельном дыхании в сознании переведены в отделение реанимации и интенсивной терапии на 1-2 сутки в зависимости от объема оперативного вмешательства.

При тестировании когнитивных функций у пациентов в послеоперационном периоде ПОКД отмечена у 49 больных (женщин - 28, мужчин - 21), что составляет 45%, (соответственно женщин - 57%, мужчин - 43%).

Среди больных занимающихся умственным трудом, ПОКД отмечено у 29 из 53, что составляет 55%. Среди 56 рабочих ПОКД отмечена у 20 (36%).

Таким образом, общая анестезия оказывает негативное влияние на состояние когнитивных функций у пациентов с неотягощенным психоневрологическим анамнезом. Распространенность ранней ПОКД после различных операций в условиях общей анестезии у пациентов составила 45%, что коррелирует с литературными данными.

Клиническая картина ранней ПОКД у пациентов выражалась снижением умственной работоспособности, устойчивости внимания, темпов и объема краткосрочной памяти, интеллектуальной лабильности, как причин их социально-бытовой дезадаптации.

Результаты исследования позволили выявить возникновение и распространенность ранней ПОКД у пациентов всех возрастных групп.

Мы считаем, что проблему ранней ПОКД у трудоспособного населения необходимо решать, в том числе включения в лечебно-диагностический алгоритм работы консультаций невролога в периоперационном периоде.

I. АБДОМИНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

| | |
|--|----|
| <i>Абдужаппаров С.Б., Кораходжаев Б.Ш.</i> ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПРИ НИЗКОАМПУЛЯРНОМ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ..... | 3 |
| <i>Абдужаппаров С.Б., Матниёзова Ш.Я.</i> ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ..... | 3 |
| <i>Абдужаппаров С.Б., Наврузов Б.С., Умурзоков С.К.</i> ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА, ОСЛОЖНЕННОГО МАЛИГНИЗАЦИЕЙ..... | 4 |
| <i>Абдужаппаров С.Б., Нишинов Д.А., Тен Я.В., Исламов Х.Д., Хакимов Г.М.</i> ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНО МНОЖЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ И ДРУГИХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ..... | 4 |
| <i>Абдурахманов Ш.М., Хайдаров А.А., Абидов У.У., Бафоев З.П., Рузиев У.У.,</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ..... | 5 |
| <i>Абидов У.У., Хайдаров А.А., Абдурахманов Ш.М., Бафоев З.П., Рузиев У.У., Болтаев Н.Р.</i> ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛИГИРОВАНИЯ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА..... | 5 |
| <i>Азимов А.А., Маматов К.С., Давронов А.У., Хотамов И.Э., Умирзаков А.Ш.</i> ЖИГАР ЭХИНОКОККОЗИДА ЛАПАРОСКОПИК ЭХИНОКОККЭКТОМИЯ..... | 6 |
| <i>Алиев М.М., Нарбаев Т.Т., Тураева Н.Н., Тилавов У.Х., Абдукодиров О.А.</i> МОДИФИКАЦИЯ ОПЕРАЦИИ СТОУН-БЕНСОНА ПРИ НИЗКИХ ФОРМАХ АНОРЕКТАЛЬНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ У ДЕТЕЙ..... | 7 |
| <i>Алиев М.М., Нарбаев Т.Т., Тураева Н.Н., Тилавов У.Х., Султанов Х.Х.</i> ВЫБОР МЕТОДА КОЛОСТОМИИ ДЛЯ ДЕТЕЙ С АНОРЕКТАЛЬНОЙ МАЛЬФОРМАЦИЕЙ..... | 8 |
| <i>Алиев М.М., Тилавов У.Х., Арифжанов Н.С., Норбаев Т.Т., Абдукадиров О.А.</i> КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТОЖОГОВЫХ СТРИКТУР ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ..... | 9 |
| <i>Алимов М.М., Садыков Р.А., Исмаилов Б.А.</i> ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИМПЛАНТАТА "ГЕПРОЦЕЛ" ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ РАЗЛИЧНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЕЧЕНИ..... | 10 |
| <i>Асадуллаев Д.Р.</i> ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА РУБЦОВЫХ СУЖЕНИЙ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ..... | 11 |
| <i>Асланов З.А., Баймаков С.Р., Болтаев Ш.Ш.</i> СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ТРАДИЦИОННОГО И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО АДГЕЗИОЛИЗИСА ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ..... | 11 |
| <i>Асраров А.А., Хакимов М.Ш., Беркинов У.Б., Маткулиев У.И.</i> ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ..... | 12 |
| <i>Атаджанов Ш.К., Бекчанов Х.Н., Бабажанов А.У.</i> ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ..... | 12 |
| <i>Атаджанов Ш.К., Бекчанов Х.Н., Садуллаев У.О., Абдуллаев Г.С.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ ПИЩЕВОДА..... | 13 |
| <i>Атажанов У.Ж., Дўсчанов Б.А., Жуманазарова Г.У.</i> ҚОРИН БЎШЛИФИДАГИ ХИРУРГИК КАСАЛЛИКЛАРИДА ҲАРАКАТ ФАОЛЛИГИНИНГ АҲАМИЯТИ..... | 14 |
| <i>Атажанов У.Ж., Жуманазарова Г.У.</i> АБДОМИНАЛ ХИРУРГИК КАСАЛЛИКЛАРИДА АЙРИМ АЪЗО ВА ТЎҚИМАЛАРДА КУЗАТИЛАДИГАН ЎЗГАРИШЛАР..... | 15 |
| <i>Ахмедов Р.М., Муаззамов Б.Б., Шарипова Ш.У., Хикматов Ж.С.</i> МНОЖЕСТВЕННЫЙ И СОЧЕТАННЫЙ ЭХИНОКОККОЗ КАК ПРИЧИНА РЕЦИДИВОВ | 15 |
| <i>Ахмедов Р.М., Норов Ф.Х., Мирходжаев И.А., Хикматов Ж.С.</i> ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ..... | 16 |
| <i>Ахмедов Ю.М., Мавлянов Ш.Х., Мавлянов Ф.Ш., Ахмедов Д.Ю.</i> ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАПАРОСКОПИИ В ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА..... | 17 |
| <i>Ахмедов Ю.М., Мавлянов Ш.Х., Мавлянов Ф.Ш., Ахмедов Д.Ю.</i> ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С КИШЕЧНОЙ ИНВАГИНАЦИЕЙ..... | 18 |
| <i>Ахмедов Ю.М., Мавлянов Ш.Х., Мавлянов Ф.Ш., Ахмедов Д.Ю.</i> | |

| | |
|---|----|
| АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ УЩЕМЛЕННЫХ ПАХОВЫХ И ПАХОВО-МОШОНОЧНЫХ ГРЫЖ У ДЕТЕЙ..... | 18 |
| <i>Davlatov S.S.</i> | |
| HERNIOABDOMINOPLASTICS OF POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIA IN PATIENTS WITH OBESITY OF III-IV DEGREE..... | 19 |
| <i>Давронов А.У., Маликов Ю.Р., Азимов А.А., Маматов К.С., Серикбаев Н.</i> | |
| РОЛЬ ЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ НЕЯСНОЙ ОСТРОЙ ПАТОЛОГИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ..... | 20 |
| <i>Жариков Ю.О., Коваленко Ю.А.</i> | |
| ЗНАЧЕНИЕ ИЗУЧЕНИЯ КЛИНИКО-ПАТОЛОГИЧЕСКИХ И МОЛЕКУЛЯРНЫХ ПАРАМЕТРОВ ОПУХОЛИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ВОРОТНОЙ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМОЙ..... | 21 |
| <i>Жураев Э.Э., Юсупбеков А.А., Хайрулдинов Р.В., Чернышева Т.В.</i> | |
| РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ СРЕДНЕ-И НИЖНЕГРУДНОГО ОТДЕЛОВ ПИЩЕВОДА..... | 22 |
| <i>Ирназаров А.А., Саттаров О.Т., Джуманиязова Д.А.</i> | |
| ОЦЕНКА РАССТРОЙСТВ КРОВОТОКА СЕМЕННОГО КАНАТИКА У БОЛЬНЫХ С ПАХОВМИ ГРЫЖАМИ..... | 22 |
| <i>Исмаилов Б.А., Садыков Р.А., Алимов М.М.</i> | |
| ГЕМОСТАТИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ И БИОДЕСТРУКЦИЯ ГЕМОСТАТИЧЕСКОГО ИМПЛАНТАТА ГЕПРОЦЕЛ..... | 23 |
| <i>Кабулов М.К., Оразалиев Б.Х.</i> | |
| ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЕ И РАННИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ..... | 24 |
| <i>Кабулов М.К., Оразалиев Б.Х., Оразалиев Г.Б., Кабулов Т.М.</i> | |
| "ONLAY" ПРОТЕЗИРОВАНИЕ БОЛЬНЫХ С ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ И ПРОФИЛАКТИКА ИХ ОСЛОЖНЕНИЙ..... | 25 |
| <i>Калиш Ю.И., Аметов Л.З., Халикулов Х.Г.</i> | |
| ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БИЛАТЕРАЛЬНЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ..... | 26 |
| <i>Калиш Ю.И., Аметов Л.З., Халикулов Х.Г.</i> | |
| ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВНЫХ ПОСТПРОТЕЗНЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ..... | 26 |
| <i>Калиш Ю.И., Аметов Л.З., Хан Г.В., Шаюсунов А.Р., Йигиталиев С.Х.</i> | |
| ПРОТЕЗНАЯ ПЛАСТИКА ГРЫЖЕВЫХ ДЕФЕКТОВ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА..... | 27 |
| <i>Калиш Ю.И., Аметов Л.З., Хан Г.В., Шаюсунов А.Р., Йигиталиев С.Х.</i> | |
| ПРИМЕНЕНИЕ ВЫСОКОЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ЛАЗЕРА В ПРОФИЛАКТИКЕ РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ УЩЕМЛЕННЫХ ГРЫЖАХ | 28 |
| <i>Калиш Ю.И., Аметов Л.З., Шаюсунов А.Р., Йигиталиев С.Х.</i> | |
| МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТКАНЕЙ В ОБЛАСТИ РЕЦИДИВА ГРЫЖИ ПОСЛЕ ПРОТЕЗНОЙ ПЛАСТИКИ..... | 29 |
| <i>Калиш Ю.И., Аметов Л.З., Шаюсунов А.Р., Йигиталиев С.Х.</i> | |
| ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАРАПРОТЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ ПОСЛЕ АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКИ..... | 29 |
| <i>Karakozov P.E., Vaibekov I.M., Ibadov B.K., Mardonov J.N., Wann S.L.</i> | |
| ULTRASTRUCTURAL PECULIARITIES OF THE SURGICAL SUTURES..... | 30 |
| <i>Каракозов П.Е., Мардонов Ж.Н., Мусаев Э.Ш.</i> | |
| ВЛИЯНИЕ ЛАЗЕРНОГО И СВЕТОДИОДНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ МЫШЕЧНЫХ РАН С РАЗЛИЧНЫМ ШОВНЫМ МАТЕРИАЛОМ..... | 31 |
| <i>Каракозов П.Е., Мардонов Ж.Н., Чеканов В.С., Вани Л.С.</i> | |
| РОЛЬ ВИДА ШОВНОГО МАТЕРИАЛА В РАЗВИТИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ..... | 32 |
| <i>Каримов Ш.И., Асраров А.А., Баймаков С.Р., Хакимов М.Ш.</i> | |
| ЭНТЕРОСОРБЦИЯ КАК МЕТОД ДЕТОКСИКАЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ..... | 33 |
| <i>Каримов Ш.И., Баймаков С.Р., Асраров А.А., Насриддинов У.К.</i> | |
| ИЗМЕНЕНИЕ МИКРОФЛОРЫ И ФАКТОРОВ МЕСТНОЙ ЗАЩИТЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ..... | 34 |
| <i>Каримов Ш.И., Беркинов У.Б., Саттаров О.Т., Холматов Ш.Т., Имамов А.А.</i> | |
| ВЫБОР СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ..... | 35 |
| <i>Каримов Ш.И., Маткулиев У.И., Аиууров Ш.Э., Имамов А.А., Холматов Ш.Т.</i> | |

| | |
|---|----|
| РОЛЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО КЛИППИРОВАНИЯ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ПЕПТИЧЕСКИХ ЯЗВ..... | 36 |
| <i>Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Асраров А.А., Аиуров Ш.Э., Каримов М.Р.</i> | |
| АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ..... | 37 |
| <i>Курьязов Б.Н., Бабаджанов А.Р., Рузметов Б.А., Бабаджанов М.Б.</i> | |
| ВЫБОР МЕТОДА АЛЛОПЛАСТИКИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ..... | 37 |
| <i>Курьязов Б.Н., Бабаджанов А.Р., Рузметов Б.А., Бабаджанов М.Б.</i> | |
| ПЛАСТИКА ПО ЛИХТЕНШТЕЙНУ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ..... | 38 |
| <i>Кутлиев С.Р., Рамазанова Ш.С., Муаззамов Б.Б.</i> | |
| ТАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ И ХОЛАНГИТОМ..... | 39 |
| <i>Лигаи Р.Е., Низамходжаев З.М., Гулямов О.М., Цой А.О., Нигматуллин Э.И.</i> | |
| НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСТИРПАЦИИ ПИЩЕВОДА С ОДНОМОМЕНТНОЙ ГАСТРОЭЗОФАГОПЛАСТИКОЙ..... | 40 |
| <i>Лукманов С.Н., Аллазаров У.А., Шарапов А.Н., Исмаилов М.У.</i> | |
| ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ..... | 41 |
| <i>Маматов К.С., Маликов Ю.Р., Хотамов И.Э., Хамдамов О.К., Рузимуродов Н.Б.</i> | |
| ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО УШИВАНИЯ ПЕРФОРАТИВНЫХ ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ..... | 41 |
| <i>Мардонов Ж.Н.</i> | |
| ВОЗДЕЙСТВИЕ СВЕТОДИОДНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ АППАРАТА "БАРВА-ФЛЕКС" НА ЗАЖИВЛЕНИЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ РАН..... | 42 |
| <i>Мардонов Ж.Н., Каракозов П.Е., Мусаев Э.Ш.</i> | |
| ЭФФЕКТ КВАНТОВОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ТКАНЕЙ КОЖНЫХ РАН С РАЗЛИЧНЫМ ШОВНЫМ МАТЕРИАЛОМ..... | 43 |
| <i>Мирзакулов А.Г.</i> | |
| ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ЭМБРИОНАЛЬНЫХ ГЕПАТОЦИТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ..... | 44 |
| <i>Мирсидиков М.А.</i> | |
| ПРИМЕНЕНИЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ ДИВЕРТИКУЛЕЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ..... | 45 |
| <i>Мирходжаев И.А., Хикматов Ж.С., Муаззамов Б.Б., Йўлдошев У.Х.</i> | |
| ВЕНТРАЛ ЧУРРАЛАРДА БАЖАРИЛАДИГАН ПРОТЕЗЛИ ПЛАСТИКА АМАЛИЁТИ НАТИЖАЛАРИНИ ЯХШИЛАШ..... | 45 |
| <i>Муаззамов Б.Б., Юлдашев У.Х., Хикматов Ж.С.</i> | |
| СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ПРОВЕДЕНИЕ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ..... | 46 |
| <i>Мусоев Т.Я., Абдурахманов Ш.М., Хайдаров Ф.Н.</i> | |
| ВНЕДРЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИИ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ..... | 47 |
| <i>Мусоев Т.Я., Хайдаров Ф.Н.</i> | |
| ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ЭКСТРЕННОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ..... | 48 |
| <i>Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Сайдазимов Е.М., Нишанов М.Ш., Хакимов Ю.У.</i> | |
| ОСЛОЖНЕНИЯ В РЕЗЕКЦИОННОЙ ХИРУРГИИ ПЕЧЕНИ И ПУТИ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ..... | 49 |
| <i>Назыров Ф.Г., Девятков А.В., Бабаджанов А.Х., Байбеков Р.Р., Салимов У.Р.</i> | |
| ПЕРСПЕКТИВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕКОМПРЕССИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ В ХИРУРГИИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ..... | 49 |
| <i>Назыров Ф.Г., Девятков А.В., Бабаджанов А.Х., Джуманиязов Д.А.</i> | |
| РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПОРТАЛЬНОГО ГЕНЕЗА..... | 50 |
| <i>Назыров Ф.Г., Девятков А.В., Бабаджанов А.Х., Джуманиязов Д.А., Раимов С.А.</i> | |
| ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ..... | 51 |
| <i>Назыров Ф.Г., Девятков А.В., Бабаджанов А.Х., Нурутдинов У.С.</i> | |
| СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СПОСОБА ТОТАЛЬНОГО РАЗОБЩЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО КОЛЛЕКТОРА У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ..... | 51 |

| | |
|--|----|
| <i>Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Ибадов Р.А., Ирматов С.Х., Султанов С.А.</i> СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДА РЕИНФУЗИИ АСЦИТИЧЕСКОЙ ЖИДКОСТИ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ..... | 52 |
| <i>Назыров Ф.Г., Хашимов Ш.Х., Махмудов У.М., Садыков Н.С.</i> ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РУКАВНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПРИ МОРБИДНОМ ОЖИРЕНИИ..... | 53 |
| <i>Назыров Ф.Г., Хашимов Ш.Х., Махмудов У.М., Садыков Н.С.</i> ЭНДОВИЗУАЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ МОРБИДНОГО ОЖИРЕНИЯ..... | 54 |
| <i>Низамходжаев З.М., Лигаи Р.Е., Шагазатов Д.Б., Цой А.О., Хаджибаев Ж.А., Нигматуллин Э.И., Ажимуратов М.Т.</i> СТРУКТУРА ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЭКСТИРПАЦИИ ПИЩЕВОДА С ОДНОМОМЕНТНОЙ ГАСТРОЭЗОФАГОПЛАСТИКОЙ..... | 55 |
| <i>Низамходжаев З.М., Лигаи Р.Е., Гулямов О.М., Цой А.О., Омонов Р.Р., Ибрагимов Х.Р.</i> АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПИЩЕВОДНЫХ АНАСТОМОЗОВ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНЫМ РАКОМ..... | 56 |
| <i>Низамходжаев З.М., Лигаи Р.Е., Хусанов А.М., Цой А.О., Омонов Р.Р., Нигматуллин Э.И.</i> АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО ПОВОДУ КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РАКА..... | 57 |
| <i>Низамходжаев З.М., Шагазатов Д.Б., Цой А.О., Хаджибаев Ж.А., Ажимуратов М.Т.</i> ПЛАСТИКА ПИЩЕВОДА У БОЛЬНЫХ С ПОСТОЖОГОВЫМИ РУБЦОВЫМИ СТРИКТУРАМИ..... | 57 |
| <i>Низамходжаев З.М., Шагазатов Д.Б., Цой А.О., Хаджибаев Ж.А., Нигматуллин Э.И.</i> АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПОВТОРНЫХ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ БОЛЕЗНЯХ ИСКУССТВЕННОГО ПИЩЕВОДА..... | 58 |
| <i>Петрашенко И.И.</i> ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ..... | 59 |
| <i>Примов Ф.Ш.</i> РОЛЬ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМАХ ЖИВОТА У ДЕТЕЙ..... | 60 |
| <i>Расулов А.Э., Кротов Н.Ф., Хайрутдинов Р.В., Мадиев Б.Т., Усманов Б.Б.</i> НОВЫЙ АНТИРЕФЛЮКСНЫЙ ЭЗОФАГОГАСТРОАНАСТОМОЗ НА ШЕЕ В ХИРУРГИИ ПИЩЕВОДА..... | 60 |
| <i>Рашидов М.М.</i> СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ТРАВМЕ НИЖНИХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ..... | 61 |
| <i>Рискиев У.Р.</i> УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИТОНИТЕ..... | 61 |
| <i>Рузибаев Р.Ю., Рузметов Б.А., Сапаев Д.Ш.</i> ЯРА КАСАЛЛИГИ ТУФАЙЛИ ОПЕРАЦИЯ ЎТКАЗИЛГАН БЕМОРЛАРДА СУЯКНИНГ ОСТЕОПОРОТИК СИНИШИ ҲОЛЛАРИ..... | 62 |
| <i>Саидов Ф.Х.</i> ХИРУРГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОГО КОЛОСТАЗА У ДЕТЕЙ..... | 63 |
| <i>Сайфиева С.Х.</i> ЗНАЧЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ..... | 64 |
| <i>Саъдуллаев У.О.</i> ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ..... | 65 |
| <i>Струцкий Л.П., Низамходжаев З.М., Лигаи Р.Е., Цой А.О., Хаджибаев Ж.А.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНЕЙ ИСКУССТВЕННОГО ПИЩЕВОДА..... | 65 |
| <i>Султанов П.К.</i> СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПРИ КАТАТРАВМАХ..... | 66 |
| <i>Teshaev O.R., Madaminov R.M., Babajonov A.B., Isomitdinov B.Sh.</i> CAUSES OF CONVERSION AND INTRAOPERATIVE COMPLICATIONS OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY AT AN ACUTE CHOLECYSTITIS..... | 67 |
| <i>Тешаев О.Р., Мадаминов Р.М., Бабажонов А.Б., Исомитдинов Б.Ш.</i> ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ: ОСОБЕННОСТИ | |

| | |
|---|----|
| ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ..... | 68 |
| <i>Тешаев О.Р., Холов Х.А., Бобошарипов Ф.Г., Надирова Ю.И.</i> | |
| ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНИРОВАННЫХ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПОСТНЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА..... | 69 |
| <i>Тилемисов С.О.</i> | |
| ЭНДОБИЛИАРНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ..... | 70 |
| <i>Турдиев Ж.У., Маликов Ю.Р., Хотамов И.Э.</i> | |
| ЎТКИР ИЧАК ТУТИЛИШИ ВА УНИНГ АСОРАТЛАРИ..... | 71 |
| <i>Хайдаров А.А., Абидов У.О., Абдурахманов Ш.М., Бафоев З.П., Болтаев Н.Р.</i> | |
| ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕХАНИЧЕСКОГО ЛИТОТРИПТОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА..... | 71 |
| <i>Хакимов М.Ш., Аиууров Ш.Э., Сохибоев Д.П.</i> | |
| ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПРОБОДЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ..... | 72 |
| <i>Хакимов М.Ш., Беркинов У.Б., Асраров А.А., Баймаков С.Р., Насритдинов У.К.</i> | |
| ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ АДГЕЗИОЛИЗИС В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ..... | 72 |
| <i>Хакимов М.Ш., Беркинов У.Б., Саттаров О.Т., Холматов Ш.Т.</i> | |
| ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ЛИКВИДАЦИИ ДИАСТАЗА ПРЯМЫХ МЫШЦ ЖИВОТА..... | 73 |
| <i>Хакимов М.Ш., Холматов Ш.Т., Адыходжаев А.А.</i> | |
| ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ..... | 73 |
| <i>Хашимов Ш.Х., Хайбуллина З.Р., Махмудов У.М., Абдуллаева С.Д., Ким В.Х., Садыков Н.С.</i> | |
| ИЗМЕНЕНИЯ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РУКАВНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ..... | 74 |
| <i>Хашимов Ш.Х., Хайбуллина З.Р., Махмудов У.М., Абдуллаева С.Д., Ким В.Х., Садыков Н.С.</i> | |
| СИСТЕМНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ПРИ ОЖИРЕНИИ И ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО БАРИАТРИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА..... | 75 |
| <i>Xolov X.A., Bobosharipov F.G.</i> | |
| THE MODERN APPROACH TO THE PROBLEM OF TREATMENT FOR STRANGULATED UMBILICAL HERNIA..... | 76 |
| <i>Xolov X.A., Bobosharipov F.G.</i> | |
| THERAPEUTIC AND DIAGNOSTIC LAPAROSCOPY IN EMERGENCY SURGERY..... | 77 |
| <i>Шамсиев Ж.А., Давранов Б.Л., Саттаров Х.И.</i> | |
| КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЕННОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА У ДЕТЕЙ..... | 78 |
| <i>Шерматов Р.М.</i> | |
| ЙЎФОН ИЧАК ТЎЛИҚ ОЛИБ ТАШЛАНИШИ ОҚИБАТИДА МЕЪДАНИНГ МОТОР-ЭВАКУАТОР ФАОЛИЯТИДА КУЗАТИЛАДИГАН ДАВРИЙ ЎЗГАРИШЛАР..... | 78 |
| <i>Шерматов Р.М.</i> | |
| МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ И МОРФОМЕТРИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ДИНАМИКИ ПРИСПОСОБИТЕЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ МИКРОСОСУДОВ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОЙ КОЛЭКТОМИИ..... | 79 |
| <i>Шерматов Р.М.</i> | |
| ПОКАЗАТЕЛИ ОБЩЕГО СОСТОЯНИЯ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ В ДИНАМИКЕ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОЙ КОЛЭКТОМИИ..... | 80 |
| <i>Эгамов Ю.С., Филатова Н.В., Эгамов Б.Ю.</i> | |
| СОЧЕТАНИЕ АНТИБИОТИКОВ С ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИЕЙ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПЕРИТОНИТОМ..... | 81 |
| <i>Эгамов Ю.С., Филатова Н.В., Эгамов Б.Ю.</i> | |
| ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА..... | 82 |
| <i>Эгамов Ю.С., Филатова Н.В., Эгамов Б.Ю., Жалилов М.А.</i> | |
| ЛИМФОТРОПНАЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРОМ ПЕРИТОНИТЕ..... | 82 |
| <i>Юсупова О. Б., Жуманазарова Г.У., Каримов Р.О.</i> | |
| АБДОМИНАЛ АЪЗОЛАР ВА АЙИРУВ ТИЗИМИДАГИ ЎЗАРО МУТАНОСИБЛИК..... | 83 |

2. СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ

| | |
|--|----|
| <i>Абдуллаев Б.П.</i> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ..... | 85 |
| <i>Абдуллаев Б.П., Кутлиев У.Х., Давлетова Д.Ф.</i> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ КОНЕЧНОСТЕЙ..... | 85 |
| <i>Абдуллаев Б.П., Кутлиев У.Х., Давлетова Д.Ф.</i> ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ФЛОТИРУЮЩЕМ ТРОМБЕ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ..... | 86 |
| <i>Абдумаджидов Х.А., Буранов Х.Ж., Тураев Ф.Ф., Мирходжаев И.И.</i> БЛИЖАЙШИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИИ ТРИВАЛЬВУЛЯРНЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА..... | 87 |
| <i>Абдумаджидов Х.А., Буранов Х.Ж., Хужакулов И.К., Мирходжаев И.И.</i> ЗНАЧЕНИЕ ТРАНСПИЩЕВОДНОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ В ХИРУРГИИ МНОГОКЛАПАННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА..... | 87 |
| <i>Абдумажидов Х.А., Буранов Х.Д., Хужакулов И.К., Мирходжаев И.И.</i> ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ПРИ МНОГОКЛАПАННОЙ ПАТОЛОГИИ СЕРДЦА..... | 88 |
| <i>Абдумаджидов Х.А., Назырова Л.А., Буранов Х.Д., Мирходжаев И.И.</i> ВЫБОР ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ТРИКУСПИДАЛЬНОГО ПОРОКА ПРИ МНОГОКЛАПАННОЙ ПАТОЛОГИИ СЕРДЦА..... | 88 |
| <i>Абдумаджидов Х.А., Назырова Л.А., Буранов Х.Д., Мирходжаев И.И.</i> НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ХИРУРГИИ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА МНОГОКЛАПАННОЙ ПАТОЛОГИИ СЕРДЦА..... | 89 |
| <i>Abdurakhmanov Z.M., Mansurov A.A., Khalikulov Kh.G., Sobirov F.K.</i> SURGERY FOR ISCHEMIC HEART DIASESE WITH COMBINED MITRAL VALVE FAILURE..... | 90 |
| <i>Абдурахманов М.М., Холиков Ф., Буранов Ш.</i> ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗОВ..... | 90 |
| <i>Абролов Х.К., Ибрагимов Н.Ш., Мирсаидов М.М., Холмуратов А.А., Пирназаров Ж.Т.</i> ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С АНОМАЛИЕЙ ЭБШТЕЙНА..... | 91 |
| <i>Абролов Х.К., Мирсаидов М.М., Акбархонов Б.Ж., Холмуратов А.А., Мирзаахмедов С.Д.</i> РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЕ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ПРИ СЛОЖНЫХ ФОРМАХ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА..... | 91 |
| <i>Абролов Х.К., Пирназаров Ж.Т.</i> АНАТОМИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ДВОЙНОГО ОТХОЖДЕНИЯ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ ОТ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА..... | 92 |
| <i>Алиев Ш.М., Аманов А.А., Мухтаров С.С., Пулатов Л.А.</i> РЕОПЕРАЦИИ ПРИ ТРОМБОЗАХ МЕХАНИЧЕСКИХ КЛАПАНОВ СЕРДЦА..... | 93 |
| <i>Алиев Ш.М., Илхомов О.Э., Пулатов Л.А., Шаранов Н.У.</i> ХРОНИЧЕСКАЯ ИШЕМИЧЕСКАЯ МИТРАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ - ВЫБОР ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ..... | 93 |
| <i>Алиев Ш.М., Мухтаров С.С., Аманов А.А., Пулатов Л.А., Матанов Р.М.</i> ПРАВСТОРОННЯЯ ТОРАКОТОМИЯ КАК АЛЬТЕРНАТИВА РЕСТЕРНОТОМИИ ПРИ ПОВТОРНЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА СЕРДЦЕ..... | 94 |
| <i>Алиев Ш.М., Пулатов Л.А., Аманов А.А., Мухтаров С.С., Матанов Р.М.</i> БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОТЕЗЫ НАНСОСК-II - ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ..... | 95 |
| <i>Алиев Ш.М., Шаранов Н.У., Пулатов Л.А., Ибрагимова Д.М.</i> СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДИК ПЛАСТИКИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА..... | 95 |
| <i>Аълоханов Л.Б., Низамходжаев Ш.З.</i> ТКАНЕВАЯ ОКСИМЕТРИЯ КАК СПОСОБ МОНИТОРИНГА СЛОЖНОСОСТАВНЫХ ЛОСКУТОВ В ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ..... | 96 |
| <i>Baibekov I.M., Karakozov P.E., Ibadov B.K., Mardonov J.N., Wann S.L.</i> VISUALIZATION OF VASCULAR BED OF HUMAN NORMAL HEART..... | 97 |
| <i>Бахритдинов Ф.Ш., Суюмов А.С., Шаранов Н.У.</i> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ПОРАЖЕНИЯХ РАЗЛИЧНЫХ АРТЕРИАЛЬНЫХ БАСЕЙНОВ У БОЛЬНЫХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ АОРТОАРТЕРИИТОМ..... | 97 |

| | |
|--|-----|
| <i>Бахритдинов Ф.Ш., Суюмов А.С., Шаранов Н.У., Нурмухамедов М.-Г.Р.</i> АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОРАЖЕНИЕМ ВЕТВЕЙ ДУГИ АОРТЫ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ АОРТОАРТЕРИИТЕ..... | 99 |
| <i>Бахритдинов Ф.Ш., Суюмов А.С., Шаранов Н.У., Нурмухамедов М.-Г.Р.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИЗОЛИРОВАННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ АРТЕРИИТЕ ТАКАЯСУ..... | 100 |
| <i>Боброва А.О.</i> ВНЕСИСТЕМНОЕ ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ, ОБУСЛОВЛЕННОЕ РЕФЛЮКСОМ КРОВИ ИЗ ВЕН ТАЗА..... | 101 |
| <i>Boltaev A.A., Vahobova M.A.</i> SHORT-TERM RESULTS OF ENDOVASCULAR TREATMENT OF PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE..... | 102 |
| <i>Джумабаев Э.С., Мирзаев К.К., Саидходжаева Д.Г., Джумабаева С.Э.</i> НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ КОНЕЧНОСТЕЙ..... | 102 |
| <i>Зуфаров М.М., Бабаджанов С.А., Им В.М.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ИМПЛАНТАЦИИ ДВУХКАМЕРНОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ БОЛЬНЫМ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА..... | 104 |
| <i>Зуфаров М.М., Бабаджанов С.А., Махкмов Н.К., Искандаров Ф.А., Ахмедов Х.А.</i> ПОЭТАПНОЕ ИНТЕРВЕНЦИОННОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО У БОЛЬНЫХ ИБС С МНОГОСОСУДИСТЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ..... | 105 |
| <i>Зуфаров М.М., Искандаров Ф.А., Ахмедов Х.А., Бабаджанов С.А., Махкмов Н.К.</i> ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИЕЙ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ..... | 106 |
| <i>Зуфаров М.М., Махкмов Н.К., Бабаджанов С.А., Искандаров Ф.А.</i> РЕНТГЕНОЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА КОРОНАРНЫХ И СОННЫХ АРТЕРИЯХ У БОЛЬНЫХ МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ..... | 106 |
| <i>Ibadov V.K., Karakozov P.E., Baibekov I.M., Mardonov J.N., Wann S.L.</i> SYNTHETIC MATERIALS IN CARDIOVASCULAR SURGERY BY MICROVISUALIZATION..... | 107 |
| <i>Карабаев Х.К., Хайдаров Г.А., Тагаев К.Р., Рузиев П.Н., Захидова С.Х., Карабаев Б.Х.</i> ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ РАНЕНИЯХ СЕРДЦА И ПЕРИКАРДА..... | 107 |
| <i>Каракозов П.Е., Мардонов Ж.Н., Чеканов В.С., Ванн Л.С.</i> МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОСЛОЖНЕНИЙ, СВЯЗАННЫХ С ПРИМЕНЕНИЕМ БИОЛОГИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ В СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ..... | 108 |
| <i>Каримов Ш.И., Ирناзаров А.А., Асраров У.А., Алиджанов Х.К., Джафаров С.М., Болтаев А.А., Матмуродов Ж.К.</i> ГИБРИДНЫХ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ..... | 109 |
| <i>Каримов Ш.И., Ирназаров А.А., Асраров У.А., Юлбарисов А.А., Алиджанов Х.К., Болтаев А.А.</i> ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ МНОГОСОСУДИСТОМ ПОРАЖЕНИИ..... | 110 |
| <i>Кутлиев У.Х., Абдуллаев Б.П., Изюмова Г.А., Давлетова Д.Ф.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КРИТИЧЕСКОГО КАРОТИДНОГО СТЕНОЗА..... | 111 |
| <i>Мавлонов М.И., Сафаров Н.Н., Утаев Л.Х., Маматов К.С.</i> НАВОЙИ ВИЛОЯТИДА ҚОН ТОМИРЛАРИ ЖАРОХАТЛАНГАН БЕМОРЛАРГА ҚЎРСАТИЛГАН ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ШОШИЛИНЧ ЖАРРОҲЛИК ЁРДАМИ НАТИЖАЛАРИ..... | 112 |
| <i>Муртазаев С.С., Мансуров А.А., Халикулов Х.Г.</i> ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА..... | 113 |
| <i>Муртазаев С.С., Мансуров А.А., Халикулов Х.Г.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ БОЛЬНЫХ ИБС С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА..... | 113 |
| <i>Низамходжаев Ш.З., Аълоханов Л.Б., Каюмходжаев А.А.</i> ОБОСНОВАНИЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ФОРМИРОВАНИЯ СЛОЖНОСОСТАВНОГО ЛОСКУТА ДЛЯ РЕКОНСТРУКЦИИ ОБШИРНЫХ ДЕФЕКТОВ ТРАХЕИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ..... | 114 |
| <i>Низамходжаев Ш.З., Каюмходжаев А.А., Аълоханов Л.Б.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ РАЗРАБОТКИ СПОСОБА ФОРМИРОВАНИЯ КОЖНО-ФАССИАЛЬНО- | |

| | |
|---|-----|
| КОСТНОГО ЛОСКУТА НА СОСУДИСТОЙ НОЖКЕ..... | 115 |
| <i>Расулов Ж.Д., Низамходжаев Ш.З.</i> | |
| ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ БЕСПЛОДИЯ ПРИ ВАРИКОЦЕЛЕ..... | 115 |
| <i>Рахимий Ш.У.</i> | |
| ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОТКРЫТЫХ РАНЕНИЯХ СЕРДЦА..... | 116 |
| <i>Тохилов Ж.Я., Ахмедов Л.А., Пулатова Ш.Х.</i> | |
| ОСТРАЯ БЕЗБОЛЕВАЯ ИШЕМИЯ МИОКАРДА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST..... | 117 |
| <i>Тохилов Ж.Я., Ахмедов Л.А., Пулатова Ш.Х., Алиев С.Н.</i> | |
| КОРРЕКЦИЯ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ..... | 117 |
| <i>Халикулов Х.Г., Мансуров А.А., Ахмедов У.Б., Муртазаев С.С., Чернов Д.А.</i> | |
| КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ИНВАЗИВНЫМИ МЕТОДАМИ..... | 118 |
| <i>Халикулов Х.Г., Мансуров А.А., Ахмедов У.Б., Муртазаев С.С., Чернов Д.А.</i> | |
| ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ИБС ГРУППЫ РИСКА ПРИ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ..... | 118 |
| <i>Khalikulov Kh.G., Mansurov A.A., Ahmedov U.B., Murtazaev S.S., Chernov D.A.</i> | |
| HYBRID TECHNIQUE OF CORONARY REVASCULARIZATION VERSUS CONVENTIONAL CORONARY ARTERY BYPASS SURGERY AT RISK GROUP PATIENTS..... | 119 |
| <i>Хамдамов У.Р., Мусоев Т.Я., Азимов Ф.Р., Кенжаев Л.</i> | |
| РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВОСХОДЯЩЕГО ТРОМБОФЛЕБИТА У БЕРЕМЕННЫХ..... | 119 |
| <i>Хамдамов У.Р., Ходжаев К.Ш., Саломов Н.И.</i> | |
| ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ИШЕМИЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ..... | 120 |
| <i>Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Атакулов Д.О., Муталибов И.А., Тогаев И.У., Муталибов А.И.</i> | |
| СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ГЕАНГИОМ У ДЕТЕЙ..... | 120 |
| <i>Эгамбердиев Ш.И., Мансуров А.А., Ахмедов У.Б., Халикулов Х.Г.</i> | |
| РОЛЬ ПЕРФУЗИОННОЙ СЦИНТИГРАФИИ МИОКАРДА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА..... | 121 |

3. ТОРАКАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

| | |
|--|-----|
| <i>Алиев М.М., Тилавов У.Х., Тураева Н.Н., Норбаев Т.Т., Абдукодиров О.А.</i> | |
| ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ..... | 123 |
| <i>Аминов.У.С</i> | |
| ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ С БАКТЕРИАЛЬНОЙ ДЕСТРУКЦИЕЙ ЛЕГКИХ..... | 123 |
| <i>Джуманазаров Т.М., Усманов Б.Б., Хайрулдинов Р.В., Корень Л.П.</i> | |
| РОЛЬ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ МЕЗОТЕЛИОМЫ ПЛЕВРЫ..... | 124 |
| <i>Кучкаров О.О.</i> | |
| ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ..... | 124 |
| <i>Мадиёров Б.Т., Расулов А.Э., Юсупбеков А.А., Усманов Б.Б., Чернышева Т.В.</i> | |
| ВОЗМОЖНОСТИ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ СРЕДОСТЕНИЯ..... | 126 |
| <i>Мадиёров Б.Т., Юсупбеков А.А., Кротов Н.Ф., Расулов А.Э., Усманов Б.Б., Чернышева Т.В.</i> | |
| ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВНЕГОНАДНЫХ ГЕРМИНОГЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ СРЕДОСТЕНИЯ..... | 126 |
| <i>Маматова Н.Т.</i> | |
| ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ..... | 127 |
| <i>Очилов М.Э., Исматов Ж.К., Хикматов Ж.С., Тагаев Ф.Х.</i> | |
| ЎПКАНИНГ БУЛЛЁЗ ЭМФИЗЕМАСИ ВА СПОНТАН ПНЕВМАТОРАКСДА ЗАМОНАВИЙ ТИББИЙ ТЕХНОЛОГИЯЛАРНИНГ РОЛИ (АМАЛИЁТДА КУЗАТИЛГАН ХОЛАТ)..... | 128 |
| <i>Пахомов Г.Л., Худайбергенов Ш.Н., Хаялиев Р.Я., Эшонходжаев О.Д.</i> | |
| ПРЕИМУЩЕСТВА ЭНДОВИДЕОХИРУРГИИ БУЛЛЕЗНОЙ ЭМФИЗЕМЫ ЛЕГКИХ..... | 130 |
| <i>Рахимий Ш.У.</i> | |

| | |
|--|-----|
| РОЛЬ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА..... | 130 |
| <i>Рахимий Ш.У.</i> | |
| ПРИМЕНЕНИЕ ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ ПОСТРАДАВШИМ С ПОЛИТРАВМАМИ..... | 131 |
| <i>Родионов Е.О.</i> | |
| ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЕ КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЕГКОГО III СТАДИИ..... | 132 |
| <i>Рузимурадov Н.Б., Маликов Ю.Р., Хотамов И.Э.</i> | |
| ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ..... | 133 |
| <i>Усманов Б.Б., Джуманазаров Т.М., Расулов А.Э.</i> | |
| МИНИИНВАЗИВНЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ МЕТАСТАЗАХ В ЛЕГКИЕ..... | 133 |
| <i>Худайбергенов Ш.Н., Каюмходжаев А.А., Эшонходжаев О.Д., Пахомов Г.Л., Ирисов О.Т., Турсунов Н.Т., Хаялиев Р.Я., Хасанов А.К.</i> | |
| ВАРИАНТЫ ПЛАСТИКИ ОБШИРНЫХ ДЕФЕКТОВ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ТРАХЕИ И МЯГКИХ ТКАНЕЙ ШЕИ ПОСЛЕ ЛАРИНГОТРАХЕОСТОМИИ ПО ПОВОДУ РУБЦОВЫХ СТЕНОЗОВ ТРАХЕИ..... | 134 |
| <i>Худайбергенов Ш.Н., Эшонходжаев О.Д., Ирисов О.Т., Турсунов Н.Т., Хаялиев Р.Я., Абдусаломов С.А., Абдуллаев Д.М.</i> | |
| РЕЗЕКЦИОННЫЕ И РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ТРАХЕОГОРТАННЫХ, ПРОТЯЖЕННЫХ И МУЛЬТИФОКАЛЬНЫХ РУБЦОВЫХ СТЕНОЗАХ ТРАХЕИ..... | 135 |
| <i>Худайбергенов Ш.Н., Максумов Д.Т., Аманов Б.Б., Хасанов А.К.</i> | |
| ТАКТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТИМОМ С МИАСТЕНИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ..... | 135 |
| <i>Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Тураев Ю.А., Бургутов М.Д., Муталибов А.И., Имамов Д.О.</i> | |
| ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ВРОЖДЕННОЙ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ..... | 136 |
| <i>Юлдашев Ш.С., Карабаев Х.К., Тагаев К.Р., Рузубоев С.А., Захидова С.Х., Кулиев Й.У.</i> | |
| ХИРУРГИЯ ПРОНИКАЮЩИХ ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНЫХ РАНЕНИЙ..... | 137 |

4. АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ

| | |
|---|-----|
| <i>Абдужаппаров С.Б., Манзуров А.Т.</i> | |
| ВОПРОСЫ АНЕСТЕЗИИ ПРИ РАСШИРЕННЫХ ОПЕРАЦИЯХ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ..... | 138 |
| <i>Ахмедова Д.Г., Ибадов Р.А., Арифжанов А.Ш., Стрижков Н.А.</i> | |
| СТАНДАРТЫ НЕЙРОПРОТЕКТОРНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ..... | 138 |
| <i>Гурин П.В.</i> | |
| РОЛЬ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ В КОРОНАРНОЙ ХИРУРГИИ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ..... | 139 |
| <i>Гурин П.В., Бабич М.Н., Бирюков А.А.</i> | |
| ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТРАНЕКСАМОВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ..... | 140 |
| <i>Ибадов Р.А., Арифжанов А.Ш., Гизатулина Н.Р., Стрижков Н.А.</i> | |
| ОСТРЫЙ РЕСПИРАТОРНЫЙ ДИСТРЕСС-СИНДРОМ - ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМАХ ПАНКРЕАТИТА..... | 140 |
| <i>Ибрагимов А.А., Кучкарова Ф.А.</i> | |
| ПОФОЛ-КЕТАМИНОВАЯ АНЕСТЕЗИЯ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ..... | 141 |
| <i>Ли В.Н., Хайдаров А.Э., Галютдинов А.Ф., Ким Л.Р., Эшонов А.</i> | |
| К ВОПРОСУ О РАСШИРЕНИИ ГЕМОДИНАМИЧЕСКОГО МОНИТОРИНГА ПРИ АОРТО-КОРОНАРНЫХ ШУНТИРОВАНИЯХ..... | 142 |
| <i>Мухитдинова Х.Н., Сатвалдиева Э.А., Абдуллаев Р.Т.</i> | |
| ОСЛОЖНЕНИЯ ДЛИТЕЛЬНОЙ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА..... | 143 |
| <i>Мухитдинова Х.Н., Хамраева Г.Ш., Алаутдинова Г.И.</i> | |
| ЦИРКАДНЫЕ РИТМЫ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ | |

| | |
|--|-----|
| ТРАВМЕ У ДЕТЕЙ..... | 144 |
| <i>Назырова Л.А., Ли В.В., Фаязов Д.Т., Реймназарова З.Ж.</i> | |
| РЕГИОНАРНАЯ АНЕСТЕЗИЯ С УЛЬТРАЗВУКОВОЙ НАВИГАЦИЕЙ ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА СОННЫХ АРТЕРИЯХ..... | 144 |
| <i>Назырова Л.А., Ли В.Н.</i> | |
| ОСОБЕННОСТИ ИНФУЗИОННОЙ ПРОГРАММЫ И МОНИТОРИНГ У БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПРИ НЕСЕРДЕЧНЫХ ОПЕРАЦИЯХ..... | 145 |
| <i>Назыров Ф.Г., Ибадов Р.А., Назырова Л.А., Арифжанов А.Ш.</i> | |
| ИНТЕГРАЦИЯ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ИНТЕНСИВНУЮ ТЕРАПИЮ И КАРДИОХИРУРГИЧЕСКУЮ РЕАНИМАТОЛОГИЮ..... | 146 |
| <i>Стрижков Н.А., Ибадов Р.А., Байбеков И.М., Арифжанов А.Ш., Гизатулина Н.Р.</i> | |
| МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПАРАЛЛЕЛИ ИЗМЕНЕНИЯ ФОРМ ЭРИТРОЦИТОВ И ГЕПАТОЦИТОВ ПРИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПЕЧЁНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ..... | 146 |
| <i>Фокин И.В.</i> | |
| РЕГИОНАРНАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ ПРИ ОТКРЫТОМ ОСТЕОСИНТЕЗЕ КЛЮЧИЦЫ..... | 147 |
| <i>Шаниева З.А., Ибадов Р.А., Арифжанов А.Ш., Гизатулина Н.Р., Стрижков Н.А.</i> | |
| ОСОБЕННОСТИ КОНТРОЛЯ ЗА РЕСПИРАТОРНЫМ БИОЦЕНОЗОМ ПРИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ РЕСПИРАТОРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ | 148 |
| <i>Эсанов Х.У., Джураев И.Б., Турсунов Ш.Ж.</i> | |
| РАННЕЕ ПРОБУЖДЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПРИ ВНУТРИВЕННОМ ОБЕЗБОЛИВАНИИ СО СПОНТАННЫМ ДЫХАНИЕМ..... | 148 |
| <i>Эшонов О.Ш., Турсунов Н.К.</i> | |
| ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ КОГНИТИВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ..... | 149 |

 ЮРИЯ-ФАРМ



Сбалансированный комплекс
L-форм заменимых и
незаменимых аминокислот
для парентерального питания

АМИНОЛ®

- ◆ Участвует в биосинтезе белков в организме
- ◆ Способствует созданию положительного азотистого баланса
- ◆ Устраняет белковой дефицит
- ◆ Имеет выраженный антитоксический эффект
- ◆ Увеличение запаса гликогена в печени



Возрождение жизни!



ЮРИЯ-ФАРМ



для внутривенного введения
**ГИПЕРОСМОЛЯРНЫЙ КОМБИНИРОВАННЫЙ
 ПРЕПАРАТ ДЛЯ ИНФУЗИЙ**

СОРБИЛАКТ®

- улучшает гемодинамику
- обладает дезинтоксикационным действием
- стимулирует перистальтику кишечника
- увеличивает энергетический ресурс
- активный осмотический диуретик
- снижает внутричерепное давление
- повышает щелочной резерв крови



Многогранность раствора...

 ЮРИЯ-ФАРМ

Инфузионная терапия
при сахарном диабете!

КСИЛАТ®

- Антикетогенное
- Азотсохраняющее
- Липотропное действие



Ценная грань...

ЮРИЯ·ФАРМ
ГРАНДАЗОЛ®

**активен в отношении бактериальных
 возбудителей ВЗОМТ**



- **Обладает широким спектром действия.**
- **Эффективен при микст-инфекциях в качестве монотерапии.**
- **Вводится 1 раз в сутки.**
- **Универсален как для лечения, так и для профилактики.**
- **Упрощает сложность выбора при эмпирическом назначении антибактериальной терапии.**

Информация для медицинских и фармацевтических работников



**ИНСТРУКЦИЯ ПО ПРИМЕНЕНИЮ
ОРНИНАТ® (ORNINAT)**

Торговое название препарата: Орнинат®. **Действующее вещество (МНН):** орнидазол.
Лекарственная форма: раствор для инфузий. **Состав:** 100 мл раствора содержит: орнидазол 500 мг. **Лекарственная форма.** Раствор для инфузий.
Фармакотерапевтическая группа: Антибактериальные средства для системного применения. Производные имидазола.
Фармакологические свойства. Фармакодинамика. Орнинат® - производное 5-нитроимидазола, имеет антибактериальное действие, подобное действию метронидазола и других 5-нитроимидазолов.
 Эффективен относительно *Trichomonas vaginalis*, *Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia* (*Giardia intestinalis*), а также некоторых анаэробных бактерий, таких как *Gardnerella vaginalis*, *Bacteroides* и *Clostridium spp.*, *Fusobacterium* и анаэробных кокков. Имеет противопротозойное действие против *Balantidium coli*, *Blastocystis hominis*, *Trichomonas vaginalis*, *Trichomonas foetus*, *Giardia intestinalis* и *Entamoeba histolytica*.
 По механизму действия Орнинат® - ДНК-тропный препарат с выборочной активностью относительно микроорганизмов, которые имеют ферментные системы, способные восстанавливать нитрогруппу и катализировать взаимодействие белков группы феридоксинов с нитросоединениями. После проникновения препарата в микробную клетку механизм его действия обусловлен восстановлением нитрогруппы под воздействием нитроредуктаз микроорганизма и активностью уже восстановленного нитроимидазола. Продукты восстановления образуют комплексы с ДНК, что приводит к ее дегерации, нарушают процессы репликации и транскрипции ДНК. Кроме того, продукты метаболизма препарата имеют цитотоксические свойства и нарушают процессы клеточного дыхания.
Фармакокинетика. При внутривенном капельном введении в начальной дозе 15 мг/кг и при последующем введении в дозе 7,5 мг/кг массы тела каждые 6 часов максимальная равновесная концентрация составляет 26 мкг/мл, а минимальная - 18 мкг/мл. Орнидазол распределяется во многих тканях и биологических жидкостях организма, таких как желчь, слюна, плевральная, перитонеальная и спинномозговая жидкости (приблизительно 43% от концентрации в плазме крови), влагалищный секрет, костная ткань, печень, эритроциты. Связывание с белками плазмы составляет менее 20%. Орнидазол проникает сквозь плацентарный барьер, выделяется в грудное молоко. В организме метаболизируется почти 30-60% препарата путем гидроксиглирования, окисления и гликозилирования. Основной метаболит (2-оксиметронидазол) также имеет противопротозойное и антибактериальное действие. Орнидазол выводится преимущественно с мочой (60-80%), частично - с желчью в неизменном виде и в виде метаболитов в течение 5 суток после однократного введения.
Показания к применению. Парентеральное введение препарата показано в случаях острой и тяжелой инфекции или когда пероральное применение невозможно при таких заболеваниях и состояниях:
 - анаэробные системные инфекции, вызванные чувствительной к орнидазолу микрофлорой: септицемия, менингиты, перитонит, послеоперационные раневые инфекции, послеродовой сепсис, септический аборт и эндометрит;
 - профилактика инфекций, вызванных анаэробными бактериями, при хирургических вмешательствах (особенно при операциях на ободочной и прямой кишке), при гинекологических операциях;
 - амёбная дизентерия с тяжелым течением, все внекишечные формы амёбиоза, лямблиоз, абсцесс печени.
Способ применения и дозы. Препарат вводят внутривенно в течение 15-30 мин.
При анаэробной инфекции взрослым и детям старше 12 лет применяют в начальной дозе 500-1000 мг, потом - по 500 мг каждые 12 часов или по 1000 мг каждые 24 часа в течение 5-10 дней (ступенчатая доза). После того, как состояние пациента стабилизировалось, следует перейти на пероральный прием орнидазола (например, таблетки по 500 мг, по 1 таблетке каждые 12 часов).
Детям в возрасте до 12 лет с массой тела больше 6 кг суточную дозу назначают из расчета 20 мг/кг массы тела, распределенную на 2 введения, в течение 5-10 суток.
Для профилактики анаэробных инфекций взрослым и детям старше 12 лет Орнинат® вводят внутривенно в дозе 500-1000 мг за полчаса перед оперативным вмешательством. Для профилактики смешанных инфекций Орнинат® следует применять вместе с аминогликозидами, пенициллином или цефалоспорином. Вводить препараты следует раздельно.
Амёбная дизентерия с тяжелым течением, все внекишечные формы амёбиоза. Для взрослых и детей старше 12 лет первое введение составляет 500-1000 мг, далее - по 500 мг каждые 12 часов, в течение 3-6 суток. **Детям** в возрасте до 12 лет Орнинат® вводят из расчета 20-30 мг/кг массы тела, распределенные на 2 введения. При нарушении функции почек увеличивают интервал между введениями или снижают разовую и суточную дозы препарата.



Побочные действия. Со стороны желудочно-кишечного тракта: металлический привкус, сухость во рту, обложенность языка, тошнота, потеря аппетита, боль в животе, диарея, рвота, изменение показателей печеночных проб. Со стороны нервной системы: головная боль, головокружение, тремор, ригидность мышц, нарушения координации движений, атаксия, судороги, спутанность сознания, признаки сенсорной или смешанной периферической нейропатии. **Аллергические реакции:** очень редко - ангионевротический отек, высыпания на коже, зуд, крапивница. **Другие:** умеренная лейкопения, потемнение цвета мочи, сердечно-сосудистые расстройства.
Противопоказания. Повышенная чувствительность к компонентам препарата; Органические заболевания центральной нервной системы; Эпилепсия, рассеянный склероз; Нарушение кровообращения; Хронический алкоголизм; I триместр беременности и период кормления грудью; Масса тела менее 6 кг.
Лекарственные взаимодействия. Орнидазол потенцирует действие пероральных антикоагулянтов кумаринового ряда, что требует соответствующей коррекции их дозы. Орнидазол пролонгирует миорелаксирующее действие векурония бромида. Концентрация препарата снижается при одновременном применении с индукторами микросомальных ферментов (фенобарбитал, рифампицин) и повышается при одновременном использовании с ингибиторами микросомальных систем печени, в частности с блокаторами H₂-рецепторов (шиметидин). При применении с другими производными 5-нитроимидазола сообщалось об отдельных случаях периферического неврита, психической депрессии, судорог, подобных эпилепсии. **Несовместимость.** Раствор не смешивают с другими лекарственными средствами.
Особые указания. С осторожностью следует назначать больным с недостаточностью функции печени (необходимо уменьшить дозирование), больным с поражением головного мозга, больным с нарушением кроветворения (большой риск развития лейкопении, нейтропении); пациентам, которые злоупотребляют алкоголем. **Применение в период беременности или кормления грудью.** Орнинат® противопоказан в I триместре беременности. Во II и III триместрах препарат назначают только по абсолютным показаниям. При необходимости применения препарата Орнинат® в период лактации следует прекратить кормление грудью.
Применение в педиатрии. Данных о противопоказаниях для приема препарата детям в возрасте до 1 года нет, если масса тела ребенка составляет не менее 6 кг. **Способность влиять на скорость реакции при управлении автотранспортом или работе с другими механизмами.** Орнинат® снижает способность концентрировать внимание и скорость психомоторных реакций. Возможность таких проявлений необходимо учитывать для пациентов, которые управляют автотранспортом или работают с другими механизмами.
Форма выпуска. По 100 мл или 200 мл в бутылках, 1 бутылка вместе с инструкцией по применению в картонной коробке.
Условия хранения. Хранить в защищенном от света месте при температуре не выше 25°C. Не замораживать.
Срок годности. 2 года.
Условия отпуска из аптек. По рецепту.
Товар сертифицирован.



Производитель: ООО "Юрия-Фарм", 15030, Украина, г. Черкассы, ул. Вербоженского, 108; тел./факс [044] 281-01-01. www.uf.ua
 Представительство ООО "Юрия-Фарм" (Yuria-pharm) в Узбекистане, г. Ташкент, Янказар, р-он, ул. Кичик Бешегеч 124 Д тел. (+99871) 254 77 99

Регистрационное удостоверение МЗ РУз №00109/02/05

НАСЛАЖДЕНИЕ
ЧИСТОТОЙ И
ЛЕГКОСТЬЮ!



7 вагинальных доз по 5 мл

Вагинальный гель на основе гиалуроновой кислоты Gynodek 0.5%

gynodek
Гинодек

YURIA-PHARM

Информация для медицинских и фармацевтических работников

Информация для медицинских и фармацевтических работников



ТИВОРТИН®

незаменимый* донатор
оксида азота для рождения
здорового ребенка

ТИВОРТИН®

(4,2% р-р L-аргинина
гидрохлорида)



Шаг 1

100 мл в/в капельно
1 р/сутки,
курс - 7-10 дней

ТИВОРТИН®

аспартат

(р-р L-аргинина
аспартата для питья)



Шаг 2

по 5 мл внутрь 4 раза
в сутки, курс - 14-20 дней,
при необходимости
курс лечения повторяют



*Бабушкина А.В. «L-аргинин с точки зрения доказательной
медицины» // Укр. мед. часопис. - 2009. - 6 (74). - С. 1-6.

SANGERA

САНГЕРА

**ОСТАНАВЛИВАЕТ КРОВОТЕЧЕНИЕ,
СПАСАЕТ ЖИЗНИ!**

- В 26 раз активнее аминокaproновой кислоты и в 10 раз эффективнее этамзилата!*
- Высокий профиль безопасности**
- До 60% уменьшает смертность от кровотечения вследствие травм и хирургических вмешательств без увеличения риска тромбозов***



* по сравнению с аминокaproновой кислотой (Levy JH. Antifibrinolytics: α-Aminocaproic acid, Tranexamic Acid and Aprotinin. The Internet Journal of Anesthesiology 1997; Vol11 No2 http://www.ispub.com/journals/IAJVol11No2.html)
 ** по сравнению с аминокaproновой кислотой и этилглицероном (E. Gollmann et al. Br J Anaesth. (2013), M.A. Hafanski et al. / Spine Deformity 2 (2014) 191-197)
 *** Anaesthesia. 2015 Jan;70 Suppl 1:50-3. e18. doi: 10.1111/anae.12910

ЮРИЯ-ФАРМ

ИНФОРМАЦИЯ О ЛЕКАРСТВЕННОМ ПРЕПАРАТЕ

SANGERA

САНГЕРА

Состав действующее вещество: транексамовая кислота; 1 мл транексамовой кислоты 100 мг; вспомогательные вещества: вода для инъекций.

Лекарственная форма. Раствор для инъекций. Основные физико-химические свойства: прозрачный бесцветный или слегка желтоватый раствор.

Фармакологическая группа. Антигеморрагические средства, антифибринолитические агенты, ингибиторы фибринолиза. Код АТХ B02A A02.

Фармакологические свойства.

Фармакодинамика. Антифибринолитическое средство. Транексамовая кислота специфически ингибирует активацию профибринолизина (плазминогена) и его преобразование в фибринолизин (плазмин). Оказывает местное и системное гемостатическое действие при кровотечениях, связанных с повышенной фибринолизом (патология тромбоцитов, мерцательный ритм). Также транексамовая кислота через сдерживание образования кинина и других активных пептидов, участвующих в аллергических и воспалительных реакциях, оказывает противовоспалительное и противошоковое действие.

Фармакокинетика. После введения транексамовой кислоты кривая «концентрация-время» показывает триэкспоненциальную кинетику со средним периодом полувыведения около 300 в начальной фазе элиминации. Связь с белками плазмы крови (профибринолитическая) – примерно 30%. Начальный объем распределения составляет примерно 9-12 л. Выводится почками путем клубочковой фильтрации. Общий уровень экскреции почками антиметаболической активности в первую фазу крови (10-16 мг/мл). Более 95% введенной дозы выводится с мочой в неизменном виде. Выведение транексамовой кислоты составляет примерно 90% в течение 24 часов после введения препарата в дозе 10 мг / кг массы тела. Транексамовая кислота быстро проникает в синовиальную жидкость и синовиальную оболочку. В синовиальной жидкости достигает того же уровня концентрации, что и в синовиальной крови. В грудном молоке концентрация составляет около 1/100й концентрации в синовиальной крови. Концентрация транексамовой кислоты в cerebrospinalной жидкости составляет около 1/10 от плазменной, в амниотической жидкости – примерно 1/10 от плазменной. Оказывает в основном действие при снижении фибринолитической активности, но не влияет на миграцию сперматозоидов. При нарушении функции почек существует риск кургуляции транексамовой кислоты.

Клинические характеристики.

Показания. Кровотечение или риск кровотечения при усилении фибринолиза как генерализованного, так и местного: меноррагии, метроррагии, легочные кровотечения, гематурии, кровотечения во время и после операций на предстательной железе, органах мочевого тракта, ЛОР-органах (эпистоминоз, носовые кровотечения, экстриназальный носовый кровоток), на органах грудной и брюшной полости, во время и после хирургических операций, акушерских манипуляций и других хирургических вмешательствах, в том числе в сердечно-сосудистой хирургии.

Противопоказания. Повышенная чувствительность к препарату; нарушение цветового зрения; инфаркт миокарда; острый ишемический или артериальный тромбоз (тромбоэмболические заболевания в анамнезе); фибринолитическое состояние после молниеносного истинного истинного, с исключением чрезмерной активации фибринолитической системы при острой тяжелой артериальной гипертензии; тяжелая почечная недостаточность; судороги в анамнезе. Противопоказано применение в виде внутримышечных и внутривенных инъекций, интравитреальной инъекции (риск развития отека мозга и судорог). Высокий риск тромбообразования, макроциклопическая гематурия, субарахноидальное кровоизлияние, судороги в анамнезе, мигрень (вследствие диффузного внутрисосудистого сгущения крови) (ДВС-синдром) без значительной активации фибринолиза.

Взаимодействие с другими лекарственными средствами и другие виды взаимодействия. Из-за ограниченности данных высокоспецифичные протромбогенные комплексы и другие антифибринолитические агенты, антиагрегаторные коагуляционные комплексы не следует применять одновременно с транексамовой кислотой.

Совместно терапия хлорпромазина и транексамовой кислоты у пациентов с субарахноидальным кровоизлиянием может приводить к спазму мозговых сосудов и церебральной ишемии, также возможно снижение мозгового кровообращения.

Особенности применения.

Внутривенные инъекции транексамовой кислоты необходимо делать очень медленно. Не допускается внутримышечное введение. При применении транексамовой кислоты сообщайте о случаях возникновения судорог. Сообщайте о риске случаев было зарегистрировано после внутривенного введения транексамовой кислоты в высоких дозах при проведении артериального шунтирования (АКШ). При применении рекомбинантных ингибиторов транексамовой кислоты часто возникновения случаев судорог после операций такая же, как у пациентов, не получавших транексамовой кислоты.

Сообщайте о случаях закупорки центральной артерии сетчатки и центральной ретинопатии вены. Пациентам, принимающим препарат длительное время, рекомендуется пройти офтальмологический осмотр, включая проверку остроты зрения, восприятие цветов, глаукому, дальнозоркость, и др. При почечной недостаточности (в зависимости от степени повышения креатинина сыворотки крови) нужно уменьшить дозу и количество введений. При почечной недостаточности почечного происхождения повышается риск метаболитической ацидоза и респираторного ацидоза в уретре. Сообщайте о случаях волюно и артериального тромбоза или тромбоэмболии у пациентов, принимающих транексамовую кислоту. Кроме того, пациенты с тромбофилией особенно могут находиться в группе повышенного риска для венозных или артериальных тромбозов. Транексамовую кислоту не следует применять одновременно с комплексом фактора IX или антиагипертензивного КОМУЛИЦИОННОГО комплекса, поскольку увеличивается риск тромбообразования.

Пациентам с дефицитом внутрисосудистых сыворотки крови, которым необходимо лечение транексамовой кислотой, необходимо находиться под наблюдением врача, поскольку они в лечении таких заболеваний. Применение в первом триместре беременности и во время родов/применение возможно только в случае крайней необходимости. Хотя данные о тератогенном или другом побочном эффектах во время беременности отсутствуют.

в случае назначения препарата необходимо постоянно контролировать состояние здоровья пациента. Поскольку транексамовая кислота проникает в грудное молоко в количестве примерно 1% от концентрации в плазме матери, то антифибринолитический эффект у младенца маловероятен.

Способность влиять на скорость реакции при управлении автотранспортом или другими механизмами. Во время применения препарата следует воздерживаться от управления автотранспортом или работы с механизмами.

Способ применения и дозы. Сангере вводят внутривенно капельно со скоростью введения 1 мл / мин. При местном фибринолизе рекомендуется введение препарата в дозе 200-500 мг внутривенно медленно 2-3 раза в сутки. При генерализованном фибринолизе вводят в дозе 15 мг / кг массы тела внутривенно медленно каждые 6-8 часов. При простатомии вводят во время операции 1 г, затем по 1 г каждые 8 часов в течение 3 дней, после чего переходят на прием таблетированной формы транексамовой кислоты до исчезновения макроциклопемии. Если существует большой риск развития кровотечения, при системной воспалительной реакции рекомендуется применять препарат в дозе 10-11 мг / кг за 20-30 мин до вмешательства. Больным на гемодиализе перед экстракорпоральной терапией препарат вводят в дозе 10 мг / кг массы тела, после экстракции зуба вводить внутривенно таблетированной форме транексамовой кислоты. Почечная недостаточность. Применение Сангера при тяжелой почечной недостаточности противопоказано. Для пациентов с легкой и средней степенью тяжести дозу нужно уменьшать в соответствии с уровнем креатинина в сыворотке крови:

| Креатинин в сыворотке крови | μmol/l | мг/10 мл | Внутривенная доза | Периодичность введения |
|-----------------------------|-----------|----------|-------------------|------------------------|
| 120-249 | 1,35-2,82 | | 10 мг / кг | каждые 12 часов |
| 250-500 | 2,83-5,65 | | 10 мг / кг | каждые 24 часа |
| > 500 | > 5,65 | | 5 мг / кг | каждые 24 часа |

Почечная недостаточность. Для пациентов с нарушениями функции печени коррекция дозы не требуется. Печень имеет несколько резервов. Коррекция дозы не требуется при отсутствии почечной недостаточности.

Дети. Применение детям от 12 месяцев в дозе 20 мг/кг/сутки.

Перезаривание. Саломное, головная боль, артериальная гипотензия в судорогах. Судороги, как правило, чаще развиваются при увеличении дозы. Лечение: симптоматическая терапия. Пиквал форфаринный агент. Необходимо поддерживать водно-солевой баланс.

Побочные реакции.

Со стороны кожи и подкожной клетчатки: аллергический дерматит.

Со стороны тромбоцитопатического тромбоза: инфаркт миокарда, инсульт.

Со стороны нервной системы: судороги.

Со стороны органа зрения: нарушение зрения, включая нарушение восприятия цвета.

Со стороны сосудистой системы: артериальная гипотензия с возможной потерей сознания, артериальная или венозная эмболия.

Со стороны иммунной системы: аллергические реакции, включая анафилактики.

Срочные реакции: 2 часа.

Условия хранения. Хранить при температуре не выше 25° С. Хранить в оригинальной упаковке. Хранить в недоступном для детей месте.

Исходность. Транексамовая кислота совместима с уриной, парадерматина бигатрид, дезометилэфедрина гидрохлорид, метаргина бигатрид, динирадионом, аналгетом. Высокомолекулярные протромбогенные комплексы и антифибринолитические агенты, антиагрегаторные коагуляционные комплексы не следует применять одновременно с транексамовой кислотой.

Упаковка. По 5 мл в ампуле. По 5 ампул в контурной ячейковой упаковке, по 1 контурной ячейковой упаковке в пакете.

Категория отпуска. По рецепту.

Производитель: ООО «Юрия-Фарм», Фармакологический и его адрес: места осуществления деятельности: Украина, 18030, м. Черкассы, ул. Вербова, 108, Тел. (044) 281-01-01.

Полная информация о препарате находится в инструкции по применению.

Информация о лекарственном средстве. Информация для профессиональной деятельности врачей и фармацевтов. Регистрационное удостоверение ДЗГО № 017/19/016



Удобные калькуляторы для расчета инфузионных растворов для Вас: нажмите на мобильном приложении U-Farm от корпорации «ЮРИЯ-ФАРМ». Просканируйте QR-код для установки приложения из Google Play Market или App Store.

г. Киев, ул. Амосова, 10, Тел./факс: (044) 275-92-42, (044) 275-01-08, www.ufia.ua
 Представительство ООО «Юрия-Фарм» в Узбекистане
 г. Ташкент, Ялгасарайский р-н, ул. Кичик Бешегоч, 124Д, тел.: (+99871)254-77-99

Юнорм®

ВЫСОКОСЕЛЕКТИВНОЕ ПРОТИВОРВОТНОЕ СРЕДСТВО¹

(Блокирует центральные и периферические серотониновые 5-HT₃-рецепторы)



ЮРИЯ-ФАРМ

www.uf.ua

Информация для медицинских и фармацевтических работников

Юнорм®

ВЫСОКОСЕЛЕКТИВНОЕ ПРОТИВОРВОТНОЕ СРЕДСТВО¹

(Блокирует центральные и периферические серотониновые 5-HT₃-рецепторы)

способ применения и дозы:

| | ДЕНЬ 1 ПАРЕНТЕРАЛЬНОЕ ВВЕДЕНИЕ | | |
|-----------------|--------------------------------------|------------------------------------|----------------------------|
| | РЕКОМЕНДОВАННАЯ РАЗОВАЯ ДОЗА | МАКСИМАЛЬНАЯ РАЗОВАЯ ДОЗА | МАКСИМАЛЬНАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА |
| ВЗРОСЛЫЕ | 8 мг | 16 мг | 24 мг |
| ДЕТИ | Химио- и лучевая терапия (от 6 мес.) | 5 мг/м ² или 0,15 мг/кг | 8 мг или 0,45 мг/кг |
| | По тошноте и рвоте (от 1 мес.) | 0,1 мг/кг | 4 мг или 0,3 мг/кг |



Удобные калькуляторы для расчета инфузионных растворов для Ваших пациентов в мобильном приложении **UFapp** от корпорации «ЮРИЯ-ФАРМ». Просканируйте QR-код для установки приложения из Google Play Market или App Store:

PV DV/X 01772/06/16

Фармакотерапевтическая группа: Противорвотные средства и препараты, устраняющие тошноту. Антагонисты рецепторов серотонина (5HT₃). Код АТС А04А А01.
 состав. действующее вещество: ондансетрон; 1 мл раствора содержит ондансетрона гидрохлорида дигидрата в пересчете на ондансетрон 2 мг; 5 мл сиропа содержит ондансетрона гидрохлорида дигидрата в пересчете на ондансетрон 4 мг.
 показания: тошнота и рвота, вызванные цитотоксической химиотерапией и лучевой терапией. Профилактика и лечение послеоперационной тошноты и рвоты.
 противопоказания: гиперчувствительность к компонентам препарата. Применение ондансетрона вместе с аломофана гидрохлорид противопоказано, поскольку наблюдались случаи сильной артериальной гипотензии и потери сознания во время совместного применения.
 побочные реакции: головная боль; судороги, двигательные нарушения; головокружение во время быстрого введения препарата, переходящие зрительные расстройства; аритмии, удлинение интервала QT, ощущение тепла или приливов; гипотензия, никота, запор, местные реакции в области введения, анафилактические реакции, парестезии, повышение температуры тела, боль, покраснение, жжение в месте введения, гипоквалиемия.
 Полный перечень показаний, противопоказаний, побочных эффектов, а также подробную информацию о способах и особенностях применения препарата можете найти в инструкции по применению препарата (утвержденная МЗ РУ от 03.06.2016).

¹ A multicentre, double-blind study comparing placebo, ondansetron and ondansetron plus dexamethasone for the control of cisplatin-induced delayed emesis. J. Oweh. *Support Care Oncol*, 2006.

представительство ооо «Юрия-фарм» (Yuria-pharm) в республике Узбекистан, г. ташкент, Якасарайский р-н, ул. кичик бешегоч 124 д. тел.: (+99871) 254-77-99

Производитель: ООО «Юрия-Фарм», 18030, г. Черкассы, ул. Вербовецкого, 108. Тел. +38(044) 281-01-01



INSTYLAN

ИНСТИЛАН

раствор стерильный на основе гиалуроновой кислоты для интравезикального введения

80 мг / 50 мг

Способ применения

- ▼ INSTYLAN предназначен для инстилляций в мочевой пузырь, 1 раз в неделю.
- ▼ Курс составляет от 4-х до 12-ти инстилляций.
- ▼ Перед применением температура пакета должна быть не менее 20°C.
- ▼ Перед введением INSTYLAN следует опорожнить мочевой пузырь.
- ▼ INSTYLAN вводится в полость мочевого пузыря с помощью урологического катетера на срок от 30-ти минут до 2-х часов.



Эргономичная упаковка

Стерильный полимерный пакет с насадкой для уретрального катетера в вакуумной полимерной упаковке

Информация об изделии медицинского назначения INSTYLAN /Инстилан/. Состав: гиалуронат натрия – 80 мг, фосфатный буфер pH 7,3 – до 50 мл.

Показания к применению:

- Временная защита и восстановление слизистой оболочки мочевого пузыря при различных манипуляциях / уретроцистоскопия, лучевая терапия и т.д.
- Хронический / рецидивирующий цистит.
- Лучевой цистит.
- Интерстициальный цистит.
- Гиперактивный мочевой пузырь.
- Задержка мочи или образования опухолей, вызванных циститом.

Противопоказания. Повышенная чувствительность к компоненту. Беременные женщины и женщины, которые кормят грудью. Дети.

Представительство ООО «Yuria-pharm» в Республике Узбекистан, г. Ташкент, Яккасарайский район, ул. Кичик бешегоч 124 Д, Тел.: (+99871 – 254-77-99)

www.uf.ua

ЮРИЯ-ФАРМ

Удобные калькуляторы для расчета инфузионных растворов для Ваших пациентов в мобильном приложении UBAPP от корпорации «ЮРИЯ-ФАРМ». Просканируйте QR-код для установки приложения из Google Play Market или App Store.

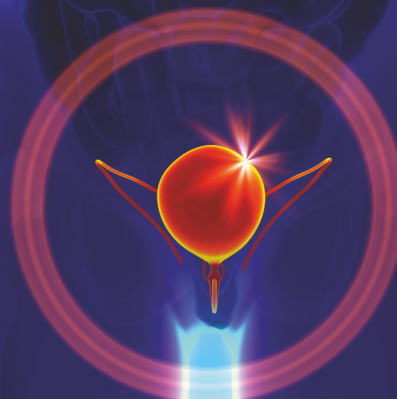


INSTYLAN

ИНСТИЛАН

раствор стерильный на основе гиалуроновой кислоты для интравезикального введения

**ЕСТЕСТВЕННОЕ
восстановление
барьерной функции
мочевого пузыря
при циститах**



Информация для медицинских и фармацевтических работников. Перед применением необходимо ознакомиться с полной инструкцией о применении препарата. РУ - ТВ/Х - 00473/02/16

СУФЕР®
Sufer®

**ЖЕЛЕЗА (III)-ГИДРОКСИД
САХАРОЗНЫЙ КОМПЛЕКС**
без декстрана¹

Fe

ВНУТРИВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ ЖЕЛЕЗА

*для быстрой клинической
и гематологической коррекции дефицита гемоглобина*

**В 2 раза
быстрее**

*в сравнении с другими
формами препаратов железа²*

Информация для медицинских и фармацевтических работников

 **Юрiя-ФАРМ**
www.uf.ua



Лидер рынка
инфузионных препаратов
Украины



АМИНОЛ®



АМИНОЛ® — сбалансированный раствор заменимых и незаменимых L-форм аминокислот для парентерального питания с дополнительным источником энергии

Информация для медицинских и фармацевтических работников



ИНФУЛГАН

paracetamolum



БЕЗОПАСНАЯ АЛЬТЕРНАТИВА АНАЛЬГИНУ В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ, АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАЦИИ

- Наиболее безопасный препарат для лечения **лихорадки и/или болевого синдрома**¹
- Официально рекомендован ВОЗ для применения в педиатрии¹
- Быстрое начало действия (5-10 мин)²
- Предсказуемость плазменной концентрации³
- Специальная форма выпуска для детей

1. The management of fever in young children with acute respiratory infections in developing countries/ World Health Organization /ARI/93.90. Geneva, 1993.

2. Product Insert, 2009.

3. Bannwarth B. et al, Plasma and cerebrospinal fluid concentration of paracetamol after a single intravenous dose of propacetamol. Eur J Clin Pharmacol 1992; 34: 79-81.

ЮРИЯ-ФАРМ

www.uf.ua



Информация для медицинских и фармацевтических работников



ЛАТРЕН®

- Оказывает усиленное микроциркуляторное действие;¹
- Улучшает доставку кислорода к ишемизированным тканям;²
- Способствует более раннему купированию синдрома системного воспалительного ответа;²
- Способствует купированию стойкого (несмотря на введение наркотических анальгетиков, спазмолитиков и НПВС) болевого синдрома в области травм и послеоперационных ран.;²⁻³
- Способствует более раннему и более полному восстановлению функциональной способности почки.⁴

**Улучшает течение периоперационного периода
и сокращает сроки госпитализации.**

Информация для медицинских и фармацевтических работников



ЮРИЯ-ФАРМ

- Фторхинолон III поколения
- низкая вероятность развития ¹ резистентности микроорганизмов
- стандарт безопасности фторхинолонов ^{1,2,3}
- широкий спектр действия ^{1,3}
- используется один раз в сутки ^{2,3}

ЛЕФЛОЦИН®

левофлоксацин
для внутривенного введения

РАЦИОНАЛЬНЫЙ ВЫБОР
эмпирической антибиотикотерапии



Информация для медицинских и фармацевтических работников

ЛОНГОКАИН

ИСКУССТВО БЕЗ БОЛИ

ЛОНГОКАИН® Хеви

ЛОНГОКАИН® 5
МГ/МЛ

ЛОНГОКАИН® 2,5
МГ/МЛ



ЮРИЯ-ФАРМ

Информация для медицинских и фармацевтических работников

ЮРИЯ-ФАРМ

Комплексный
полифункциональный
препарат⁵



РЕОСОРБИЛАКТ®

(для внутривенного введения)

Совокупное действие
нескольких препаратов: 1, 5, 6

- улучшает микроциркуляцию
- уменьшает интоксикацию
- стабилизирует гемодинамику
- корригирует кислотно-основное состояние



Драгоценная формула...

Информация для медицинских и фармацевтических работников

ЮРИЯ-ФАРМ



СОДА-БУФЕР®

4,2% р-р Натрия гидрокарбоната,
буферированный CO₂

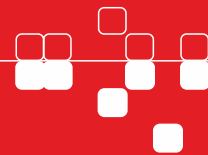
- ! рН раствора 7,2-7,4
- ! Рекомендован к использованию даже при отсутствии мониторинга кислотно-основного состояния*

*Е.Н. Клигуненко и соавт. Коррекция метаболического ацидоза раствором сода-буфер при перитонитах. Искусство лечения. – 2007. - №7(043). – стр.18-20



Идеальное равновесие!

информация для медицинских и фармацевтических работников



ЮРИЯ·ФАРМ

ДЕКАСАН®

(АНТИСЕПТИК ДЛЯ НАРУЖНОГО И ВНУТРИПОЛОСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ)

ЭФФЕКТИВНАЯ ПРОФИЛАКТИКА СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ



- ⇒ Внутрибрюшные сращения после операций на органах брюшной полости и полости малого таза имеют более 90% пациентов;
- ⇒ Со спайками связано более 40% всей кишечной непроходимости и 60-70% тонкокишечной;
- ⇒ Послеоперационные спайки являются причиной по меньшей мере 20% случаев бесплодия.*

Декасан при интраоперационной санации брюшной полости:**

- ⇒ высокоэффективен в отношении Гр «+», Гр «-» и анаэробной флоры;
- ⇒ не оказывает местно-раздражающего действия на ткани и мезотелий брюшины;
- ⇒ снижает отек тканей брюшины и сальника, что обеспечивает хорошую фиксацию шовного материала;
- ⇒ минимизирует развитие спаечного процесса в послеоперационном периоде.



* http://hirurgia.com.ua/patologii/spaechnaja_bolezn_bryshnoj_polosti.html

** В.В. Бойко, В.К. Логачев, Н.А. Ремнёва, М.Е. Тимченко, В.П. Невзоров, О.А. Головина. Экспериментальное обоснование выбора препарата для санации брюшной полости при разлитом перитоните. Украинский Журнал Хірургії, 2011, № 3 (12).

*** В.В. Лебедюк, Л.Г. Захарченко. Профилактика послеоперационного спаечного процесса в гинекологической практике. Сборник материалов итоговой научно-практической конференции 04. 06.2009г.