

SHOSHILINCH TIBBIYOT AXBOROTNOMASI

Ilmiy-amaliy jurnal

2017, X (4)

«ВЕСТНИК ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЫ» «THE BULLETIN OF EMERGENCY MEDICINE»

Рецензируемый научно-практический журнал
Входит в перечень научных изданий, рекомендованных ВАК Республики Узбекистан
для публикации основных научных результатов докторских диссертаций

Включен в Российский индекс научного цитирования (РИНЦ)

Издается с 2008 г. Свидетельство о регистрации средства массовой информации № 0292 от 15.08.2007

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР:

ХАДЖИБАЕВ Абдухаким Муминович, профессор, д.м.н.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ (Ташкент):

М.Ж. АЗИЗОВ, Р.Н. АКАЛАЕВ, Х.А. АКИЛОВ, А.В. АЛИМОВ, Б.К. АЛТЫЕВ,
А.И. ИКРАМОВ, Ш.И. КАРИМОВ, К.Э. МАХКАМОВ, Ф.Г. НАЗЫРОВ, З.М. НИЗАМХОДЖАЕВ,
К.С. РИЗАЕВ, ДЖ.М. САБИРОВ, Ф.А. ХАДЖИБАЕВ, А.А. ХУДАЯРОВ, Б.И. ШУКУРОВ (ответственный секретарь)

МЕЖДУНАРОДНЫЙ РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

В.Е. Аваков (Ташкент)	Victoria Garib (Vienna, Austria)	Jannicke Mellin-Olsen (Rud, Norway)
Р.М. Агаев (Баку)	Н.Дж. Гаджиев (Баку)	В.В. Мороз (Москва)
М.М. Акбаров (Ташкент)	Б.Г. Гафуров (Ташкент)	О.Б. Оспанов (Астана)
Ф.А. Акилов (Ташкент)	Б.Т. Даминов (Ташкент)	В.Е. Парфенов (С.-Петербург)
Ф.Б. Алиджанов (Ташкент)	С.А. Кабанова (Москва)	Ю.С. Полушин (С.-Петербург)
Д.А. Алимов (Ташкент)	Г.М. Кариев (Ташкент)	Э.А. Сатвалдиева (Ташкент)
Х.П. Алимова (Ташкент)	М.Л. Кенжаев (Бухара)	А.Д. Фаязов (Ташкент)
А.Л. Аляви (Ташкент)	Р.Д. Курбанов (Ташкент)	Juha Hemesniemi (Helsinki, Finland)
Ш.К. Атаджанов (Ташкент)	Б.А. Магруппов (Ташкент)	М.Ш. Хубутия (Москва)
Д.И. Ахмедова (Ташкент)	Ю.Р. Маликов (Навои)	В.Х. Шарипова (Ташкент)
С.Ф. Багненко (С.-Петербург)	И.П. Миннуллин (С.-Петербург)	А.М. Шарипов (Ташкент)
С.М. Бегалиев (Нукус)	А.Г. Мирошниченко (С.-Петербург)	А.Ф. Черноусов (Москва)
Е.М. Борисова (Ташкент)	Г.Ф. Муслимов (Баку)	А.Т. Эрметов (Наманган)

Редакция не всегда разделяет точку зрения авторов публикуемых материалов.
Ответственность за содержание рекламы несут рекламодатели.

Адрес редакции: 100115, Узбекистан, Ташкент, ул. Кичик халка йули, 2. Тел.: (99871) 1504600, 1504601. E-mail: shta@minzdrav.uz

ISSN 2010-9881 Индекс подписки 1214

Тираж 3400. Формат 60×84¹/₈. Бумага мелованая. Усл. печ. л. 00,00. Уч. изд. 00,00. Заказ № 17-749.

Отпечатано в издательско-полиграфическом творческом доме «O'zbekiston»

«...Государство обеспечит предоставление
бесплатного медицинского обслуживания
в рамках гарантированного объема медико-
санитарных услуг, включающего: ...
– оказание экстренной, неотложной
медицинской помощи ...»

Ислам Каримов

*Из Указа Президента
Республики Узбекистан
№ 2107 от 10 ноября 1998 г.*

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
РЕСПУБЛИКА ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ИЛМИЙ МАРКАЗИ
ЎЗБЕКИСТОН ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ВРАЧЛАРИ АССОЦИАЦИЯСИ**

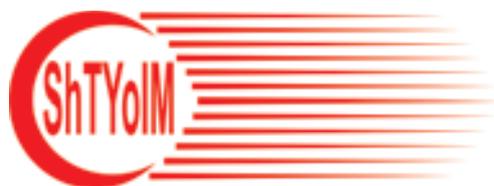
**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
АССОЦИАЦИЯ ВРАЧЕЙ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ УЗБЕКИСТАНА**

**«Шошилинч тиббий ёрдамни ташкил қилишнинг долзарб муаммолари:
ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛ СОҲАСИНИНГ ЎТКИР ХИРУРГИК
КАСАЛЛИКЛАРИ ВА ШИКАСТЛАНИШЛАРИ»**

**14-Республика илмий-амалий анжуманнинг материаллари
(Тошкент, 2017 й. 12 декабр)**

Материалы

**14-й Республиканской научно-практической конференции
«Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи:
ВОПРОСЫ УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ
И ТРАВМАХ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ»
(Ташкент, 12 декабря 2017 г.)**



ТАШКЕНТ – 2017

Генеральный спонсор:



Главные спонсоры:



Спонсоры:



CPN Таблетки
BY CHEMIE PHARMACIE HOLLAND
Представительство в Узбекистане



ChM
"OSTEOSINTEZ-CHM"



NOBEL
PHARMSANOAT



ЧП «Шохрух»



СП ООО
UzgermedPharm



**Конференция посвящена светлой памяти академиков
В.В. Вахидова и У.А. Арипова**

**Анжуман академиклар В.В. Вахидов ва У.А. Ариповнинг
ёрқин хотирасига бағишланади**



**ВАСИТ ВАХИДОВИЧ ВАХИДОВ
(13.XII.1917 – 01.VI.1994)**

доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки Узбекистана, академик Академии наук Узбекистана, основатель и первый директор Республиканского специализированного центра хирургии (1974–1994), кавалер ордена Ленина

тиббиёт фанлари доктори, профессор, Ўзбекистонда хизмат кўрсатган фан арбоби, Ўзбекистон Фанлар академиясининг академиги, Республика ихтисослаштирилган хирургия марказининг асосчиси ва биринчи директори (1974–1994), Ленин ордени кавалери



**УКТАМ АРИПОВИЧ АРИПОВ
(03.I.1927 – 14.XII.2001)**

заслуженный врач Узбекистана, доктор медицинских наук, профессор, лауреат Государственной премии им. Беруни, заслуженный деятель науки Узбекистана, ректор ТашГосМИ (1971–1984), академик Академии наук Узбекистана и Российской академии медицинских наук

Ўзбекистонда хизмат кўрсатган шифокор, тиббиёт фанлари доктори, профессор, Беруний номидаги Давлат мукофоти лауреати, Ўзбекистонда хизмат кўрсатган фан арбоби, ТошДавМИ ректори (1971–1984), Ўзбекистон фанлар академияси ва Россия тиббиёт фанлари академиясининг академиги

**РОЛЬ НАУЧНЫХ ШКОЛ АКАДЕМИКОВ
В.В. ВАХИДОВА И У.А. АРИПОВА В СТАНОВЛЕНИИ
ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ХИРУРГИИ
УЗБЕКИСТАНА**

**Хаджибаев А.М., Шукуров Б.И.
Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи**

История становления и развития современной хирургии Узбекистана, в том числе гепатопанкреатобилиарной хирургии, неразрывно связана с именами основателей двух самых крупных и авторитетных научных хирургических школ страны – академиков Васита Вахидовича Вахидова и Уктама Ариповича Арипова.

Васит Вахидович Вахидов родился 13 декабря 1917 года в семье крестьянина в г. Туркестане Южно-Казахстанской области. В 1926 году, когда Васиту едва исполнилось 9 лет, умер отец, а в 1930 году похоронили и маму Хаджар-ая. В 13 лет Васит остался круглым сиротой, но старшие братья сплотились и не дали семье распастись. На следующий год семья перебралась в Ташкент, где Васит поступил учиться на сельскохозяйственный рабфак, а затем, в 1932 году, в планово-экономический техникум, который окончил в 1934 году. В том же году Васит Вахидов стал студентом лечебного факультета Среднеазиатского медицинского института, переименованного в 1935 году в Ташкентский государственный медицинский институт.

Окончив с отличием ТашМИ в 1939 году, Васит Вахидов остался на кафедре терапии. Через несколько месяцев после окончания института молодого врача призвали на военную службу в г. Нарын в Кыргызстане, близ китайской границы, где его назначили врачом медицинского пункта пограничной комендатуры. Мысль посвятить себя хирургии, зародившаяся у молодого врача во время военной службы, реализовалась в 1946 году после его демобилизации и возвращения в Ташкент, где его приняли на работу в клинику профессора Садыка Алиевича Масумова.

В.В. Вахидов был хирургом широкого профиля, первым в республике приступил к изучению вопросов хирургического лечения заболеваний сердца и сосудов, явился организатором службы специализированной сосудистой хирургии, инициатором создания центра ангиохирургии, где проводил операции на аортах, магистральных венах и артериях. Начиная с 1960 года, Васит Вахидович успешно выполняет самые разнообразные операции на сердце. Им впервые в Средней Азии проведены операции на открытом сердце с использованием гипотермии и искусственного кровообращения, а также начаты первые операции аорто-коронарного шунтирования (проф. А.В. Вахидов). В. Вахидовым в конце 50-х годов была осуществлена первая в республике операция на пищеводе по поводу рака. В дальнейшем восстановительные операции на пищеводе при его доброкачественных сужениях и злокачественных поражениях начали широко внедряться

в практическую деятельность руководимой им клиники (А.М. Хаджибаев).

По инициативе и непосредственно под руководством В.В. Вахидова была создана одна из самых современных на тот момент хирургических клиник, вошедшая в передовые хирургические идеи того времени. В ноябре 1975 году Ташкентский филиал Всесоюзного научно-исследовательского института клинической и экспериментальной хирургии (ВНИИКиЭХ) принял первых пациентов.

Васит Вахидович всегда с особым энтузиазмом изучал вопросы гепатопанкреатобилиарной хирургии. В рамках поиска новых способов лечения больных с печеночной недостаточностью он впервые в республике применил экстракорпоральное подключение свиной печени у больного с печеночной энцефалопатией. Он был инициатором создания первого в республике центра экстракорпоральной детоксикации и экспериментальной хирургии, деятельность которого не ограничилась только стенами института хирургии – сотрудники центра регулярно выезжали по линии санитарной авиации в регионы страны, где активно внедряли методы гемосорбции, в том числе биогемосорбции (И.П. Кириченко), плазмафереза у больных механической желтухой, гнойным холангитом и при других эндотоксикозах, разработаны новые сорбенты (Ш.З. Касымов). В экспериментах на животных всесторонне изучались вопросы трансплантации печени, альтернативных методов хирургического лечения цирроза печени, что создало основу для пересадки печени в клинику. Совместно со своим учеником Г.Н. Гиммельфарбом академик В.В. Вахидов опубликовал фундаментальный труд «Анестезия у экспериментальных животных», отдельная глава которой была посвящена особенностям обезболивания у экспериментальных животных с гепатобилиарной патологией.

Новатор-реформатор хирургической службы в республике академик В.В. Вахидов предугадал, какую большую роль и значение будут играть диагностические и лечебно-оперативные методы эндоскопии, которые уже в то время становились альтернативой хирургическим вмешательствам при некоторых хирургических заболеваниях. В конце 1976 года впервые в республике были внедрены эндоскопическая ретроградная панкреатикохолангиография и методы эндоскопической декомпрессии желчевыводящих путей (Л.П. Струсский), профессором А.В. Вахидовым выполнены первые в Узбекистане лапароскопические холецистэктомии, в том числе при деструктивном холецистите (Ш.К. Атаджанов). На основании морфологических и клинических исследований обоснованы и внедрены в практику различные варианты эндоскопического склерозирования варикозных вен пищевода, определены показания и противопоказания к ним (А.Ш. Асабаев). Впервые в Узбекистане в Центре хирургии внедрены методики чрескожных чреспеченочных вмешательств под КТ-контролем с целью диагностики и декомпрессии билиарного тракта при опухолевых

и доброкачественных рубцовых стриктурах желчных протоков (А.И. Икрамов).

Академиком В.В. Вахидовым одним из первых в бывшем СССР была создана группа хирургии портальной гипертензии, в 1992 году реорганизованная в отделение хирургии портальной гипертензии и панкреатодуоденальной зоны, где активно начали изучать вопросы хирургического лечения цирроза печени, осложненного портальной гипертензией, разработки и совершенствования методов хирургического лечения асцитического синдрома, кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода. Особое внимание было уделено отработке в эксперименте и внедрению в клиническую практику различных вариантов наложения портосистемных сосудистых анастомозов. Впервые было изучено в динамике состояние объемного печеночного кровотока в условиях декомпрессии центрального и внутриорганный лимфообращения с применением радионуклидных и электронно-микроскопических методов (Ф.Г. Назыров). Проведено сравнительное изучение гемодинамики в условиях дистального и проксимального спленоренального анастомозов и артериализирующих операций (К.С. Далимов). Эти исследования позволили впервые дать количественную характеристику состояния воротнопеченочной и центральной гемодинамики в условиях внутреннего дренирования грудного лимфатического протока у больных циррозом печени в стадии стойкого асцита. Была разработана новая методика изучения воротнопеченочного кровообращения на гамма-камере с использованием радионуклидного ксенона с компьютерной обработкой данных (П.М. Хамидов).

По идеям академика В.В. Вахидова были разработаны модификации клапанного перитонеовенозного шунтирования и рентгеноэндоваскулярные методы лечения портальной гипертензии (Х.А. Акилов). Была дана оценка эффективности эмболизации селезеночной артерии в хирургическом лечении цирроза печени с портальной гипертензией, были изучены особенности морфологических и функциональных изменений селезенки и печени в зависимости от уровня эмболизации, что позволило широко внедрить метод в клиническую практику (А.В. Девятов).

Центральное место в исследованиях академика В.В. Вахидова в области хирургии цирроза печени и портальной гипертензии занимали различные аспекты портосистемного шунтирования: особенности предоперационной подготовки, оперативная техника, ведение послеоперационного периода. В частности, были разработаны и внедрены в клиническую практику новый способ остановки кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода с помощью упругой спирали, скрученной поверх дистального конца эндоскопа, аппарат для прошивания варикозных вен в наиболее доступном и типичном для кровотечений кардиоэзофагеальном переходе, оригинальный метод хирургического разобщения варикозных вен гастроэзофагеального коллектора (проф. Ф.Г. Назыров), на которые

получены авторские свидетельства на изобретение. Впервые была изучена роль и значение этапного хирургического лечения осложнений портальной гипертензии у больных циррозом печени. Выявлены приспособительно-компенсаторные реакции портальной гемодинамики и морфологии печени в условиях превентивной эмболизации селезеночной артерии перед портосистемным шунтированием у больных циррозом печени с портальной гипертензией, спленомегалией, гиперспленизмом.

На основании многолетних клинических наблюдений с учетом рентгеноэндоваскулярных вмешательств разработаны показания и противопоказания к портосистемному шунтированию. Впервые показана целесообразность чреспеченочной рентгеноэндоваскулярной эмболизации варикозных вен и эндоскопического тромбирования перед традиционной гастротомией и перевязкой вен у больных циррозом печени с крайне высоким риском оперативного вмешательства. Установлено значение перитонеоатриального клапанного шунтирования и рентгеноэндоваскулярной эмболизации печеночной артерии перед сосудистым лимфенозным анастомозом в лечении некоторых резистентных форм асцита у больных циррозом печени.

Под руководством академика В.В. Вахидова впервые внедрены реконструктивные операции на желчных путях, фактически поставлены на «поток» операции при опухолях органов панкреатодуоденальной зоны (панкреатодуоденальная резекция, трансдуоденальная папилэктомия), различные виды резекций печени – от сегментарных до расширенных анатомических (резекция правой или левой доли печени – гемигепатэктомии), операции при кистах гепатикохоледоха, кистах поджелудочной железы. Разработана новая методика наложения панкреатикоэнтероанастомоза на назопанкреатическом наружном каркасном дренаже (Ш.Н. Худайбергенов). Уникальный опыт клиники по восстановительной и реконструктивной хирургии при травмах и стриктурах, а также при пороках развития желчных протоков были обобщены в работах его учеников профессоров Х.А. Акилова и Б.К. Алтыева. Проводились исследования по проблеме комбинированного применения лазерного и плазменного скальпеля с низкоинтенсивными лазерами в хирургии печени, в том числе при эхинококкозе (Ф.А. Ильхамов). Клиника академика В.В. Вахидова обладает громадным клиническим опытом по хирургическому лечению эхинококкоза печени, им разработан оригинальный, технически простой и весьма эффективный метод обработки остаточной полости печени после эхинококкэктомии.

Созданные лично В.В. Вахидовым отделения хирургии печени и желчных путей и хирургии портальной гипертензии и панкреатодуоденальной зоны Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра хирургии достойно продолжают лучшие традиции крупнейшей хирургической школы Узбекистана и на сегодня вплотную подошли к выполнению пересадки печени. Главная юридическая

трудность, до сих пор препятствующая осуществлению пересадки печени у человека в Узбекистане, была устранена 23 октября 2017 г. Постановлением Кабинета Министров Республики Узбекистан № 859 «Об утверждении Временного положения о порядке близкородственной трансплантации почки и (или) доли печени».

Он был основоположником специализированной экстренной хирургии в Узбекистане. Разработанные и предложенные им основные принципы ведения больных с urgentными заболеваниями и травмами органов грудной клетки и брюшной полости, магистральных сосудов незыблемо соблюдаются и находят дальнейшее развитие с учетом новых технологий, методик и современных тенденций в одной из крупнейших ветвей хирургической школы академика В.В. Вахидова – в хирургической клинике Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Под руководством В.В. Вахидова было защищено 43 докторских и 180 кандидатских диссертаций. Многие ученики продолжили его дело, стали руководителями ведущих медицинских клиник в Узбекистане и в республиках Средней Азии.

Выдающийся хирург и ученый В.В. Вахидов в 1962 году был избран в члены Правления Всесоюзного общества хирургов, в 1967 году ему присвоено звание «Заслуженный деятель науки УзССР», с 1968 года являлся бессменным Председателем Правления Республиканского общества хирургов, с 1971 года стал действительным членом Всемирной ассоциации хирургов, с 1972 года – заместителем и затем Главным редактором издания «Медицинский журнал Узбекистана», с 1977 года – Председателем Научного совета по хирургии при Ученом медицинском совете Минздрава УзССР, с 1986 года – член Президиума и заместитель Председателя Всесоюзного научного общества хирургов. В 1974 году он был избран членом-корреспондентом Академии наук УзССР, в следующем 1975 году – членом совета по хирургии Академии медицинских наук СССР, в 1979 году – избран действительным академиком Академии наук УзССР.

В.В. Вахидову с 1946 года неоднократно вручали Почетные грамоты Верховного Совета Киргизской и Узбекской ССР, в 1961 и 1971 годах был награжден орденами «Знак Почета», в 1976 году – высшей государственной наградой СССР – орденом Ленина, в 1981 году – медалью Н.И. Пирогова и орденом Октябрьской революции, в 2003 году – орденом Республики Узбекистан «Буюк хизматлари учун» посмертно.

Не менее яркий след в истории развития хирургии Узбекистана оставил современник и соратник академика В.В. Вахидова, основатель другой крупнейшей в стране хирургической школы академик Уктам Арипович Арипов.

Уктам Арипович Арипов родился 3 января 1927 года в Джизакском районе Самаркандской области в семье служащего. В 1948 году с отличием окончил Самаркандский медицинский институт, где прошел путь от клинического ординатора до доктора медицинских

наук, профессора, заведующего кафедрой общей хирургии, декана факультета, проректора по учебной работе института.

С 1964 году работал первым зам. министра здравоохранения РУз (1964-1971 гг.), на протяжении 14 лет ректором ТашГосМИ (1971-1984 гг.). В 1965 г. избран заведующим кафедрой факультетской хирургии лечебного факультета.

В годы работы в Самаркандском медицинском институте, а затем в ТашГосМИ до 1970 г. основные научные интересы У.А. Арипова и его сотрудников были сосредоточены вокруг проблемы компенсаторно-приспособительных реакций организма при комбинированной радиационной травме. Узбекистан был признан одним из ведущих центров по разработке проблем комбинированных радиационных травм и профилактики лучевой болезни.

С переездом в Ташкент (1964) на должность первого зам. министра здравоохранения Узбекистана, наряду с организационными вопросами ликвидации последствий вспышки холеры в Приаралье, восстановлением разрушенных во время Ташкентского землетрясения в 1966 году лечебных учреждений, У.А. Арипов занимался огромной работой по развертыванию первых в Центральной Азии специализированных отделений, подготовкой высококвалифицированных кадров в центральных вузах и научно-исследовательских институтах кардиологии, иммунологии, специализированных центров сосудистой и грудной хирургии, проктологии, хирургии печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы, трансплантологии.

У.А. Арипову принадлежит приоритет в организации и переходе здравоохранения на специализированную службу, и если говорить о хирургии, – то создание в республике сети таких служб, как отделение ожоговой болезни, торакальной, сосудистой, абдоминальной хирургии. Результатом создания такой сети специализированных служб стало укрепление фундамента клинической медицины и создание базы для будущих серьезных изысканий в указанных областях.

Профессор У.А. Арипов первым начал научную разработку проблемы преодоления тканевой несовместимости при пересадке органов и тканей. В организованном им Центре пересадки почек с лабораторией гемодиализа при кафедре факультетской хирургии ТашГосМИ 14 сентября 1972 г. Уктам Арипович впервые в Узбекистане выполнил пересадку почки больному с ХПН в терминальной стадии. За разработку и внедрение в клиническую практику новых и усовершенствованных методов лечения больных ХПН, создание отечественных препаратов иммунодепрессивного действия, успешно используемых в клинике, академик У.А. Арипов и его сотрудники в 1983 году были удостоены Государственной премии Узбекистана им. А. Беруни в области науки и техники.

Академиком У.А. Ариповым предложен принципиально новый подход к лечению сахарного диабета 1-го типа путем пересадки островковых клеток поджелу-

дочной железы. Методология и подходы, предложенные У.А. Ариповым, успешно используются в РНЦЭМП при разработке новых способов лечения острой печеночной недостаточности на основе применения культивированных фетальных гепатоцитов (А.М. Хаджибаев и М.Д. Уразметова).

Начиная со второй половины 60-х годов, У.А. Арипов интенсивно разрабатывает проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии, на успешное решение которых большое влияние оказало тесное сотрудничество с коллективом Института хирургии им. А.В. Вишневского АМН РФ во главе с выдающимся ученым-хирургом, героем Социалистического труда, академиком АМН СССР А.А. Вишневским, который оказал большое влияние на выбор темы исследований школы У.А. Арипова. Основным направлением исследований У.А. Арипова явилось глубокое и всестороннее изучение проблем желчнокаменной болезни и ее осложнений. В частности, предложена рабочая классификация осложнений желчнокаменной болезни и совершенствована диагностика и хирургическая тактика при них. Усовершенствована диагностическая и хирургическая тактика при остром холецистите у пациентов пожилого и старческого возраста. Апробирован и внедрен в клиническую практику шивающий аппарат для трансдуоденальной папиллосфинктеропластики – СПП-20, с применением которого в его клинике выполнено более 400 операций, в том числе при формировании ретродуоденального холедоходуоденоанастомоза механическим швом, трансдуоденальной папилэктомии механическим швом по поводу опухоли большого дуоденального сосочка. В настоящее время принцип техники вмешательства применяется при эндоскопической папилэктомии.

В клинике, возглавляемой академиком У.А. Ариповым, разработаны и апробированы оригинальные вмешательства при высоких рубцовых стриктурах гепатикохоледоха, обеспечивающие отток желчи в двенадцатиперстную кишку и тем самым повышающие физиологичность операции.

Определенный вклад школа внесла и в развитие эндоскопической билиарной хирургии. Так, одними из первых его представители доказали эффективность эндоскопической папиллосфинктеротомии при остром билиарном панкреатите, вызванной ущемлением камня в большом дуоденальном сосочке, когда подавляющее число специалистов считали острый панкреатит противопоказанием к эндоскопической папиллосфинктеротомии. Разработан оригинальный назобилиарный катетер при неудаляемых камнях холедоха.

Под руководством академика У.А. Арипова проводились и фундаментальные исследования по изучению патогенетических механизмов камнеобразования в желчных протоках, им впервые в мире доказано влияние внутрипротокового гидростатического давления в желчных протоках на литогенность желчи и определены параметры давления, когда литогенность желчи достигает максимума.

Опубликованные У.А. Ариповым монографии в течение долгих лет оставались настольными книгами для специалистов, а такие книги, как «Механическая желтуха», «Кисты поджелудочной железы», «Операции на большом дуоденальном сосочке и поджелудочной железе» и сегодня представляют большой клинический и научный интерес.

Созданная академиком У.А. Ариповым научная школа внесла огромный вклад в развитие медицинской науки в Узбекистане. Было успешно защищено 25 докторских и 72 кандидатские диссертации, опубликовано более 400 работ, в том числе 16 монографий, издано 3 учебника.

С учетом актуальности и научно-практической ценности проводимых под руководством академика У.А. Арипова исследований и инновационных решений Министерством здравоохранения Республики Узбекистан в 1991 году был организован Научный центр хирургии печени и желчевыводящих путей, директором которого он был назначен. В настоящее время Центром является признанной в стране ведущей клиникой в области панкреатобилиарной хирургии, где оказывается специализированная высокотехнологичная хирургическая помощь как в экстренном, так и в плановом порядке больным, поступающим из всех регионов страны. В Центре оказывается высококвалифицированная медицинская помощь при желчнокаменной болезни и ее осложнениях, паразитарных и непаразитарных кистах печени и брюшной полости, деструктивных панкреатитах, опухолях и кистах панкреатодуоденальной зоны, доброкачественных и злокачественных новообразований печени, травмах и стриктурах внепеченочных желчных протоков.

В 1968 г. У.А. Арипов избран членом-корреспондентом Академии наук Узбекистана, в 1974 г. – академиком АН Республики Узбекистан, в 1977 г. – действительным членом международного общества хирургов, в 1986 г. – действительным членом международной ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов, в 2001 г. – иностранным членом Российской академии медицинских наук. Избирался заместителем Председателя Всесоюзного общества хирургов и Президентом ассоциации хирургов Узбекистана. Академик У.А. Арипов являлся лауреатом Государственной премии им. А.Беруни в области науки и техники Узбекистана, заслуженным деятелем науки Узбекистана, заслуженным врачом республики, почетным доктором Будапештского медицинского университета им. Зиммельвейса, ректором Ташкентского государственного медицинского института (1971-1984), профессором кафедры факультетской хирургии Первого Ташкентского государственного медицинского института (1991-2001), директором Научного центра хирургии печени и желчевыводящих путей (1991-2001). Признанием его добрых дел и высокой оценкой всей прожитой жизни стало награждение У.А. Ариповича в 1998 г. орденом «Эл-юрт Хурмати».

Две крупнейшие хирургические школы Узбекистана, созданные великими учеными и корифеями хирур-

гии – академиками В.В. Вахидовым и У.А. Ариповым, в настоящее время обладают признанным приоритетом в Узбекистане в области гепатопанкреатобилиарной хирургии. При этом школа академика В.В. Вахидова, возглавляемая ныне профессором Ф.Г. Назыровым, обладает наибольшим клиническим опытом и оригинальными научными разработками в сфере хирургического лечения циррозов печени и портальной гипертензии, вплотную подошла к выполнению первой в стране пересадки печени. Лучшие традиции клиники академика У.А. Арипова продолжает и развивает его дочь и ближайший соратник профессор Н.У. Арипова, под руководством которой ведутся исследования по изучению молекулярных и иммунологических механизмов развития желчнокаменной болезни и опухолей поджелудочной железы и печени, по разработке новых методов их хирургического лечения. Своеобразный тандем традиций и научных подходов академиков В.В. Вахидова и У.А. Арипова в области экстренной

хирургии органов гепатопанкреатобилиарной зоны воплотила в себе хирургическая клиника Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, где работают ученики В.В. Вахидова (профессора А.М. Хаджибаев и Х.А. Акилов, доктора наук Б.К. Алтыев и Ш.К. Атаджанов, кандидаты наук Б.И. Шукуров, А.Х. Шарипов, Б.Т. Гулямов, Б.А. Янгиев и др.) и У.А. Арипова (профессора Ф.Б. Алиджанов и М.Д. Уразметова, кандидаты наук А.Б. Вахидов, К.Р. Асамов, зав. отделением М.А. Хашимов и др.).

Великие ученые и корифеи узбекской хирургии – академики В.В. Вахидов и У.А. Арипов по праву составляют гордость нации, их огромное научное наследие и хирургические школы вносят неоценимый вклад в развитие высокотехнологичной хирургической помощи населению, являются мощной кузницей подготовки высококвалифицированных врачей и научно-педагогических кадров.

I. ПАНКРЕОНЕКРОЗ: СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

ВЛИЯНИЕ ИММУНОМОДУЛЯТОРА
ПОЛИОКСИДОНИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ
ПАНКРЕОНЕКРОЗА

*Абдурахманов М.М., Ураков Ш.Т.,
Сафаров С.С., Абдуллаев И.Т.*

**Бухарский государственный медицинский институт,
Бухарский филиал РНЦЭМП**

Инфицированный панкреонекроз – наиболее частое и клинически значимое септическое осложнение панкреатита, так как возникает относительно рано в течении заболевания, летальность при этом достигает 40%. В связи с этим необходим активный поиск методов предотвращения возникновения этого тяжелого осложнения. Бактериальная транслокация из просвета кишечника, вследствие нарушения барьерной функции кишечной стенки, считается основным механизмом возникновения гнойно-септических осложнений острого панкреатита (Ротарь Д.В., 2013., Sanna M., 2012).

Цель: оценка влияния иммуномодулятора полиоксидония в комплексной терапии панкреонекроза и частоты развития инфицирования очагов некроза.

Материал и методы: в 2015-2017 гг. в хирургическом отделении Бухарского филиала РНЦЭМП г. Бухары на лечении находились 39 пациентов панкреонекрозом. Асептический панкреонекроз наблюдался у 13 (33,3%) больных, инфицированный – у 26 (66,6%). Диагноз острого панкреатита устанавливался нами на основе соответствующей клинической картины, положительных специфических лабораторных тестов (α -амилаза крови, липаза, диастаза мочи) и инструментальных методов диагностики (УЗИ и компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства, диагностическая лапароскопия). Для определения инфицирования очагов некрозов поджелудочной железы и системной воспалительной реакции мы оценивали уровень прокальцитонина, С-реактивного белка (СРБ). Ранняя энтеральная нутритивная поддержка, комбинированная с иммуномодулятором, проводилась с первых часов поступления в стационар 21 пациенту (основная группа). С целью коррекции иммунологических изменений использовали иммуномодулятор полиоксидоний, являющийся высокомолекулярным, физиологически активным соединением, обладающим выраженной иммуностимулирующей активностью. Назначали по 6 мг, ежедневно в течение 3-х дней, далее через день до 10 инъекций. У 18 человек (группа сравнения) проводилась только ранняя энтеральная нутритивная поддержка через назоеюнальный зонд, установленный с помощью эзофагогастроудоденоскопа.

Больные обеих групп были сопоставимы по полу и возрасту. У всех пациентов верифицирован диагноз панкреонекроз. Среди больных был 31 (79,7%) мужчи-

на и 8 (20,3%) женщин. Для оценки иммунологического статуса использовали иммунограммы. Забор материала для лабораторных тестов производили трехкратно: в 1-е, 5-е, 10-е сутки от поступления в стационар. Для определения инфицирования очагов некрозов поджелудочной железы и системной воспалительной реакции оценивали уровень прокальцитонина, определяли также уровень СРБ.

Результаты: для оценки иммунитета больных в динамике, в 1-е, 7-е, 14-е сутки изучали иммунограммы, в которых определяли содержание субпопуляций иммунокомпетентных клеток. В 1-е сутки после поступления в стационар пациенты двух групп по показателям иммунограммы достоверно не различались, наблюдалась умеренная иммунодепрессия. Далее в обеих группах наблюдалось снижение количества Т-лимфоцитов (CD3), Т-хелперов (CD4), Т-супрессоров (CD8), В-лимфоцитов (CD19). Различия между группами для Т-лимфоцитов (CD3) на 7-е и 14-е сутки статистически значимы ($p < 0,01$). Снижение количества Т-лимфоцитов на протяжении 14 суток в основной группе происходило медленнее, чем в группе сравнения. Различия между группами для В-лимфоцитов (CD19) статистически значимые только на 14-е сутки ($p < 0,01$), причем средний показатель количества Т-лимфоцитов выше в основной группе. За время наблюдения пациентов в хирургическом отделении инфицирование очагов некроза было выявлено у 15 (57,7%) пациентов группы сравнения и у 11 (42,3%) пациентов основной группы.

Выводы: 1. В результате включения раннего энтерального питания в комбинации с иммуномодулятором полиоксидонием в комплексную терапию пациентов с панкреонекрозом, улучшаются показатели иммунного статуса. 2. Различия между группами для Т-лимфоцитов (CD3) на 7-е и 14-е сутки составили соответственно 1,6 и 3,5%. Для В-лимфоцитов (CD19) различия статистически значимые только на 14-е сутки ($p < 0,01$), причем средний показатель количества В-лимфоцитов выше в основной группе на 1,5%. 3. Использование раннего энтерального питания и иммуномодулятора полиоксидония привело к уменьшению числа пациентов с инфицированием очагов некроза на 15,4%.

МИКРОБНАЯ ТРАНСЛОКАЦИЯ ИЗ КИШЕЧНИКА
ПРИ ИНФИЦИРОВАННОМ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

*Абдурахманов М.М., Ураков Ш.Т.,
Абдурахманов Ш.М., Сафаров С.С., Абдуллаев И.Т.*
**Бухарский государственный медицинский институт,
Бухарский филиал РНЦЭМП**

Наиболее тяжелым контингентом больных с острыми воспалительными заболеваниями поджелудочной железы являются пациенты с гнойно-некротическими

осложнениями острого панкреатита, летальность при которых не имеет тенденции к снижению и варьирует от 20 до 45%. Развитие вторичной инфекции поджелудочной железы и окружающей ее забрюшинной клетчатки является серьезным осложнением острого панкреатита, которое регистрируется в 40-70% случаев. За последние годы понятия об этой проблеме сложились в определенную картину, ключевое значение в которой придается микробной транслокации из кишечника (Третьяков Е.В. и др., 2013., Fritz S., 2010).

Цель: изучение микробиологического состава возбудителей и предложение эффективной антибактериальной терапии при инфицированной панкреонекрозе.

Материал и методы: в исследование включены 73 из 152 пациентов, находившихся на лечении с диагнозом панкреонекроз в Бухарском филиале РНЦЭМП с января 2012 по июнь 2017 г., из которых было 40 мужчин и 33 женщины. Средний возраст пациентов – $43,3 \pm 12,2$ года. Диагноз панкреонекроза и его осложнений верифицирован на основании комплексного обследования, включающего клинические и лабораторные методы, ультрасонографию, лапароскопию, компьютерную томографию, бактериологические исследования крови, некротических тканей забрюшинного пространства, перитонеального экссудата. У 24 пациентов выделены микроорганизмы из поджелудочной железы, у 13 (54%) из других сред: отделяемое дренажа, выпот из брюшной полости, кровь, моча. Наиболее часто микроорганизмы выявлялись при бактериологическом исследовании отделяемого дренажа.

Результаты: при анализе чувствительности микроорганизмов, выделенных из некротического, граммотрицательные микроорганизмы определены в 68% случаев, грамположительные микроорганизмы – в 30% случаев, кандиды – в 2% случаев. Установлено, что наиболее часто встречающимися являются грамотрицательные микроорганизмы семейства Enterobacteriaceae: *E. coli* (16%), *Kl. pneumoniae* (16%), *Pr. mirabilis* (5%), *Enterobacter aerogenes* (2%), *Serratia marcescens* (2%). *Ps. aeruginosa* выделена в 7 (19%) случаях, *Acinetobacter baumannii* – в 2 (4%). Выявление *E. coli* и других энтеробактерий может свидетельствовать об инфицировании поджелудочной железы посредством их транслокации из кишечника. Выделение неферментирующих бактерий и грамположительных микроорганизмов обусловлено, видимо, вторичной нозокомиальной инфекцией. Результаты исследования показали, что все выделенные штаммы Enterobacteriaceae оказались чувствительными к меропенему, имипенему/циластатину. Высокая чувствительность энтеробактерий к амикацину выявлена в 100% среди штаммов *E. coli*, в 94% – среди штаммов *Kl. pneumoniae*, в 50% – среди штаммов *Pr. mirabilis*. Невысокая активность отмечена у фторхинолонов. Резистентные к ципрофлоксацину, левофлоксацину штаммы среди *E. coli* и *Kl. pneumoniae* выявлялись в 67% случаев. Отмечена высокая чувствительность синегнойной палочки к аминогликозидам. Только лишь

в 14% случаев выявлена резистентность к амикацину и в 27% случаев – к гентамицину. Высокий уровень резистентности к фторхинолонам выявлен при наличии штаммов синегнойной палочки: так, выделено 72% штаммов, резистентных к ципрофлоксацину, 82% – к левофлоксацину. Грамположительные штаммы золотистого стафилококка, коагулазонегативного стафилококка выделены в 27% случаев, при этом 63% штаммов являлись метициллинрезистентными, что потребовало рекомендовать использование гликопептида ванкомицина.

Выводы: 1. Выявление *E. coli* и других энтеробактерий свидетельствует об инфицировании поджелудочной железы посредством их транслокации из кишечника. 2. Для стартовой терапии при подтвержденном инфицированном панкреонекрозе предпочтительно использовать карбапенемы, так как исследованиями обоснован высокий уровень чувствительности штаммов семейства Enterobacteriaceae к карбапенемам на фоне снижения чувствительности к цефалоспорином III и IV поколений и нарастание резистентности к фторхинолонам. 3. Полученные данные бактериологического исследования свидетельствуют о возможности использования цефалоспоринов III-IV поколения в комбинации с метронидазолом при подтвержденной чувствительности к выделяемому возбудителю, а также назначение аминогликозидов.

ЭКСПРЕСС-МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА И ПАНКРЕОНЕКРОЗА В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ

Алиджанов Ф.Б., Баймурадов Ш.Э., Акбарова Л.Р.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Синомед

Несмотря на успехи в совершенствовании диагностики острого панкреатита, диагностические ошибки в стационаре достигают 26%, а с подозрением на другие острые хирургические заболевания оперируются до 17,2% больных ОП. Общая летальность при остром панкреатите на протяжении последних 10 лет находится на одном уровне и колеблется в зависимости от удельного веса деструктивных форм заболевания в пределах 3-6%. Летальность при тяжелых формах острого панкреатита сохраняется в пределах 20-45%.

Не секрет, что в настоящее время из числа больных, поступающих в приёмно-диагностические отделения клиник с предварительным диагнозом «Острый панкреатит», данный диагноз в процессе углубленного обследования подтверждается лишь у 20-25%. До сегодняшнего дня «золотого стандарта» в диагностике острого панкреатита не существует. Все ныне используемые диагностические маркеры, т.е. определение уровня амилазы крови и диастазы мочи, липазы могут приводить либо к гипердиагностике, либо к недостаточной диагностике острого панкреатита. Во-вторых, данные лабораторные методы требуют определенно-го времени.

Тест Актим-панкреатитис, разработанный финскими исследователями, основанный на определении трипсиногена-2 в моче, позволяет с высокой точностью в течение 5-10 мин выставить или исключить диагноз острого панкреатита.

Цель: оценка эффективности и информативной ценности полосочного теста Актим-панкреатитис в ранней диагностике или исключении диагноза острого панкреатита в условиях приемно-диагностического отделения.

Материал и методы: в период с сентября 2016 г. по март 2017 г. нами проанализированы результаты обследования 350 больных, поступивших в клинику самоотёком с острыми болями в животе с предварительным диагнозом врачей скорой помощи «острый панкреатит». Всем больным, наряду с рутинными исследованиями амилазы крови и мочи, УЗИ и КТ поджелудочной железы был проведен полосочный тест.

Результаты и выводы: в результате исследований все поступившие больные были разделены на 2 группы. 1-ю группу составили 163 больных, у которых полосочный тест дал положительный результат, а также результаты лабораторных-инструментальных исследований и клинических проявлений верифицировали наличие различных форм острого панкреатита и панкреонекроза. Во 2-ю группу включены 187 больных, среди которых данный тест был положительным лишь у 4 (2,1%). В 1-й группе в последующем отечная форма острого панкреатита верифицирована у 121 (74,2%) больного, деструктивная форма – у 42 (25,8%). Своевременная и ранняя диагностика острого панкреатита с применением экспресс-теста Actim Pancreatitis позволила больным 1-й группы получить необходимую экстренную хирургическую помощь.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Асраров А.А., Имамов А.А., Цай В.Э.
Ташкентская медицинская академия

Лечение больных с деструктивным панкреатитом (ДП) остается одной из наиболее сложных проблем неотложной абдоминальной хирургии и интенсивной терапии. В настоящее время, несмотря на накопленный опыт и арсенал применяемых у больных этой группы методов, летальность вследствие ДП не имеет тенденции к снижению. В диагностике и лечении ДП одним из наиболее достоверных, информативных и относительно безопасных методов считается лапароскопия.

Цель: оценка результатов лапароскопии в диагностике и лечении ДП.

Материал и методы: во 2-й клинике Ташкентской медицинской академии в период с 2013 по 2017 гг. лапароскопическое исследование выполнено у 86 больных в возрасте от 18 до 72 лет. Мужчины составляли

69%, средний возраст $45 \pm 3,2$ года. Исследование проводили в первые сутки с момента поступления у 45,6% пациентов, со 2-х по 5-е сутки – у 38,1%, с 5-х по 10-е сутки пребывания в стационаре – у 16,3%. Лапароскопия с целью установления окончательного диагноза выполнена у 24 (27,9%) больных.

Результаты: отечная форма панкреатита выявлена у 16 (18,3%) больных (проведено консервативное лечение). Признаки стерильного панкреонекроза, ферментативного перитонита с объемом перитонеального выпота более 500 мл были выявлены у 65 (75,8%) пациентов. В таких случаях выполняли лапароскопическое дренирование брюшной полости, а у 10 (11,6%) больных одновременно и сальниковой сумки. Инфицированный панкреонекроз диагностирован у 5 (5,9%) пациентов, это потребовало выполнения экстренной лапаротомии с дренированием сальниковой сумки и забрюшинной клетчатки. Лапароскопическое дренирование брюшной полости явилось окончательным методом комплексной терапии в 68% случаев. Наибольшая эффективность отмечена при выполнении лапароскопического дренирования в сроки до 5 суток от момента поступления. Абсцедирование панкреонекроза после лапароскопического дренирования наблюдали у 12 (14,1%) пациентов, формирование забрюшинных флегмон – у 2,9%. Летальность у пациентов после проведенной лапароскопической санации составила 4,3%, а при инфицировании панкреонекроза – 11,3%.

Выводы: использование лапароскопии позволяет совершенствовать тактику лечения ДП, не усугубляя состояния больных тяжелой операционной травмой. Лапароскопическое дренирование брюшной полости показано и эффективно у больных при стерильном панкреонекрозе, в ранние сроки от начала заболевания.

CHARACTERISTICS OF ACUTE PANCREATITIS PATIENTS EVALUATED PROSPECTIVELY IN EMERGENCY DEPARTMENT

*Deniz Güney Duman, Arash Turan, Tuğba Memiş,
Yeşim Özen Alahdab, Umut Emre Aykut*

Marmara University, School of Medicine

Introduction and Aim: Studies evaluating the characteristics of the patients with acute pancreatitis is lacking in Turkey. If there is any, they rely on retrospective data. We aim to investigate clinically and demographically the acute pancreatitis patients admitted to emergency department.

Methods: The patients admitted to internal medicine emergency department with the diagnosis of acute pancreatitis were enrolled prospectively. The diagnosis of acute pancreatitis was made by the presence of any two of the following three criteria: (1) typical abdominal pain, (2) amylase and/or lipase levels at least 3x of the upper limit of the normal, (3) typical findings

on abdominal imaging. The demographic and clinical variables (age, gender, alcohol abuse, comorbidities, previous boots of acute pancreatitis) were recorded. The severity of acute pancreatitis was assessed using the systemic inflammatory response syndrome (SIRS) criteria and Apache II score.

Results: A total of 70 patients (20 females, 50 males) admitted to emergency department were enrolled in the last 6 months. The mean age of the patients were 56,2 (23-90). Alcohol intake history was present in 5,7 % of the patients and 42,8% of the patients had a previous acute pancreatitis attack. Cholecystectomy history existed in 18,5% of the patients. All of the patients had Apache II scores less or equal to 3. Only 21 (30%) patients had SIRS findings but none of them exhibited severe pancreatitis according to Atlanta criteria.

Conclusion: Although one third of the patients admitted to a tertiary referral center with the diagnosis of acute pancreatitis fulfill the SIRS criteria, the majority of them have mild pancreatitis in Turkey. Absence of severe acute pancreatitis cases in our series may be attributable to the fact that the severe cases are admitted directly to the intensive care unit bypassing the emergency department.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЦИОНАЛЬНОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

*Ибрагимов С.Х., Шаниева З.А., Аблаева Э.А.,
Ибадов Р.А.*

**Республиканский специализированный центр
хирургии им. акад. В. Вахидова**

В настоящее время интенсивная терапия и хирургическая тактика лечения больных панкреонекрозом остается одним из самых сложных и дискуссионных вопросов неотложной хирургии органов брюшной полости, что обусловлено его широким распространением и крайне высокой летальностью. Основной причиной летальных исходов у наиболее тяжелой категории больных по-прежнему остаются ранние токсемические и поздние септические осложнения деструктивного панкреатита. Диагноз панкреонекроза является абсолютным показанием к назначению антибактериальных препаратов, создающих эффективную бактерицидную концентрацию в зоне патологического очага с широким спектром действия относительно всех этиологически известных и значимых возбудителей.

Цель: оптимизация методов профилактики и мониторинга эффективности антибиотикотерапии у больных с деструктивными формами панкреонекроза.

Материалы и методы: проанализированы результаты обследования и лечения 25 больных с деструктивными формами острого панкреатита, находившихся на лечении в ОРИТ на базе РСЦХ им. акад. В. Вахидова в 2008-2017 гг. Материалом для анализа служило от-

деляемое из дренажей. Использованы традиционные методы выделения и идентификации микроорганизмов, определения их чувствительности к антибиотикам и динамический контроль содержания С-реактивного белка (СРБ).

Результаты: 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%), *Kl. 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 (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 показателях СРБ свыше 70 мг/л проводилась дезэскалационная антибактериальная терапия. Использование метода прогнозирования и определение исходной концентрации СРБ способствовало выделению пациентов группы риска к более целенаправленной антибиотикопрофилактики гнойно-септических осложнений, что позволило существенно снизить частоту последних.

Таким образом, антибиотикопрофилактика и рациональная антибиотикотерапия путем учета прогностических факторов и антибиотикочувствительности ведущих штаммов возбудителей при деструктивных формах панкреатита позволяет существенно снизить частоту гнойно-септических осложнений у данных больных.

ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

*Карабаев Х.К., Нарзуллаев С.И., Мизамов Ф.О.,
Шоназаров И.Ш., Зохидова С.Х.*
**Самаркандский филиал РНЦЭМП,
Самаркандский государственный
медицинский институт**

Острый панкреатит относится к тяжелым заболеваниям желудочно-кишечного тракта, которое среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости по частоте возникновения занимает третье место после острого аппендицита и острого холецистита. В последнее десятилетие отмечается неуклонный рост числа пациентов с острым панкреатитом, особенно деструктивными его формами. Общая летальность при данном заболевании колеблется от 4,5 до 15%, при деструктивных формах со-

ставляет 24-60%, а послеоперационная превышает 70% и не имеет тенденции к снижению (Ермолов А.С. и др., 2011; Савельев В.С. и др., 2012; Каримов Ш.И. и др., 2014).

Цель: выявление причин смертельных исходов при деструктивном панкреатите.

Материал и методы: нами был выполнен ретроспективный анализ причин смерти больных панкреонекрозом, умерших в 2005-2016 гг. в Самаркандском филиале РНЦЭМП. За этот период в хирургическом отделении на лечении находились 2486 больных острым панкреатитом. Оперированы 162 (6,5%) больных с деструктивным панкреатитом.

Результаты: среди оперированных умерли 29 (17,9%), в том числе в сроки до 14 суток от начала заболевания 21 (72,4%) (1-я гр.), спустя 14 суток 8 (27,6%) (2-я гр.).

По клинико-лабораторным данным в 1-й группе недостаточность 3-х систем (дыхательной, ССС, почек) имела место у 19 (90,5%) пациентов, 4 и более систем – у 2 (9,5%). Во 2-й группе все больные имели полиорганную недостаточность (дыхательной системы, ССС, почек, печени, ЖКТ, гемостаза). Пациенты обеих групп получали лечение по стандарту.

Лапароскопия и дренирование брюшной полости в первые сутки была выполнена 15 (71,4%) больным 1-й и 5 (62,5%) – 2-й группы. Оперативные вмешательства в ранние сроки (до 3 сут.) произведены соответственно у 6 (28,5%) и 5 (62,5%) больных. Соответственно у 18 (85,7%) и 7 (87,5%) пациентов диагностирован сепсис с бактериологическим подтверждением.

По данным аутопсии у 29 умерших от панкреонекроза выявлено отложение циркулирующих иммунных комплексов в почке, печени, сердце, плевре, легких, сальнике, брюшине, суставных капсулах. В микропрепарате обнаруживались жировой и клеточный некроз, лейкоцитарная инфильтрация, скопление гнойных масс в просвете крупного выводного протока, внутренний отек, аутолиз долек и соединительнотканых перегородок, деструктивные и дистрофические изменения.

При геморрагическом панкреонекрозе имели место жировой и клеточный некроз, лейкоцитарная и эритроцитарная инфильтрация, деструктивные и дистрофические изменения, аутолиз долек и соединительнотканых перегородок и тотальное или субтотальное геморрагическое пропитывание с резким отеком всей железы.

По данным морфологических исследований, у многих пациентов все ведущие морфологические феномены сосуществуют в одном временном срезе, взаимно влияя друг на друга. Необходимо отметить, что у ряда больных некротический процесс в поджелудочной железе не завершается в течение продолжительного времени, что и определяет различные варианты его течения, развития и купирование осложнений, а также исходы заболевания. Поэтому

у пациентов с разными клинико-морфологическими вариантами течения деструктивного панкреатита требуются совершенно различные подходы к антисекреторной, противовоспалительной, сосудистой, антибактериальной, антиферментной терапии. Стандартные схемы необходимо приспосабливать для каждого пациента.

Таким образом, причиной летального исхода у больных деструктивным панкреатитом является полиорганная недостаточность, что подтверждается морфологическими исследованиями.

ПАТОЛОГИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ

*Карабаев Х.К., Тагаев К.Р., Хакимов Э.А.,
Юнусов О.Т., Саидов Ш.А.*

**Самаркандский филиал РНЦЭМП,
Самаркандский государственный медицинский
институт**

К числу малоизученных вопросов комбустиологии относится течение брюшной патологии, и в частности острого панкреатита (ОП), на фоне ожоговой травмы. Острый панкреатит является одним из самых сложных и тяжелых заболеваний хирургического профиля. В 15-20% наблюдений развитие ОП носит деструктивный характер. Публикации, посвященные изучению характера течения ОП при ожоговой болезни (ОБ), единичны и носят фрагментарный характер.

Цель: улучшение результатов комплексного лечения острого панкреатита у обожженных.

Материал и методы: под нашим наблюдением находились 86 больных с желудочно-кишечным осложнением в возрасте от 2-х месяцев до 80 лет. Это составляет более 10% от общего числа больных, лечившихся от глубоких ожогов (850 больных).

Площадь глубокого ожога у 71 из 86 больных превышала 10% поверхности тела и локализовалась в области передней брюшной стенки (у 42), грудной клетки (у 10), на верхних и нижних конечностях (у 30), лица и шеи (у 4).

С целью диагностики синдрома «острого живота» у всем больным проводились клинико-лабораторные исследования, по показаниям рентгеноскопия грудной и брюшной полости (у 45), в последние годы лапароскопия (у 15), УЗИ печени, желчного пузыря и поджелудочной железы (у 68), гастродуоденоскопия (у 45), компьютерная томография (КТ), которая, являясь «золотым стандартом» в топической диагностике и самым чувствительным методом исследования при остром панкреатите и его осложнениях, дающим разностороннюю информацию о состоянии поджелудочной железы и забрюшинного пространства, позволяет диагностировать жидкостные образования раннего периода заболевания (у 5 больных), панкреатогенные абсцессы (у 2), забрюшинную флегмону (у 1), вовлечение в процесс желче-

выводящих путей, подлежащих сосудистых структур и желудочно-кишечного тракта (у 1).

Результаты: острый деструктивный панкреатит диагностирован у 15 обожженных, это были в основном мужчины, лица наиболее трудоспособного возраста – 13 (86,7%) пациентов.

Клиника при остром панкреатите у обожженных, как правило, начиналась на 5-8-й день после травмы, внезапно с приступов сильных болей в верхней половине живота после еды, рвота, которая особенно часто наблюдалась при панкреонекрозе. У 13 больных отмечалось состояние шока и коллапса, вздутие живота, напряжение мышц передней брюшной стенки, положительные симптомы Воскресенского, Мондора, Турнера, Керте и желтуха. У 5 больных развился левосторонний плеврит, олигурия и амилазурия имели место практически у всех больных.

Консервативное лечение больных проводили по принятой в клинике консервативно-выжидательной методике, которая учитывала патогенетические варианты развития острого панкреатита и включала:

- создание физиологического покоя поджелудочной железе – голод на 3-5 суток с последовательным переходом с полного парентерального питания (кабивен+дипептивен) на зондовое и последующее энтеральное; зондовую аспирацию желудочного сока с параллельной локальной гипотермией; блокаду желудочной секреции (фамотидин или омепразол внутривенно);

- анальгетическую терапию – базисно препараты метамизола; в тяжелых случаях трамадол и продленную эпидуральную анестезию лидокаином;

- блокаду биосинтеза ферментов поджелудочной железы – препараты группы соматостатина в дозе 0,03 г/сут первые 5 суток;

- антицитокиновую терапию – аппротинины и антигистаминные препараты в стандартных дозах;

- неспецифические спазмолитические препараты – неселективные м-холинолитики с целью улучшения оттока панкреатического секрета;

- инфузионную терапию в режиме гемодилуции и форсированного диуреза;

- коррекцию паралитической кишечной непроходимости – зондовая аспирация желудочного сока с параллельным назначением прокинетиков (метоклопрамид, домперидон) и стимуляцией кишечника;

- антибактериальную терапию, которую проводили по рекомендуемому превентивному принципу в следующих комбинациях (цефалоспорины III-IV поколения, метронидазол, фторхинолоны II-III поколения + метронидазол, антибиотики резерва из группы карбопенемов);

- антиоксидантную и иммуномодулирующую терапию – мексидол и пентоглобин в стандартных дозировках.

Умерли 5 (33,3%) больных тотальным панкреонекрозом, с обширными глубокими (35-45% п.т.) ожогами с полиорганной недостаточностью.

Выводы: после применения указанных мероприятий улучшилось самочувствие 10 больных, купировались явления психоза, токсической энцефалопатии, уменьшились одышка, тахикардия, увеличился диурез. Биохимические исследования показывали снижение уровня диастазы, мочевины, креатинина.

СОСТОЯНИЕ ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Карабоев Б.Б., Ходжиматов Г.М., Касимов Н.А., Мамадиев А.М.
Андижанский государственный медицинский институт, Андижанский филиал РНЦЭМП

Установлено, что при остром деструктивном панкреатите происходят системные изменения микроциркуляции как в ткани железы, так и в других органах и системах. Одной из наиболее чувствительных к возникающей гипоксии структур является слизистая оболочка пищеварительного тракта. Известно, что эрозивные поражения слизистой пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки нередко возникают при остром панкреатите, однако неясно, существует ли связь между степенью изменений в указанной зоне и тяжестью острого панкреатита.

Цель: оценка степени изменения слизистой оболочки эзофагогастроудоденальной зоны при различных по тяжести формах острого панкреатита.

Материал и методы: изучены результаты эзофагогастроудоденоскопии у 67 больных острым панкреатитом, поступивших в хирургические отделения Андижанского филиала РНЦЭМП в 2010-2016 гг. По степени тяжести все больные были разделены на 3 группы: 1-я – отечная форма, 2-я – умеренный панкреонекроз, 3-я – тяжелый панкреонекроз.

Результаты: ЭГДС проводилась в течение первых трех суток с момента поступления пациентов в стационар. При отечной форме острого панкреатита эзофагиты выявлены у 7 (28%) из 25 пациентов, гастроэзофагеальный рефлюкс – у 4 (16%), острые эрозивно-язвенные поражения (ОЭЯП) – у 4 (16%), дуоденогастральный рефлюкс – у 3 (12%). При умеренной форме панкреонекроза эзофагиты выявлены у 8 (42,1%) из 19 пациентов, гастроэзофагеальный рефлюкс – у 5 (26, %), ОЭЯП – у 8 (42,1%), дуоденогастральный рефлюкс – у 3 (15,8%). При тяжелой форме панкреонекроза эзофагиты установлены у 14 (60,8%) из 23 больных, гастроэзофагеальный рефлюкс – у 5 (21,7%), ОЭЯП – у 15 (65,2%) дуоденогастральный рефлюкс – у 7 (30,4%). Всего эзофагиты диагностированы у 29 (43,2%) больных, гастроэзофагеальный рефлюкс – у 14 (20,9%), ОЭЯП – у 27 (40,3%), дуоденогастральный рефлюкс – 13 (19,4%). Коэффициент корреляции Спирме-

на при эзофагитах составил 0,9, гастроэзофагеальном рефлюксе – 0,5, при ОЭЯП – 0,9, дуоденогастральном рефлюксе – 0,8.

Выводы: как следует из полученных данных, среди патологических изменений в верхних отделах пищеварительного тракта наиболее часто встречались эзофагиты – у 43,2%, а также острые эрозивно-язвенные поражения слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки – у 40,3%. При этом отмечается прямая корреляционная связь частоты указанных поражений с тяжестью острого панкреатита.

НОВЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ХИРУРГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

*Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Маткулиев У.И.,
Холматов Ш.Т., Имамов А.А., Нормухамедов С.Г.*
Ташкентская медицинская академия

В настоящее время разнообразие клинической картины острого панкреатита (ОП), морфологических изменений в поджелудочной железе (ПЖ), наличие множества причин заболевания привели к путанице в отношении терминов. Несмотря на поиск «общего языка общения», до сих пор существуют определенные разногласия в выборе единой классификации, общепринятой терминологии, что затрудняет возможность адекватного понятия друг друга различными исследователями.

Учитывая описанную ситуацию, мы решили определиться в выборе классификации заболевания и дать объяснения используемым нами терминам.

Классификация ОП. Существует множество классификаций ОП, но не многие из них отвечают современным требованиям диагностической и лечебной программы. Четкая терминология, более точное понятие характера патологического процесса должны способствовать единому пониманию сущности заболевания, унификации подходов и взглядов на тактику лечения.

В настоящее время, как и подавляющее большинство хирургов в разных странах, мы руководствуемся классификацией ОП, предложенной в Атланте (1992). В соответствии с этой классификацией различали:

1. Отечную форму (интерстициальный) панкреатита.
2. Панкреонекроз (стерильный или инфицированный) легкой или тяжелой степени тяжести; ограниченный или распространенный.
3. Острые скопления жидкости (в ткани ПЖ и в парапанкреатической клетчатке).
4. Панкреатическая ложная киста.
5. Панкреатический абсцесс.

Преимуществом данной классификации является то, что она четко позволяет определить тактику лечения – при инфицированном панкреонекрозе показано оперативное лечение, при стерильном – консервативная терапия. Однако представленная классификация не охватывает все многообразие клинических и мор-

фологических признаков, не отражает фазы течения заболевания, что является немаловажной в определении показаний к оперативному лечению при неэффективности консервативной терапии.

В данной ситуации наиболее приемлемой является классификация В.И. Филина (1982), согласно которой различают 4 фазы:

1 фаза – ферментативная (первые 5 сут заболевания). В этот период происходит формирование панкреонекроза, максимальный срок которого составляет трое суток.

2 фаза – реактивная (5-14-й день заболевания), характеризуется реакцией организма на сформировавшиеся очаги некроза, клинической формой которого является перипанкреатический инфильтрат.

В этих двух фазах оперативное вмешательство может выполняться при ферментативном перитоните, наличии деструктивного холецистита, механической желтухе.

3 фаза – расправления и секвестрации (после 14 дней), который может протекать по типу стерильного или инфицированного панкреонекроза. В эту фазу выполняется санация сальниковой сумки (СС) с некрэктомией при инфицированном панкреонекрозе и неэффективности консервативной терапии при стерильном панкреонекрозе.

4 фаза – фаза исходов (выздоровление, формирование кист, стойких свищей, развитие хронического панкреатита и т.д.). В данной фазе выполняются различные виды резекций ПЖ и наложение панкреатико-дигестивных анастомозов.

Много вопросов возникает при определении тактики лечения острого билиарного панкреатита (ОБП), в частности при определении показаний к выполнению рентгеноэндобилиарных вмешательств (РЭВ). На наш взгляд, решение вопроса о показанности РЭВ при ОБП кроется в отсутствии четкой терминологии, указывающей на причину развития данного заболевания. Учитывая этот факт, мы впервые разделили ОБП на две подгруппы: ОБП с нарушением пассажа желчи (холедохолитиаз, стенозирующий папиллит), при котором РЭВ являются неотъемлемым звеном комплексного лечения и ОБП без нарушения пассажа желчи, при котором РЭВ являются противопоказанием. Критерием диагностики ОБП без нарушения пассажа желчи было наличие клиники ОП и желчно-каменной болезни (ЖКБ) при исключении другой причины заболевания.

Проводимые нами в последние годы исследования позволили пересмотреть наши взгляды на понимание морфологических процессов в поджелудочной железе при остром панкреатите и предложить новые подходы в лечении данного заболевания:

1. Мы считаем целесообразным объединение ферментативной и реактивной фазы, так как объем проводимых лечебных мероприятий в обеих фазах идентичный.

2. Согласно классификации В.И. Филина фаза секвестрации наступает после 14 суток. Однако проведенные нами исследования (МСКТ, морфологические исследования) показали, что наиболее ранний срок наступления данной фазы составляет не менее одного месяца, а в большинстве случаев этот момент наступает не раньше чем через два месяца, что обуславливает необходимость пересмотра существующей тактики в лечении панкреонекроза.

3. Согласно классификации Атланта различают инфицированную форму панкреонекроза, который является показанием к хирургическому лечению (санации, некрэксеквестрэктомии). Однако проведенные нами клинические наблюдения и морфологические исследования позволили нам выделить две формы инфицированного панкреонекроза:

А. Инфильтративная форма, когда при проведении микробиологических исследований после тонкоигольной аспирационной биопсии высевается микрофлора, а проводимые гистологические исследования выявляют инфильтрацию тканей без наличия крупных очагов некроза. В этой фазе целесообразно проведение консервативной терапии.

Б. Секвестрированная форма, когда проводимые микробиологические исследования свидетельствуют об инфицировании очага и имеются макроскопические участки некроза. При этой форме необходимо выполнение хирургического вмешательства.

4. При отеке головке поджелудочной железы и наличии билиарной гипертензии необходимо комплекс лечебных мероприятий дополнить наложением чрескожной чреспеченочной холецистостомы.

ФИТОТЕРАПИЯ КАК МАЛОИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕАТИТОВ

Мамурова Н.Н.

Самаркандский государственный медицинский институт

Общеизвестно, что лекарственные средства имеют большое значение в профилактике и лечении заболеваний. В связи с этим руководство Республики Узбекистан уделяет особое внимание развитию фармацевтической промышленности, обеспечению населения и лечебно-профилактических учреждений качественными, высокоэффективными и безопасными лекарственными средствами отечественного производства, применению местных лекарственных растений в фитотерапии заболеваний.

Академии наук Республики Узбекистан, Министерству здравоохранения Республики Узбекистан совместно с Ташкентским фармацевтическим институтом на системной основе предложено предоставлять перечни лекарственных растений для создания промышленных плантаций, исходя из почвенно-климатических условий областей, а также результаты новых научных исследований в области разработки

лекарственных веществ (субстанций) и лекарственных средств на основе использования отечественного лекарственного растительного сырья. Эти лекарственные растения доступны и удобны в приготовлении. Существует масса лекарственных растений, благотворно влияющих на функциональное состояние поджелудочной и способствующих улучшению её деятельности. Траволечение следует рассматривать как дополнительное средство в комплексной медикаментозной терапии, назначенной врачом и совмещаемой также с соблюдением диеты. Лекарственные растения устраняют болезненные ощущения при обострении, снимают отечность и уменьшают воспалительный процесс.

На практике применяются препараты, получаемые из около 240 лекарственных растений.

Части лекарственных растений, которые применяются в фитотерапии:

кора – cortex
 листья – folium
 соцветия – flowers
 плоды – frutis
 корни и корневища – radix and rizoma
 травы – herbae

Применение лекарственных растений в виде:

порошок – pulveris
 настой – infusion
 отвар – decoctae
 настойка – tincturae
 мазь – unguentum

Поджелудочная железа является органом внутренней секреции, продуцирующим инсулин, гликоген и пищеварительный сок. Гликоген представляет собой энергетический запас организма. Он расходуется в случае надобности (например, при интенсивных физических нагрузках). Инсулин играет ключевую роль в метаболизме углеводов, понижая количество глюкозы в крови. Пищеварительный сок участвует в процессе переваривания углеводов, жиров и белков. Сбой в продуцировании поджелудочной железой ферментов и гормонов, а также патологические изменения клеток и тканей органа приводят к развитию ряда болезней, таких как:

- острый и хронический панкреатит;
- диабет;
- онкологические заболевания;
- кисты;
- кистозный фиброз;
- панкреонекроз.

Наиболее распространенным заболеванием является хронический панкреатит. Как проявляется панкреатит? Его характерная особенность – сильная опоясывающая боль. Она начинается в левом подреберье, затем распространяется по верхней половине живота и переходит на спину, особенно сильно отдавая в область поясницы слева. Эти симптомы не наблюдаются ни при какой другой болезни. Боль постоянная, периодически болевые ощущения резко усиливаются, слов-

но обруч обхватывает левую половину туловища от подреберья до поясницы. Нередко возникает многократная рвота, которая не приносит облегчения. Кроме того, учащается пульс, дыхание поверхностное, учащенное, кожа бледнеет.

Фитотерапия может быть использована в лечении больных с неосложненными формами хронического панкреатита или в фазе затухающего обострения. Обычно применяются растения, стимулирующие регенераторную активность тканей, обладающие спазмолитическими и противовоспалительными свойствами. Ввиду частой причинной связи хронического панкреатита с желчнокаменной болезнью диетотерапия и фитотерапия желчнокаменной болезни при хроническом панкреатите имеют принципиальное значение. Нормализует секреторную и моторную функции холедохо-вирсунговой системы и оказывает противовоспалительное действие. На течение заболевания положительно влияют настои лекарственных трав, содержащие вещества, успокаивающего, спазмолитического, болеутоляющего действия; дубильные; способствующие желчеобразованию и желчегонные средства; вещества, обладающие антимикробным действием.

СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ И ОСТРЫХ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ПАНКРЕАТИТОВ

Муслимов Г.Ф., Алиева Г.Р., Бехбудов В.В.

Научный центр хирургии

им. акад. М.А. Топчибашева, Баку, Азербайджан

В последние годы тактика ведения больных острым и острым рецидивирующим панкреатитом претерпела значительные изменения. Оценка степени тяжести течения острого панкреатита является главным фактором, который позволяет прогнозировать особенности и тяжесть клинического течения заболевания, а также определять объем диагностических исследований, принимать решение о необходимости консервативной терапии или хирургического вмешательства. Исходя из современного понимания патогенеза, переход от легкой формы острого панкреатита к тяжелой сопровождается несколькими стадиями: I стадия – повреждение панкреатической ткани, отек, воспаление; II стадия – местные нарушения и ретроперитонеальный отек; III стадия – системные осложнения, гипотензия.

Оптимальным видом лечения в доинфекционной фазе является интенсивная консервативная терапия, а при появлении инфекционных (септических) осложнений – оперативное лечение. Одновременно с диагностикой острого панкреатита необходимо определение тяжести заболевания (тяжелое или нетяжелое). Наиболее важно раннее выявление тяжелого панкреатита, результаты лечения которого во многом зависят от срока его начала. Тактика лечения больных с острым

панкреатитом определяется клинико-морфологической формой заболевания в соответствии с фазой развития воспалительного и некротического процесса и степенью тяжести состояния больного.

Исходная оценка тяжести острого панкреатита подразумевает клиническую дифференциацию отечной формы заболевания от панкреонекроза на основании данных физикального обследования брюшной полости и степени их соответствия имеющимся полиорганным нарушениям. Второй этап углубленной оценки тяжести заболевания строится на анализе определенного комплекса клинико-лабораторных критериев, составляющих структуру интегральных шкал балльной оценки параметров физиологического состояния больного острым панкреатитом, – шкала Ranson (1974) (основанную на клинических параметрах первых 24-48 ч). В программу лабораторных исследований желательнее включать определение в крови амилазы, липазы (чувствительность и специфичность больше, чем амилазы), С-реактивного белка, электролитов и т.д. На сегодняшний день С-реактивный белок считается самым популярным маркерным тестом, синтезируется в гепатоцитах и является реагентом острой фазы. В свою очередь, шкала APACHE II (оценивается первые 24-48 ч) находит все большее клиническое применение благодаря своей точности и высокой прогностической значимости. Значения APACHE II более 6 баллов служат признаком тяжелой формы острого панкреатита (панкреонекроза), а их величина более 13 баллов свидетельствуют о фатальном развитии заболевания.

На третьем этапе детализированная оценка тяжести заболевания основана на определении степени распространенности (ограниченный, распространенный) и характера (стерильный, инфицированный) поражения поджелудочной железы, забрюшинной клетчатки и брюшной полости при панкреонекрозе на основании анализа результатов визуализационных (УЗИ, лапароскопия, КТ, МРТ) и транскутанных (под УЗИ или КТ) методов инструментальной диагностики.

Осложнениями острого и острого рецидивирующего панкреатита являются панкреонекроз, псевдокисты, ответная системная реакция на воспаление, кровотечение.

Основные принципы лечения острого панкреатита направлены на ограничение системных повреждений (снижение панкреатической секреции, блокирование медиаторов воспаления и т.д.), инфекции (антибиотикотерапия), некроза. Тактика хирургического вмешательства определяется в первую очередь глубиной анатомических изменений в самой поджелудочной железе. Последние годы лапароскопическая некрэктомия и дебридемент рассматривается как золотой метод хирургического лечения инфицированного панкреонекроза. Помимо этого, в некоторых случаях стерильного некроза (клиническое ухудшение при

массивных некрозах поджелудочной железы, при развитии полиорганной недостаточности, при отсутствии признаков выздоровления) также имеются показания к хирургическому вмешательству.

Таким образом, современная тактика лечения острых рецидивирующих панкреатитов предусматривает своевременную диагностику степени тяжести патологии с учетом клинических параметров, и использование лапароскопии, которая позволяет избежать необоснованных лапаротомий, обеспечить адекватное дренирование и эффективное лечение. Помимо этого лапароскопическая панкреатэктомия и дэбридемент характеризуются низкой морбидностью и смертностью и являются новым методом хирургического лечения пациентов с тяжелым панкреонекрозом.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Мусоев Т.Я., Аюбов Б.М.
Бухарский филиал РНЦЭМП

Острый панкреатит (ОП) занимает одно из ведущих мест в острой хирургической патологии. У 20% пациентов с ОП развивается панкреонекроз, летальность может достигать 40% и выше. В связи с этим особенно актуальным является вопрос о наиболее эффективном методе хирургического лечения при панкреонекрозе.

Цель: оценка возможностей эндовидеохирургических вмешательств в диагностике и лечении острого деструктивного панкреатита.

Материал и методы: в группу включены 122 пациента с острым деструктивным панкреатитом. Лечение проводилось в Бухарском филиале РНЦЭМП г. Бухары в период 2010-2016 гг.

Результаты: на ранних сроках заболевания основной целью вмешательств являлись санация и дренирование брюшной полости и ограниченных жидкостных скоплений забрюшинного пространства путем эндовидеохирургической и чрескожной пункционно-дренирующей методики как метод хирургической детоксикации. У 38 (31,1%) больных выявлен панкреонекроз.

Стерильный панкреонекроз диагностирован у 20 (52,6%) больных, инфицированный панкреонекроз у 18 (47,4%). Также встречались алиментарный – у 14,5% (18 больных) и посттравматический – у 5,7% (7 больных) панкреатит. У 5 (4,0%) больных выявлено тотальное поражение поджелудочной железы, у 6 (4,9%) – очаговое поражение, у 7 (5,7%) – субтотальное.

Среди осложнений парапанкреатический инфильтрат встречался у 7 (18,4%) больных, ферментативный перитонит у 24 (63,1%), механическая желтуха у 12 (31,5%), флегмона забрюшинной клетчатки у 2 (5,2%).

У 84 из 122 больных консервативное лечение оказалось эффективным, 38 (31,1%) пациентов были оперированы. Малоинвазивные эндовидеохирургические операции с дренированием и санацией брюшной полости, сальниковой сумки, лапароскопической холецистэктомией без перехода на лапаротомию выполнена 18 (47,4%) пациентам. Лапаротомные операции, холецистэктомия, санация и дренирование сальниковой сумки и брюшной полости выполнены 20 (52,6%) больным. Вскрытие сальниковой сумки, некрэктомия, санация, дренирование и тампонирование сальниковой сумки, дренирование брюшной полости, лапаротомия, холецистэктомия, холедохолитотомия, дренирование холедоха по Керу осуществлены у 8 (40,0%) больных. Вскрытие сальниковой сумки, некрэктомия, санация, дренирование и тампонирование сальниковой сумки, дренирование брюшной полости, лапаротомия, холецистостомия произведены у 7 (35,0%) больных. Вскрытие сальниковой сумки, некрэктомия, санация, дренирование и тампонирование сальниковой сумки, дренирование брюшной полости выполнены 5 (25,0%) больным. Осложнения в послеоперационном периоде: экссудативный плеврит – у 9 (7,3%) больных, кровотечение из ЖКТ – у 1 (0,8%), ТЭЛА – у 1 (0,8%), полиорганная недостаточность у 7 (5,7%). У 2 (1,6%) больных с аррозивным профузным кровотечением произведена релапаротомия с остановкой кровотечения. Общая летальность составила 6,5% (8 б-х), послеоперационная летальность – 2,4% (3 б-х).

Выводы: при лечении деструктивного панкреатита предпочтительно использовать малоинвазивные операции, которые оказались эффективными в 88,2% случаев, что способствует благоприятному течению послеоперационного периода и снижает послеоперационную летальность с 33 до 12%.

ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА ВАРИАНТА ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ

*Мусоев Т.Я., Ходжаев К.Ш., Аюбов Б.М.,
Хайдаров Ф.Н., Эгамов У.М.*
Бухарский филиал РНЦЭМП

Отсутствие существенных сдвигов в результатах у больных острым панкреатитом (ОП) тяжелого течения требует дальнейшего совершенствования тактики и способов лечения.

Цель: обоснование возможных вариантов операций у больных острым панкреатитом тяжелого течения в зависимости от стадии заболевания.

Материал и методы: проанализированы результаты лечения 136 пациентов, оперированных по поводу ОП тяжелого течения в 2008-2017 гг. на базе Бухарского филиала РНЦЭМП. В стадии панкреатогенной токсемии оперированы 56 (41,2%) больных, панкреатогенного инфильтрата – 4 (2,9%), гнойных осложнений – 76 (58,9%).

Результаты: в стадии панкреатогенной токсемии показаниями к операции была необходимость дренирования жидкостных панкреатогенных скоплений (ЖПС) в сальниковой сумке, брюшной полости и забрюшинном пространстве. Наблюдение за пациентами показало, что при больших объемах ЖПС лапароскопия и пункционные способы не всегда эффективны, особенно у больных билиарным панкреатитом и панкреатитом после ретроградной холангиопанкреатографии. Хотя при лапаротомии в сроки до 7 суток непосредственные вмешательства на поджелудочной железе не показаны, кроме дренирования сальниковой сумки и брюшной полости для удаления панкреатогенного экссудата возникает необходимость в выполнении холецистэктомии, холедохолитотомии и дренировании холедоха, а также в дренировании забрюшинного пространства в случае распространения по нему панкреатогенного экссудата. При открытых лапаротомиях в сальниковой сумке вдоль поджелудочной железы устанавливали сквозные дренажи, которые выводили в поясничной области справа и слева. Кроме традиционной лапаротомии для дренирования ЖПО, расположенных забрюшинно, применяли способы дренирования забрюшинного пространства внебрюшинными поясничными доступами. После выполнения доступа на уровне подвздошных областей вскрывали брюшину и через образовавшееся отверстие дренировали брюшную полость. Наблюдения за 8 больными показали высокую эффективность такого варианта операции, способствующего их выздоровлению. В стадии панкреатогенной токсемии умер 21 (37,5%) пациент. В стадии панкреатогенного инфильтрата у больных с ОП непосредственное вмешательство на ПЖ проводили путем выполнения некрэктомии на участках с четкой демаркацией зон таковыми в стадии панкреатогенной токсемии. В стадии панкреатогенного инфильтрата умер 1 (25%) больной. В стадии гнойных осложнений недостаточно разработанной остается проблема лечения больных с панкреатогенными флегмонами, распространяющимися по забрюшинному пространству по правому и левому боковым каналам и на брыжейку ободочной кишки (ОК). Летальность при таких осложнениях панкреонекроза (ПН) достигает 100%.

Наше исследование показало, что в ободочной кишке при ПН нарушения являются причиной изменения в моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта, способствуют прогрессированию инфекционных осложнений, интоксикации и развитию сепсиса. Морфофункциональные изменения в ОК приводят к образованию свищей и носят необратимый характер. Из 76 пациентов в стадии гнойных осложнений у 29 (38,2%) были распространенные панкреатические флегмоны забрюшинного пространства и брыжейки ободочной кишки. При таком варианте течения заболевания частичная резекция ободочной кишки с выведением проксимальной колостомы выполнена у 9, из них умерли 8. Всего в стадии гнойных осложнений

умерли 24 (31,5%) больных. Общая летальность у пациентов с ПН составила 33,8%.

Заключение: у пациентов ОП тяжелого течения возможные варианты операций зависят от стадии заболевания и распространенности парапанкреатической флегмоны по забрюшинному пространству. Соблюдение данного принципа способствует улучшению результатов лечения у крайне тяжелого контингента больных острым панкреатитом.

ПРОФИЛАКТИКА ПАНКРЕАТИТА ПРИ СПЛЕНЭКТОМИИ У ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Мустафакулов Г.И.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Известно около 40 оперативных доступов к селезенке, однако универсального до сих пор не существует. Вместе с этим не уменьшается число осложнений, связанных со спленэктомией (СЭ). Одно из наиболее тяжелых осложнений – панкреатит после СЭ, который, по данным литературы, встречается в 17,7% случаев. По данным В.А. Климанского (1993), осложнения после СЭ достигают 20-30% случаев, послеоперационный острый панкреатит встречается с частотой от 0,4 до 5,9%. В ряде случаев это связано с техникой выполнения операции (включая лапароскопические).

Наиболее трудным для хирурга во время спленэктомии является этап мобилизации селезенки, который всегда сопровождается существенной травмой чрезвычайно легкоранимых у больных сосудов стенки желудка и поджелудочной железы. Наложение на ножки селезенки зажимов чревато повреждением хвостовой части поджелудочной железы. Определенные трудности представляют также рассечение брюшинного листка у ворот селезенки и разделение на несколько частей или после рассечения брюшины, отдельное лигирование артерии и перевязка ножки шелком.

Цель: сравнительное изучение эффективности СЭ, произведенной общепринятым и предложенным нами способами.

Материал и методы: были проанализированы истории болезни 253 больных с различными гематологическими заболеваниями в возрасте от 2 до 48 лет, которым была произведена СЭ в хирургическом отделении НИИГиПк. 1-ю группу составил 131 больной, у которого СЭ производилась общепринятым способом, во 2-ю группу включены 122 больных, у которых при СЭ был применен предложенный нами способ.

До операции результаты клинико-лабораторных исследований и состояние больных двух групп не различались. Все операции СЭ проводились верхнесрединным лапаротомическим доступом. Длительность операции в обеих группах – 90 ± 10 мин.

Сущность используемого в нашей клинике способа состояла в обработке связок и элементов ножки

селезенки путем перевязывания и пережатия над лигатурой с последующей перевязкой, сшиванием и рассечением. При этом сосуды и связки перевязываются под прямым углом, что обеспечивает минимальное повреждение хвоста поджелудочной железы, создается надежный гемостаз, сохраняется целостность прилегающих тканей.

Такое осложнение, как повреждение поджелудочной железы во время операции в 1-й группе отмечалось у 35 (26,7%) больных, у 5 (3,8%) развился послеоперационный панкреатит. Во 2-ой группе у 1 (0,8%) больного при разделении была повреждена хвостовая часть поджелудочной железы, которая была расположена и спаяна с воротами селезенки, что в последующем привело к развитию послеоперационного панкреатита. В послеоперационном периоде у больных панкреатитом отмечались болевой синдром, тошнота и рвота с повышением уровня диастазы крови. На УЗИ увеличены размер и толщина поджелудочной железы. После проведенного соответствующего лечения у всех больных получен положительный эффект.

Предложенный способ мобилизации селезенки создает надежный гемостаз, сохраняя целостность прилегающих тканей, и предупреждает повреждение поджелудочной железы, снижая риск развития послеоперационного панкреатита.

Этот способ можно рекомендовать широкому кругу практикующих врачей-хирургов.

ПРОГНОЗ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

*Назирова Ф.Н., Арипова Н.У., Джамалов С.И.,
Исраилов Б.Н., Назиркулов О.М.*
Ташкентская медицинская академия

Острый панкреатит занимает одно из первых мест в списке «острого живота». Механизм развития фазы острого панкреатита весьма сложен. Основное значение в развитии панкреатита имеет процесс самоактивации панкреатических ферментов, вызывающий резкие изменения со стороны как паренхимы и стромы самой ПЖ, так и окружающих её тканей.

Процесс может протекать в виде острого отека поджелудочной железы, её некроза или гнойного расплавления.

Цель: определение тяжести течения острого панкреатита при поступлении больных в стационар на основании доступных клинических и лабораторных показателей.

Материал и методы: изучены клинические и лабораторные показатели 67 больных с диагнозом острый панкреатит. У 13 из них выявлен острый деструктивный панкреатит, остальные 54 пациента имели отечную форму острого панкреатита. Летальность среди пациентов с деструктивными формами составила 23%

(3 б-х). Деструктивный характер панкреатита был доказан ультразвуковым исследованием, либо компьютерной томографией.

Результаты: выявлена зависимость между эпизодами приступов панкреатита и летальностью. Так, летальность при остром панкреатите во время первого приступа составила 10,1%, второго – 4,6%, третьего и последующих – 1,5%. Больные поступали в выходные дни, а также праздничные и в ближайшие после них дни, что характерно как для алкогольного, так и билиарного панкреатита. Больные обращались к врачу в ранние сроки только по причине болевого синдрома и перитонеальных явлений. Из 13 пациентов с деструктивными формами панкреатита в первые сутки поступили 8 человек, продолжительность лечения их в среднем составила 9,6-18,5 дня. Остальные 5 пациентов поступили спустя 24 часа от начала проявления заболевания, продолжительность лечения в данной группе составила 14-24,7 дня. Возраст старше 55 лет является неблагоприятным фактором при остром панкреатите. Так, средний возраст умерших больных с деструктивным панкреатитом составил 53,8 года. Ожирение также является неблагоприятным фактором (у 7 из 18 больных с ожирением развился деструктивный панкреатит). Высокий лейкоцитоз, гипергликемия, гиперкальцемиа, лимфоцитопения, а также гемоконцентрация являются маркерами тяжести течения панкреатита. Выявление пальпируемого инфильтрата либо напряжение передней брюшной стенки в проекции поджелудочной железы являются признаками тяжелого течения острого панкреатита. Данный признак отмечался у 71% больных с деструктивным и у 24% – с отечной формой панкреатита. Пневматоз кишечника либо высокое стояние купола диафрагмы при обзорной рентгенографии является еще одним прогностическим признаком. Они (один либо два) были выявлены у 60% больных панкреонекрозом и у 12% больных с легким течением панкреатита. Легочные осложнения имели место у 7 больных с деструктивным панкреатитом, 2 из которых умерли. В группе с отечной формой панкреатита легочных осложнений не выявлено.

Мы предлагаем следующие критерии полиорганной недостаточности. Сердечно-сосудистая система: среднее АД <50 мм рт. ст.; необходимость применения вазопрессоров. Дыхательная система: тахипноэ >ЧДД 20 в минуту; снижение насыщения кислородом артериальной крови <90%; парциальное давление кислорода (PaO₂) <60 мм рт. ст.; необходимость искусственной вентиляции легких. Выделительная система: клиренс креатинина 150 мкмоль/л; необходимость гемофильтрации/диализа после регидратации.

Таким образом, учет предложенных критериев дает возможность у 87% пациентов установить точный диагноз, что обеспечивает своевременность и адекватность лечения.

СТАНДАРТИЗАЦИЯ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ТЯЖЁЛОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Назыров Ф.Г., Ибадов Р.А., Ибрагимов С.Х.
Республиканский специализированный центр
хирургии им. акад. В. Вахидова

По определению Международной классификации Атланта-1992 третьего пересмотра (O12) «Острый панкреатит» (ОП) является четко выраженным фазным заболеванием поджелудочной железы (ПЖ), возникающим в результате аутолиза тканей ПЖ липолитическими и активированными протеолитическими ферментами, с широким спектром изменений – от отека до очагового или обширного геморрагического некроза. Летальность при деструктивном тяжелом остром панкреатите (ТОП) в разных клиниках мира составляет 20-30% и выше, а динамичность фаз может развиваться непредсказуемо быстро, с риском некроза ПЖ через 3-6 часов от начала заболевания.

Материал и методы: под наблюдением в динамике лечения были 25 пациентов с ТОП (по шкале Ranson более 4 баллов), находившихся в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) РСЦХ им. акад. В. Вахидова в 2008-2016 гг. 14 больных получали консервативное лечение, у 11 пациентов консервативная терапия была дополнена оперативным вмешательством. Стратегические направления интенсивной терапии тяжёлого деструктивного панкреатита заключались в динамической объективной оценке тяжести состояния больных с визуализацией масштаба и характера поражения ПЖ и брюшинной клетчатки (УЗИ, КТ, лапароскопия):

– стартовая оценка тяжести (по шкалам Ranson, APACHE II, Balthazar),

– динамическая оценка тяжести (APACHE II и SOFA, Balthazar).

Интенсивная терапия проводилась с идентификацией инфицирования (микробиологические исследования, определение концентрации прокальцитонина).

Результаты: интенсивная терапия применялась по следующей схеме:

патогенетическая фармакотерапия ОП (подавление секреции ПЖ: ингибиторы протеаз, ингибиторы протонной помпы);

мультимодальное обезболивание (эпидуральная аналгезия в режиме регулируемой инфузии +НПВП +наркотические анальгетики + амантадин);

антибактериальная терапия (цефалоспорины + фторхинолоны IV поколения в сочетании с метронидозолом, продолжение карбопенемы + пиперациллин с тазобактамом);

стратегия применения ИВЛ. При дыхательной недостаточности – перевод больного предпочтительно на пролонгированную искусственную вентиляцию легких и экстубация согласно протоколу DAS (2012);

нутритивная поддержка (парентеральное питание согласно индивидуальному расчёту калоража и реко-

мендациям ESPEN. Восполнение объема жидкости и нормализация белково-электролитного баланса (введение солевых растворов (40-60 мл/кг) раствора глюкозы с инсулином, коллоидных растворов гидроэтилкрахмала, альбумина);

купирование эндотоксикоза и профилактика ПОН медикаментозными средствами (экстракорпоральные методы: плазмаферез и гемодиализ). Органную недостаточность считали персистирующей, если признаки недостаточности у пациента зафиксированы хотя бы раз в течение двух последовательных дней (шкала Маршалла – MODS);

иммуностимуляция (пентаглобин в/в, первые 100 мл 0,4 мл/кг массы тела/ч, после этого непрерывно — 0,2 мл/кг массы тела/ч до достижения 15 мл/кг массы тела в течение 72 ч).

В группе больных, получавших консервативную терапию, отмечалось ускорение прогресса в динамике лечения. Предпочтения консервативной терапии определяют летальность, только в 1 случае по причине фульминантной формы ТОП против 50% (3 случая) у больных после оперативного вмешательства.

Выводы: в основе организации помощи пациентам с острым деструктивным панкреатитом лежит концептуальное единство действий анестезиолога-реаниматолога и хирурга, базирующееся на основе предпочтения консервативной терапии в стадии асептического некроза поджелудочной железы в условиях отделения интенсивной терапии.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ПРОТОКА ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТО-ПЛЕВРАЛЬНОМ СВИЩЕ

Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Струсский Л.П., Сайдазимов Е.М., Хакимов Ю.У.

АО «Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В. Вахидова»

Повреждения поджелудочной железы могут осложняться наружным или внутренним панкреатическим свищом, что является важной предпосылкой для поиска новых методов диагностики и лечения травм, свищей поджелудочной железы. Мы провели успешное лечение посттравматического внутреннего панкреато-плеврального свища, осложненного пневмонией, при котором был использован миниинвазивный метод ликвидации свища. Наблюдаемый случай доказывает, что появление эндоскопических технологий открывает альтернативный способ решения проблемы внутренних панкреатических свищей.

Больной Р., поступил 03.01.2015 г. в экстренном порядке в приемное отделение РСЦХ им. акад. В. Вахи-

дова. Жалобы при поступлении на приступообразные боли в эпигастральной области и левой половине живота, на постоянный кашель с выделением слизистой мокроты, выраженную одышку при незначительной физической нагрузке, общую слабость, быструю утомляемость. Болеет с ноября 2014 г., когда попал в ДТП, получил тупую травму живота. Во время операции диагностировано повреждение печени и поджелудочной железы. В раннем послеоперационном периоде была выполнена пункция плевральной полости слева, эвакуировано около 100 мл панкреатического сока. Выписан на амбулаторное наблюдение в удовлетворительном состоянии, однако через месяц больного стали беспокоить приступообразные боли в эпигастральной области опоясывающего характера. Приступы стали ежедневными, частично купировались самостоятельным приемом спазмолитиков. В последующем присоединились одышка при незначительной физической нагрузке и приступообразный кашель с выделением слизистой мокроты. Обследование: биохимический анализ крови: диастаза – 340 Ед/л. Рентгеноскопия грудной клетки: очаговая пневмония слева. Гидроторакс слева. На МСКТ органов грудной клетки: признаки обширного участка инфильтрации и деструкции нижней доли левого легкого, связанного через дефект диафрагмы с забрюшинным пространством слева (вирсунгово-плевральный свищ). Множественные очаги и участки инфильтрации легочной ткани обоих легких. На МРТ органов брюшной полости: признаки наличия дефекта тела поджелудочной железы, с образованием вирсунгово-плеврального свища слева. Несмотря на проведенную консервативную терапию положительной динамики не отмечается, сохраняются боли в эпигастральной области, уровень диастазы в крови с повышением до 500 ед/л. Больному выполнена эндоскопическая ретроградная вирсунгография. В дистальный отдел вирсунгового протока установлен панкреатикодуоденальный «потерянный» дренаж длиной 5 см с расположением дистальной части 1,5 см дренажа в просвете двенадцатиперстной кишки. После манипуляции отмечается положительная динамика, боли купировались, нормализовался сон, отмечается резкое уменьшение приступов кашля. Через двое суток после ЭРПГ и проведения комплексной консервативной терапии больному выполнена рентгеноскопия грудной клетки, на которой обнаружено разрешение признаков пневмонии. В анализах отмечается значительное снижение уровня диастазы в крови.

Таким образом, на сегодняшний день развитие эндоскопических технологий позволило прийти к альтернативным способам решения проблемы внутренних панкреатических свищей. Миниинвазивность технологий в сочетании с радикальностью позволит значительно улучшить результаты лечения больных с подобной патологией.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

*Нарзуллаев С.И., Карабаев Х.К., Марданов В.Н.,
Эшмирзаев Б.М., Амонов Х.Р.*
Самаркандский филиал РНЦЭМП,
Самаркандский государственный
медицинский институт

Острый деструктивный панкреатит (ОДП) остаётся одной из самых актуальных проблем urgentной хирургии (Горский В.А. и др., 2009). Заболеваемость ОДП за последние 10 лет не снижается. Больные острым панкреатитом составляют 5-10% от общего числа пациентов хирургического профиля. В 15-20% случаев острый панкреатит носит деструктивный характер. При панкреонекрозе у 40-70% больных происходит инфицирование очагов некротической деструкции. Инфекционные осложнения составляют 80% причин смерти больных деструктивным панкреатитом. Послеоперационная летальность без дифференциации ее клинических форм достигает 23-26%. Среди причин высокой летальности одно из ведущих мест занимает поздняя диагностика разнообразных осложнений, неадекватный выбор хирургических методов лечения (Савельев В.С. и др., 2007; Хаджибаев А.М. и др., 2014).

Цель: оценка результатов диагностики и лечения острого деструктивного панкреатита.

Материал и методы: проанализированы результаты клинического обследования и лечения 162 больных ОДП, находившихся в СФ РНЦЭМП в 2005-2016 гг. Мужчины составили 53,8%, женщины 46,2%. Больных старше 60 лет было 53,8%. Более половины больных поступили в поздние сроки заболевания. У 55% больных при направлении в стационар был выставлен неправильный диагноз. Среди больных панкреонекрозом у 87,7% был инфицированный панкреонекроз, у 10,0% жировой панкреонекроз, у 2,3% геморрагический. При поступлении всем пациентам выполнялись ЭГДФС, УЗИ, КТ.

Результаты: с целью применения диагностического поиска было отобрано 56 диагностических признаков (клинических, лабораторных, инструментальных), которые регистрировали на 3-4 неделе острого деструктивного панкреатита у 162 пациентов.

1. Клинические признаки: гектическая лихорадка с ознобом – у 142 больных, ЧСС в 1 мин более 100 уд. – у 142, ожирение – у 64.

2. Лабораторные признаки: количество лейкоцитов более $14 \times 10^9/\text{л}$ – у 99, количество лейкоцитов менее $1,2 \times 10^9/\text{л}$ – у 47, уровень общего белка крови менее 60 г/л – у 108, уровень глюкозы крови не более 8 ммоль/л – у 109, уровень С-реактивного белка более 200 нг/мл – у 101, уровень прокальцитонина крови более 2 нг/мл – у 150, уровень амилазы более 512 ед. – у 141.

3. Инструментальные признаки: размер параколярных скоплений жидкости в наименьшем измерении более 5 см – у 101, наличие пузырьков газа в пораженной забрюшинной клетчатке есть – у 140, наличие лейкоцитов, обнаруженных в аспирате при тонкоигльной пункции более 20 в поле зрения – у 105, положительный результат посева аспирата, полученного при выполнении тонкоигльной пункции флоры есть – у 107, плотность жидкостных скоплений (парапанкреальных, ретроколярных, параколярных) выше 20 – у 109.

Эти признаки были положительными у 96,7% больных с ОДП.

Главными целями консервативной терапии острого панкреатита, по нашим данным, являются: голод (3-7 сут), инфузионная терапия, подавление секреции поджелудочной железы (в/в контролок и H2-блокаторы), назогастральный зонд при рвоте и/или парезе кишечника, адекватное обезболивание, антибактериальная профилактика и терапия (меропенем, цефепим+метронидазол и др.)

Во всех случаях ОДП за исключением некротического инфицированного операция заключалась в лапароскопической оментобурсоскопии, санации брюшной полости, раздельном дренировании сальниковой сумки и брюшной полости. В случаях некротического панкреонекроза проводилась лапароскопическая санация брюшной полости и лапаротомия.

Операция начинается с диагностической лапароскопии, определяется вид панкреонекроза, уточненный оментобурсоскопией. Во всех случаях панкреонекроза за исключением некротического инфицированного операция заключалась в лапароскопической оментобурсоскопии, санации брюшной полости, раздельном дренировании сальниковой сумки и брюшной полости. При необходимости проведения марсупиализации поджелудочной железы проводилась коррекция из минидоступа после лапароскопической санации. В случаях некротического панкреонекроза осуществлялась лапароскопическая санация брюшной полости и лапаротомия. Наложение холецистостомы проводилось пациентам с напряженным желчным пузырем и с явлениями механической желтухи. Средняя продолжительность лечения больных в стационаре при лапароскопическом лечении составила 12,5, при коррекции из минидоступа 17,4, при комбинации лапароскопической санации и лапаротомии 19,5 к/д. Умерли 29 (17,9%) больных от гнойно-септических осложнений, сопровождающихся полиорганной недостаточностью.

Таким образом, разработанный алгоритм диагностики и лечения позволил оптимизировать тактику консервативного и оперативного лечения острого деструктивного панкреатита.

МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ТЯЖЕЛОГО ПАНКРЕАТИТА

Новиков С.В., Роголь М.Л., Кузьмин А.М., Иванов П.А.
ГБУЗ «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского» ДЗМ, Москва, Россия

Острый панкреатит (ОП) в регионах России в последнее десятилетие регулярно выходит на первое место в структуре острых хирургических заболеваний органов брюшной полости (Москва, Ставропольский край). Смертность от тяжелого ОП сравнима со смертностью от ДТП. Инфицирование панкреатического/парапанкреатического некроза (ПН) и органная недостаточность являются основными детерминантами смертности при тяжелом ОП. Применение минимально инвазивных средств хирургического лечения ПН обосновано, но требует проведения корректных исследований сравнимых когорт пациентов в условиях одного или нескольких медицинских центров. Анализ результатов затруднен различием терминологии и оценки тяжести ОП в разных центрах и странах, несмотря на приверженность градации тяжести по Revised Atlanta Classification (2013). Чрескожные/чреспросветные вмешательства при ПН часто относят к нехирургическим методам лечения (nonoperative drainage/nonsurgical treatment) или именуют хирургическими минимально инвазивными, но относят к ним широкий спектр вмешательств – от лапаротомии с дренированием, исключаящим релапаротомии, до чрескожного дренирования под ультразвуком (УЗИ) и новокаиновых блокад пара-нефрия.

Цель: улучшение результатов лечения больных ПН путем применения минимально инвазивных хирургических методов.

Материал и методы: в отделении острых хирургических заболеваний печени и поджелудочной железы минимально инвазивные методы лечения отнесены к хирургическим и включают исключительно нелапаротомные (нелюмботомные) вмешательства под интраскопическим контролем (УЗИ, рентген, эндоскопия). В 2011-2016 гг. на лечении находились 320 пациентов с ПН. Лечение начинали с комплекса интенсивной терапии и минимально инвазивных методов в различной комбинации и последовательности. По специальным показаниям выполнялись лапаротомии/люмботомии. Доминирующим лечебный алгоритм до 2013 г.:

«интенсивная терапия, минимально инвазивные методы, лапаротомия».

Результаты: с 2013 г. пациентам с инфицированным неотграниченным ПН лапаротомии и люмботомии для санации и секвестрэктомии не применяются. Во все фазы развития ОП применяется комплекс минимально инвазивных интраскопических методов диагностики и лечения с разными задачами по следующим показани-

ям: 1) эндоскопическая ретроградная литоэкстракция при билиарной обструкции, холангите, механической желтухе (возможно с папиллотомией, стентированием/наружным дренированием протоков); 2) чрескожная микрохолецистостомия под УЗИ при деструктивном холецистите; 3) лапароскопия диагностическая: перитонит неясной этиологии; диагностика острых хирургических заболеваний (перфорация полого органа, некроз кишечника и пр.) на фоне ОП; 4) чрескожное дренирование под УЗИ тонкими трубками (3-5 мм): скопления панкреатического секрета при выявленном или предполагаемом повреждении панкреатического протока; инфицированные жидкостные скопления/некрозы; скопления жидкости забрюшинно толще 5 см для уменьшения эндогенной интоксикации при ее нарастании; свободная жидкость в брюшной полости при инфицированном некрозе; 5) замена тонких трубок на больший диаметр (до 2 см) под рентгенконтролем для секвестрэктомии при инфицированном некрозе; 6) коррекция трубок под рентгеноконтролем по отношению к свищам полых органов и недренируемым забрюшинным полостям; 7) чресфистульная секвестрэктомия (вакуумная, инструментальная, эндоскопическая); 8) чреспросветное эндоскопическое дренирование несформированной псевдокисты. Смертность пациентов с ПН составила 13%. Всего оперированы 43% с летальностью 18%.

Выводы: 1. Комплекс минимально инвазивных интраскопических методов диагностики и лечения тяжелого ОП, стерильного и инфицированного ПН (отграниченного и неотграниченного) является самостоятельным хирургическим методом лечения. 2. Лапаротомия при ПН может применяться исключительно с целью ликвидации кровотечения, острой кишечной непроходимости, перфорации полого органа в свободную брюшную полость, разлитого гнойного перитонита.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАНКРЕОНЕКРОЗА В УСЛОВИЯХ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНЫ

*Норкузиев Ф.Н., Нишанов Х.Т., Субханкулов Р.И.,
Норкузиев Н.У., Таджибаев М.П., Нахалбоев Р.Т.
Джизакский филиал РНЦЭМП*

В течение последних 50 лет заболеваемость панкреатитом неуклонно возрастает и не имеет тенденции к уменьшению. Несмотря на успехи многокомпонентной консервативной терапии и хирургических методов лечения панкреонекроза, летальность составляет до 20-30%, а при панкреатогенном сепсисе и полиорганной недостаточности достигает 70-80%.

Главными факторами риска при панкреонекрозе являются объем некроза железы, тяжесть ферментативного эндотоксикоза, степень внутрибрюшной гипертензии, изменение местонахождения микробов из кишечника в портальную венозную систему на фоне гиперферментемии.

Инфицирование зоны некроза и его осложнения являются самой частой причиной летальных исходов у 80% больных. Вместе с тем в настоящее время нет рациональной тактики ведения пациентов с панкреонекрозом, диагностика и лечение панкреонекроза остается актуальной проблемой.

Цель: ретроспективному анализу подвергнуты результаты лечения больных острым панкреатитом и панкреонекрозом, которые находились в хирургических отделениях

Материал и методы: в хирургических отделениях Джизакского филиала РНЦЭМП в 2014-2016 гг. на лечении находились 248 больных острым панкреатитом и панкреонекрозом различной степени и тяжести. Возраст больных – от 24 до 80 лет, мужчин было 187 (75,5%), женщин 61 (24,5%). Тяжесть состояния определяли после поступления при обследовании больных. Тактика ведения больных зависела от стадии острого панкреатита поступили в фазе ферментативной токсемии – в первые трое суток от начала заболевания, при панкреонекрозе практически все пациенты были с гнойно-септическими осложнениями, которые обратились в сроки до 2-х недель с момента заболевания.

Причинами возникновения заболевания явились злоупотребление алкоголем, погрешности диеты и патология желчевыводящих путей. Диагноз установили на основании жалоб на боли в животе с иррадиацией или без нее, вздутие живота, лабораторных данных и результатов комплексного инструментального обследования (УЗИ, ЭГДС). С 2015 г., т.е. последние 2 года, больных с диагнозом «панкреонекроз» сразу госпитализируем в реанимационное отделение, устанавливаем эпидуральную катетеризацию для обезболивания, при необходимости проводим диагностические наблюдения УЗИ и КТ брюшной полости и начинаем адекватную инфузионную терапию, установление назогастрального зонда для раннего энтерального лаважа и энтеросорбции.

Результаты: из 248 больных, после неэффективной консервативной терапии прооперированы 26 (10,4%) пациентов с диагнозом панкреонекроза. 7 (26,9%) из них выполнена видеолапароскопия, санация брюшной полости с дренированием сальниковой сумки на фоне комплекса интенсивной терапии. В результате проведенных мероприятий отмечалось уменьшение интоксикации и быстрое улучшение общего состояния больных. У 19 (73,0%) пациентов на операции выявлен геморрагический панкреонекроз. Им проведена типичная лапаротомия с адекватной санацией брюшной полости с дренированием сальниковой сумки брюшной полости, при наличии флегмоны дренировали забрюшинную клетчатку.

Из 19 пациентов, которым лапаротомии проведены как первичное вмешательство, 4 выполнена повторная операция – релапаротомия, «вскрытие и дренирование очагов деструкции, люмботомия, оментобурсостомия». Послеоперационная леталь-

ность среди оперированных пациентов 15,3% (4 пациента). Причиной летальных исходов была полиорганная недостаточность (2 пациента) и сопутствующие заболевания (2): жировая дистрофия печени и сахарный диабет.

В послеоперационном периоде следили за лейкоцитарным индексом интоксикации, проводили в динамике УЗИ, КТ брюшной полости. Особое внимание обращали на разрешение пареза кишечника, так как парез кишечника и внутрибрюшная гипертензия всегда присутствует при панкреонекрозе.

В заключение следует отметить, что при наличии соответствующих условий больным острым панкреатитом желательнее проводить лапароскопическую санацию брюшной полости и лапароскопическое дренирование сальниковой сумки. Если установлен явный диагноз панкреонекроза с явлением парапанкреатита с развитием забрюшинной флегмоны, необходимо прибегать к широкой лапаротомии. Больным панкреонекрозом необходимо проводить лечение в условиях реанимационного отделения с эпидуральной катетеризацией.

МЕТОДИКА ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Ризаев К.С., Алтыев Б.К., Баймурадов Ш.Э.
Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи

Оптимизация тактики лечения больных острым панкреатитом (ОП) остается одной из труднейших задач современной хирургии. И если частота неэффективного лечения отечной формы ОП незначительна, то деструктивные формы остаются одной из самых сложных проблем. Проведенные нами исследования наглядно продемонстрировали высокую диагностическую ценность различных клинико-лабораторных анализов и интегральных шкал в оценке тяжести патологического процесса как в локальном значении, так и в плане системных осложнений. Наблюдаемые нами пациенты были разделены на две группы.

В 1-ю группу включены 628 больных ОП, находившихся на лечении в 2001-2006 гг., в диагностике которых не применялись доступные на современном этапе методы исследования, а тактика лечения основывалась на стандартных клинико-инструментальных данных. 2-ю группу составили 2602 больных с ОП, получавших лечение в 2007-2014 гг., когда в комплексное обследование были внедрены современные методы оценки тяжести патологического процесса, в частности интегральные системы (APACHE II, Ranson), серологические маркеры оценки тяжести процесса (PCT, СРБ), методики оценки тяжести ОП по данным КТ (Balthazar) и лапароскопии. В свою очередь оценка тяжести по критериям Ranson оказалась возможной в среднем у 599 (62,1%) из 965 пациентов,

в РНЦЭМП – у 255 (82%) из 311 и его филиалах – у 344 (52,6%) из 654. Для упрощения работы по оценке тяжести больных с ОП мы разработали компьютерную программу балльной оценки тяжести течения ОП. В основу программы положена многопараметрическая балльная оценка тяжести течения острого деструктивного панкреатита. Программа предназначена для быстрой оценки тяжести течения и прогнозирования летального исхода при остром панкреатите в условиях экстренной хирургии. В основу программы положены критерии системы Ranson. Следующим параметром для выработки оптимальной тактики лечения больных ОП является показатель прокальцитонинный тест (PCT) или С-реактивный белок (СРБ). Проведенные исследования показали, что PCT является высокоинформативным методом оценки тяжести течения и инфицированности процесса. Сравнительный анализ эффективности диагностических мероприятий показал, что в 1-й группе тяжесть ОП была установлена правильно у 437 (79,3%) больных, в свою очередь недооценка состояния была допущена у 114 (20,7%). Во 2-й группе эти показатели составили соответственно 2344 (90,1%) и 258 (9,9%). Если показатель гипердиагностики тяжести ОП и его осложнений в группах оказался фактически одинаковым (соответственно 7,8 и 7,6%), то наиболее принципиальное значение имела недооценка тяжести состояния, выявленная у 20,8% больных 1-й и у 11,7% – 2-й группы. В целом адекватная верификация произведена у 78,3% больных 1-й и у 89,1% – 2-й группы. Следует отметить, что по всем основным сопоставительным параметрам получена достоверная ($p < 0,05$) разница в качестве первичной верификации тяжести ОП.

Таким образом, комплексная верификация тяжести течения острого панкреатита и его осложнений по интегральным шкалам и специфическим серологическим маркерам позволяет повысить диагностическую эффективность дифференциации различных форм заболевания.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ПАНКРЕАТИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ

Ризаев К.С., Баймурадов Ш.Э.
Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи

В выборе оптимальной тактики лечения острого панкреатита большое значение имеет оценка степени поражения поджелудочной железы и окружающих ее тканей. Наиболее информативным методом исследования является лапароскопия.

В 2011-2014 гг. в РНЦЭМП с диагнозом острый панкреатит госпитализирован 1321 больной. Консервативное лечение получали 902 (68,3%) больных, оперированы 409 (31,7%) пациентов, из них лапа-

роскопическим способом 113 (27,6%). У 8 (6,2%) обследованных выявлена отечная форма, у 64 (56,6%) пациентов верифицирован жировой очаговый панкреонекроз, у 42 (37,1%) геморрагический панкреонекроз.

Большое значение в определении тактики лечения больных острым панкреатитом (ОП) отводится степени распространенности процесса, наличию и тяжести внеорганных осложнений как системных, так и парапанкреатических, клетчаточных и внутрибрюшных. Очаговое поражение диагностировано у 29 (25,6%) больных, субтотальное поражение – у 61 (53,9%), тотальное поражение у 23 (20,3%). По распространенности перитонита при деструктивной форме течения больные распределились следующим образом: местный перитонит (жидкость в сальниковой сумке) – у 10 (8,8%) пациентов; диффузный перитонит – у 47 (41,5%); разлитой перитонит – у 15 (13,3%); всего доля этого осложнения составила 63,7% (72 пациентов), без перитонита на фоне деструктивного панкреатита лечение получал 41 (36,3%) больной.

Произведены следующие лапароскопические вмешательства: лапароскопическая санация сальниковой сумки с дренированием брюшной полости – у 15 (13,3%); лапароскопическая холецистэктомия, санация, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости – у 45 (39,8%); лапароскопическая холецистэктомия, дренирование холедоха по Пиковскому, санация, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости – у 53 (46,9%).

По поводу продолжающегося панкреонекроза после лапароскопических вмешательств повторно оперированы лапаротомным доступом 7 (6,2%) больных. Из 113 оперированных лапароскопическим способом больных умерли 3 (2,6%).

Таким образом, лапароскопические вмешательства имеют большие преимущества даже при наличии множественных жидкостных образований в забрюшинном пространстве и брюшной полости. В то же время мы считаем ошибочно преувеличивать значимость лапароскопических операций в качестве основного метода лечения больных панкреонекрозом. Для достижения положительного результата лечения в случае их неэффективности следует своевременно переходить к традиционному вмешательству.

БИЛИАРНЫЙ ПАНКРЕАТИТ, РАЗВИВШИЙСЯ ПОСЛЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Ризаев К.С., Хашимов М.А., Баймурадов Ш.Э.
**Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи**

Внедрение малоинвазивных хирургических способов, в том числе и эндоскопических (эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография – ЭРПХГ и эндоскопическая папиллосфинктеротомия – ЭПСТ), в билиарную хирургию вполне объяснимо. Высокая эф-

фективность, минимальная травматичность, косметический эффект делают их привлекательными как для пациентов, так и для практикующих хирургов. Однако достаточно высокий процент осложнений после ЭПСТ в ближайшем послеоперационном периоде, говорит об актуальности данной проблемы. После ЭПСТ, произведенной даже в условиях специализированных клиник, частота осложнений составляет 7,5-10,6%, а летальность достигает 1,5-2,0%. Одним из опасных осложнений является острый панкреатит, который после ЭПСТ наблюдается у 1,3-4% больных. В качестве основных причин развития панкреатита после ЭПСТ рассматриваются механическая и коагуляционная травма дистальной части панкреатического протока вследствие грубых манипуляций при канюляции, длительное воздействие коагуляционного тока на ткани большого дуоденального сосочка, а также осмотическая и гидродинамическая травма ацинусов поджелудочной железы.

Нами в период с 2007 по 2015 гг. выполнено 4162 эндоскопических папиллосфинктеротомий. В большинстве случаев – 3870 (92,9%) – ЭПСТ производилась по поводу осложненной желчнокаменной болезни, причем большинство – это больные с механической желтухой – 3541 (85,1%). В 53 (1,3%) случаях ЭПСТ осложнилась развитием острого панкреатита и панкреонекроза. Острый билиарный отечный панкреатит, который разрешился после проведения консервативного лечения, наблюдался у 35 (0,8%) больных. У 18 (0,4%) больных развилась клиника деструктивного панкреатита, верифицированного с помощью лабораторных исследований, а также УЗИ и МСКТ поджелудочной железы. Всем больным была произведена лапаротомия, при которой у 10 выявлен жировой панкреонекроз, у 8 тотальный геморрагический панкреонекроз. У всех 18 пациентов объем операции включал холецистэктомию и дренирование холедоха по Пиковскому, вскрытие и дренирование сальниковой сумки. В 3 случаях была выполнена релапаротомия, некрсеквестрэктомия с редренированием сальниковой сумки, редренированием брюшной полости. В 6 случаях отмечался летальный исход, причиной которого явилась полиорганная недостаточность, нарастание эндотоксикоза.

Таким образом, основной причиной развития панкреатита после эндоскопических вмешательств является контрастирование вирсунгова протока под давлением и вследствие этого быстрое и стойкое развитие панкреатической гипертензии, что приводит к забросу контрастного вещества в панкреатический проток. Однако развитие панкреатита и панкреонекроза после ЭРПХГ и ЭПСТ при холедохолитиазе не может служить противопоказанием к их выполнению, а напротив, в подавляющем большинстве случаев они устраняют имеющуюся гипертензию в желчных и панкреатических протоках.

НЕОТЛОЖНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ТЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

*Рогаль М.Л., Ермолов А.С., Шляховский И.А.,
Миронов А.В., Новиков С.В., Кузьмин А.М.*

ГБУЗ «Московский городской научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского» ДЗМ, Москва, Россия

В последнее десятилетие в России распространенность хронического панкреатита (ХП) среди взрослых достигла 27-50 случаев на 100 тыс. населения. Выбор метода хирургического лечения ХП остается актуальной проблемой и стабильно привлекает внимание хирургов.

Цель: улучшение результатов лечения ХП осложненного течения, путем дифференцированного применения различных инвазивных вмешательств.

Материал и методы: в период с 2012 по 2017 гг. на лечении находились 370 пациентов с диагнозом «хронический панкреатит в стадии обострения». Консервативное лечение (инфузионная терапия, спазмолитики и анальгетические средства, заместительная ферментная и антибактериальная терапия, аналоги соматостатина) позволило добиться регресса воспалительного процесса у 291 (78,6%) пациента. У 79 (21,4%) больных имело место осложненное течение ХП: компрессия интрапанкреатического отдела холедоха с развитием механической желтухи (МЖ), панкреатическая протоковая гипертензия (ППГ), сдавление выходного отдела желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), псевдокисты поджелудочной железы (ПКПЖ) и парапанкреатические абсцессы (ПА), кровоизлияния в полость кист. Применены различные инвазивные методики лечения. В зависимости от вида инвазивного вмешательства пациенты были разделены на 3 группы. В 1-ю группу включены 34 (43,0%) больных, у которых применялись эндоскопические методы лечения: стентирование общего желчного протока (ОЖП) – у 8, стентирование главного панкреатического протока (ГПП) – у 7, эндоскопическая цистогастростомия (ЭЦГС) – у 5, эндоскопическая дуоденостомия (ЭДС) – у 2, удаление стента из ГПП – у 5, стентирование ГПП в сочетании с одномоментно выполненной эндоскопической папиллосфинктеротомией и стентированием холедоха – у 6. Во 2-ю группу включены 26 (32,9%) пациентов, которым выполнены чрескожные пункционно-дренирующие вмешательства (ЧПДВ) под УЗ- и Rg-наведением: пункция жидкостных скоплений (ЖС) в области головки и тела поджелудочной железы (ПЖ) – у 8, чрескожная чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС) – у 1, дренирование ПКПЖ – у 8, чрескожное трансгастральное дренирование ПКПЖ – у 2, редренирование ПКПЖ – у 4, замена дренажных трубок, секвестрэктомия из ПКПЖ под Rg-наведением – у 1, чрескожное дренирование ПА – у 1. Третью группу

составили 19 (24,1%) пациентов, которым были произведены видеолaparоскопические и традиционные хирургические вмешательства: панкреатодуоденальная резекция (ПДР) – у 6, дистальная резекция поджелудочной железы (ДРПЖ) – у 6, операция Фрея – у 1, видеолaparоскопическое дренирование ПКПЖ – у 2, лапаротомия, цистоэнтеростомия на отключенной по Ру петле тощей кишки – у 1, лапаротомия, дренирование ПКПЖ – у 3. У 2 больных при кровотечении в полость ПКПЖ применена эндоваскулярная эмболизация.

Результаты: эндоскопическое стентирование ОЖП и ГПП позволило добиться ликвидации билиарного блока и ППГ в 95,4% наблюдений. В 1 наблюдении выполнена ЧЧХС под УЗ- и Rg-наведением. ЭЦГС и ДДС в 7 случаях позволили ликвидировать ПКПЖ.

Выводы: для устранения жизнеопасных осложнений ХП в 21,4% случаев использованы инвазивные способы лечения, выбор которых зависел от состояния желчевыводящих путей и протоков поджелудочной железы, объема поражения ее паренхимы, структуры кист и их анатомических взаимоотношений с желудком и ДПК.

ЛЕЧЕНИЕ И ДИАГНОСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ТОЛСТОКИШЕЧНЫМИ СВИЩАМИ

*Рогаль М.Л., Новиков С.В., Кузьмин А.М., Иванов
П.А., Гюласарян С.Г., Байрамов Р.Ш.*

ГБУЗ «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского» ДЗМ, Москва, Россия

Развитие гнойных осложнений приводит к увеличению уровня летальности при остром панкреатите, панкреонекрозе. Толстокишечные свищи, которые являются одним из осложнений панкреонекроза, развиваются у 8,5% больных. Патогенез развития толстокишечных свищей при панкреонекрозе различен, требует дальнейшего исследования и разработки мероприятий профилактики и лечения. По данным литературы, активное внедрение интраскопической хирургии снижает уровень летальности.

Цель: улучшение результатов лечения больных панкреонекрозом, осложненным толстокишечными свищами, с использованием интраскопических методов.

Материал и методы: в 2011-2016 гг. в отделении острых хирургических заболеваний печени и поджелудочной железы на лечении находились 320 пациентов с острым панкреатитом средней и тяжелой степени. Умер 41 (12,8%) пациент. Оперированы 136 (42,5%) пациентов, из которых умерли 30 (18,4%). У 20 (6,25%) больных панкреонекроз осложнился толстокишечными свищами, которые носили трубчатый характер и выявлялись при рентгеноскопическом исследовании.

У всех пациентов лечение начиналось с консервативной терапии и интраскопических методов. Консервативная терапия предусматривает проведение антибактериальной, инфузионной, дезинтоксикационной, антисекреторной терапии. Интраскопические методы включают следующие обязательные этапы:

- дренирование мелкокалиберными дренажами под ультразвуковым контролем;
- этапные замены дренажей на больший калибр под рентгенотелевизионным контролем:
 - а) увеличение диаметра дренажей в зоне панкреатогенной деструкции,
 - б) коррекция расположения дренажей по отношению к свищу;
- ежедневное фракционное промывание дренажей и полостей;
- вакуумная, инструментальная и эндоскопическая секвестрэктомия;
- этапные замены дренажей на меньший калибр под рентгенотелевизионным контролем;
- заживление полостей и свищей.

Цель интраскопических методов состоит в санации и заживлении зоны инфицированной панкреатогенной деструкции с расчетом на одновременное заживление толстокишечных свищей по мере облитерации полости.

Результаты: применение интраскопических методов позволило достичь закрытия толстокишечных свищей у 16 (80%) пациентов в сроки до 30 суток. Свищи нисходящего отдела толстой кишки образовались у 14 (70%) пациентов, поперечно ободочной кишки – у 6 (30%). Кишечное отделяемое поступало по дренажам у 7 (35%) пациентов, у 13 (65%) больных толстокишечный свищ клапанного характера выявлялся только на рентгеноскопии. Не удалось закрыть свищи у 4 (20%) пациентов, у которых на фоне проводимого лечения сохранялась тенденция к увеличению количества кишечного отделяемого по дренажам и нарастание интоксикации. Отключение свища выполнялось путем формирования илеостомы у 1 пациента и трансверзостомы у 3. Среди оперированных пациентов умерших не было. В этой группе умер 1 пациент от аррозивного кровотечения. Общая летальность составила 5,0%.

Выводы: 1. Применение интраскопических хирургических методов лечения панкреонекроза с регулярной заменой дренажей, наращиванием их диаметра до максимально возможного, активным промыванием и секвестрэктомией через просвет дренажей или эндоскопически по сформированным каналам в большинстве случаев позволяет избежать открытых операций. 2. Разработанная интраскопическая технология снижает травматичность и повышает эффективность лечения толстокишечных свищей и панкреонекроза при хирургическом лечении.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПОРАЖЕНИЙ ЗАБРЮШИННОЙ КЛЕТЧАТКИ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

*Рузматов А.Э., Исманов А.А., Икромов Г.Н.,
Хужаев Х., Исхаков Н.Б.*
Наманганский филиал РНЦЭМП

В последнее время увеличивается число больных с деструктивными формами острого панкреатита, летальность при которых остается крайне высокой – до 50%. Поражение забрюшинной клетчатки отягощает течение болезни и является одной из причин неудовлетворительных результатов лечения болезни. До настоящего времени отсутствует единое мнение относительно оптимальных сроков и видов оперативных вмешательств при панкреонекрозе, включая рациональные методы дренирования забрюшинного пространства.

Цель: оценка результатов лечения больных панкреонекрозом с поражением забрюшинного пространства.

Материал и методы: в Наманганском филиале РНЦЭМП оперированы 342 больных с деструктивными формами ОП. У 140 из них выявлено поражение забрюшинной клетчатки разной степени. Мужчин было 63 (45%), женщин – 77 (55%). Информативным методом диагностики поражения забрюшинных отделов являются УЗИ, компьютерная томография. Ультразвуковой скрининг дает возможность динамического наблюдения за состоянием изменений забрюшинной области и остается самым доступным методом диагностики.

Результаты: у всех больных течение болезни оценивалось как тяжелое с проявлениями эндотоксикоза и нарушением гемодинамических показателей. У 40% больных наблюдалась полиорганная недостаточность.

Распространение патологического процесса в виде забрюшинной инфильтрации и оментобурсита отмечалось у 46 (32,8%) больных, центральное поражение забрюшинной клетчатки – у 32 (22,8%), парапанкреатической области – у 21 (15%), в области брыжейки поперечно-ободочной кишки и тонкого кишечника – у 17 (12,1%), паранефральной области – у 15 (10,7%), тазовой клетчатки – у 9 (6%). У 79 больных выявлена геморрагическая форма поражения поджелудочной железы и окружающих тканей. У остальных больных диагностирована смешанная форма деструкции.

При некрозе головки и тела поджелудочной железы процесс распространяется больше в правые отделы забрюшинного пространства, при поражении – тело и хвостовую часть левых отделов. При тотальном или субтотальном панкреонекрозе отмечается распространение патологического процесса в оба отдела забрюшинного пространства. При запущенных формах процесс достигает тазовой клетчатки. Распространению некроза и гнойно-некротического процесса в забрюшинную клетчатку способствует разрушение подпеченочных, околоободочных фациальных структур.

При центральном поражении парапанкреатической клетчатки достаточным является вскрытие по

верхнему и нижнему краю поджелудочной железы с дренированием этой зоны.

Адекватным доступом при больших поражениях забрюшинных пространств является мобилизация двенадцатиперстной кишки по Кохеру, печеночно-селезеночного изгиба поперечно-ободочной кишки. Чаще приходится прибегать к рассечению толстокишечно-диафрагмальной связки, мобилизации селезеночного угла, мобилизации восходящей и нисходящей ободочной кишки. У 91 (65%) больного проведено широкое вскрытие забрюшинных скоплений дополнительными люботомными разрезами. На основании интраоперационных данных в послеоперационном периоде программированная релапаротомия с широкой мобилизацией правой и левой половины ободочной кишки выполнена у 18 (13%) больных.

Этапная некрэктомия, т.е. удаление некротических масс поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки выполняли тупым и острым путем. Программированную санацию проводили через оментобурсостомию и люботомные раны с целью ревизии сальниковой сумки, а также для определения состояния поджелудочной железы и забрюшинных отделов. У 98 (70%) больных были установлены сквозные, проточные дренажные трубки для постоянного и длительного промывания гнойно-некротических масс из забрюшинного пространства.

У 21 (15%) больного наблюдались разные степени кровотечения, из них у 8 была повреждена селезеночная вена и артерия, кровотечение остановлено перевязкой или прошиванием сосудов. У 13 больных источник кровотечения не установлен (аррозивное), кровотечение остановлено тампонадой сальниковой сумки марлевым тампоном. У 1 больного во время мобилизации двенадцатиперстной кишки и ревизии правой части забрюшинной области наблюдалось пристеночное повреждение нижней полой вены, которая ушита атравматическими нитками с привлечением сосудистых хирургов.

Заключение: поражение забрюшинных пространств является тяжелым осложнением панкреонекроза. Комбинированное применение лапаротомных и люботомных доступов при вскрытии забрюшинного пространства дает возможность для адекватной санации и дренирования патологических скоплений, способствуя улучшению результатов лечения.

ДЕСТРУКТИВНЫЕ ФОРМЫ ПАНКРЕАТИТА, ОСЛОЖНЁННЫЕ ОСТРЫМ РЕСПИРАТОРНЫМ ДИСТРЕСС-СИНДРОМОМ

Сабиров Д.М., Шарипова В.Х., Росстальная А.Л.
Ташкентский институт усовершенствования врачей,
Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи

Острый панкреатит – одно из наиболее тяжелых заболеваний органов брюшной полости, а улучшение результатов его лечения – одна из важнейших проблем

экстренной абдоминальной хирургии и интенсивной терапии. Актуальность этой проблемы определяется, прежде всего, неуклонным ростом заболеваемости, увеличением доли некротического панкреатита и стабильно высокими показателями летальности при данной патологии. Однако трудности лечения тяжелого деструктивного панкреатита зачастую связаны с острым респираторным дистресс-синдромом (ОРДС), что обусловлено сложным многофакторным характером патогенеза, многокомпонентностью структурных и функциональных нарушений и полиморфностью клинических признаков.

Цель: оценка результатов лечения путем определения причинно-следственной связи и эффективности комплекса респираторной терапии ОРДС у больных с деструктивными формами панкреатита.

Материал и методы: в исследование включены 55 пациентов в возрасте от 20 до 70 лет с деструктивными формами панкреатита, которые находились в отделении хирургической реанимации РНЦЭМП в период с 2015 по сентябрь 2017 г. Все пациенты были с тяжёлым клиническим статусом (по шкале Ranson более 4-х баллов), осложнённым ОРДС. Диагноз ОРДС ставили на основании критериев The Berlin Definition of Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) (<http://jamanetwork.com/on 05/24/2012>).

Все больные находились на продленной ИВЛ (Zis Line MB 200, VELLA+; Drager) в режимах по SIMV объёмному (VCV). Больные были разделены на две группы в зависимости от вида респираторной терапии. У 20 пациентов 1-й группы респираторная поддержка осуществлялась только в режиме SIMV VCV с применением рекрутмент-маневра, MV – 8 мл/кг, I:E-1,5/1, PInsp-20-26 см вод. ст., FiO₂ до 60% «Оптимальный» PEEP(поддержание PaO₂ выше 60 мм Hg). Скорость Visp – 40-60 л/мин. autoPEEP не более 50% от общего PEEP.

У 35 больных респираторная поддержка проводилась в режиме SIMV VCV (Vt – 6-7 мл/кг, f – 16-20, FiO₂ до 60% PEEP 8-15 мм рт. ст.) в комбинации со струйной высокочастотной искусственной вентиляцией легких – sHFJV (MV 16-18 л/мин, f – 60-100 в мин, I:E – 1:2, 1:3, FiO₂ – 21-40%). sHFJV подключалась ежедневно на 2-8 часов, 2-3 раза в день под контролем EtCO₂ и поддержанием в условиях умеренной гиперкапнии (до 40 мм рт. ст.). В дальнейшем вентиляцию легких проводили в традиционном режиме SIMV VCV с поддержкой PEEP 8-15 мм рт. ст.

Критериями эффективности вентиляции служили: увеличение комплаенса (Cst), PaO₂ более 60 мм рт. ст., SaO₂, и респираторного индекса (PaO₂/FiO₂) более 300.

Результаты: улучшение PaO₂/FiO₂ у больных 1-й группы (исход – 108,7±22,4/110,4±20,2, 5-е сутки – 144,8±22,4/210,4±24,2). Отмечалась разница в показателях pO₂ (A-a) 170±18/ 165±20 на 2-е сутки, 100±20,4/140±22,6 – на 5-е сутки, 58±24,4/100±22,2. У больных 2-й группы выявлено уменьшение сроков ИВЛ

по сравнению с 1-й группой ($12 \pm 2,6 / 16 \pm 4,6$ суток). Общая летальность во 2-й группе – 8,5% (3 б-х), в 1-й группе – 45% (9 б-х).

Анализ применения высокочастотной вентиляции легких в комплексе респираторного пособия у пациентов с деструктивными формами панкреатита выявил снижение показателей «слизь/поток» и «вязкость/упругость» слизи. Изменения воздушного потока способствовали «сдвигу» механики клиренса слизи, создавая условия для физиологических кашлевых толчков без повышения давления (аутоРЕЕР) на фоне малых дыхательных объемов и высокой частоты дыхания.

Вывод: ведение больных с деструктивными формами панкреатита, осложненными ОРДС, в режимах SIMV VCV+sHFJV явилось более эффективным в отношении коррекции гипоксии, уменьшения отрицательного влияния механической вентиляции на паренхиму лёгких, сокращения сроков нахождения на респираторе и снижения летальности.

ДИНАМИЧЕСКАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ – ОДНА ИЗ ПРИЧИН ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Саттаров А. Э., Расулов У. А., Фазилов Н.Х., Абдулахатов Б.Ш., Сайфуллаев Н.И.

Центральный военный клинический госпиталь
МО РУз

Явления динамической кишечной непроходимости имеются у 70-98% больных острым панкреатитом (Костюченко А.Л. и др., 2000). На основании идентификации состава микрофлоры установлено, что источником инфицирования очагов панкреонекроза является патетичный желудочно-кишечный тракт (Ерамищанцев А.К., 1995).

Цель: изучение причин возникновения СКН и положительного влияния дуоденального зонда.

Материал и методы: в 2013-2017 гг. в ЦВКГ проведено обследование и лечение 73 больных острым панкреатитом. Больные разделены на 2 группы в зависимости от тяжести заболевания. Диагностику нарушений моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта проводили на основании комплексного анализа данных клинико-биохимических гемограмм и результатов гастроэнтерографических и рентгенологических исследований.

Результаты: у больных острым панкреатитом 1-й группы применяли комплексное консервативное и по показаниям оперативное лечение. Частота гнойных осложнений при этом составила 18%, а длительность пареза продлилась в среднем 5 ± 1 сут.

У больных 2-й группы на фоне традиционного лечения использовали двухканальный дуоденальный зонд, устанавливаемый интраоперационно или с помощью фиброгастроудоденоскопа дистальнее связки Трейтца. В раннем послеоперационном периоде зонд применяли для декомпрессии и энтеросорбции. Начиная с 3-4-х суток энтерально вводили глюкозо-электролитные

растворы, на 5-6-е сутки – питательные смеси, одновременно проводили стимуляцию желудочно-кишечного тракта. Частота гнойных осложнений в этой группе составила 6%. Тяжесть пареза желудочно-кишечного тракта коррелировала с тяжестью панкреатита, но его явления ликвидировалось в среднем на 4 ± 2 сут.

Таким образом, исследования показали, что частота гнойных осложнений у больных острым панкреатитом зависит от выраженности и длительности динамической кишечной непроходимости. Применение двухканального дуоденального зонда в послеоперационном периоде позволяет устранять парез желудочно-кишечного тракта в более ранние сроки и тем самым уменьшить число гнойных осложнений.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА В НУКУССКОМ ФИЛИАЛЕ РНЦЭМП

Тлеумуратов Б. Д., Калмурзаев Е. К.
Нукусский филиал РНЦЭМП

Несмотря на значительные достижения современной медицины, острый панкреатит (ОП) остается одной из самых трудноразрешимых проблем (Гостищев В.К., 2003; Farkas G. et al., 2006). Различные клинические симптомы ОП являются большим препятствием для своевременной диагностики определенных форм острого панкреатита и выбора наиболее правильной тактики лечения больных.

Цель: изучение результатов диагностики, консервативного и оперативного лечения острого панкреатита.

Материал и методы: под наблюдением были 227 больных острым панкреатитом, находившихся на лечении и обследовании в Нукусском РНЦЭМП в возрасте от 22 до 65 лет ($41,3 \pm 4,6$ года). Мужчин было 139, женщин – 88. По линии скорой помощи поступили 159 больных, самотеком – 68, городских жителей было 143, сельских – 84.

Результаты: пациенты с воспалительными изменениями поджелудочной железы имели характерные для данной патологии жалобы: боли колющего характера (56,8%), сжимающего характера (28,3%), иррадиирующие влево (71,6%), повышение температуры тела (91,4%), у которых отмечалось повышение уровня α -амилазы и трансаминаз в пробы.

На ультразвуковом обследовании определялась локализация воспалительного процесса, оценивались размеры, форма, эхогенность, структура, контуры поджелудочной железы (ПЖ) и наличие жидкости в салниковой сумке и брюшной полости. На УЗИ у 54,2% обследованных отмечалось диффузное увеличение поджелудочной железы, у 70,8% – контуры поджелудочной железы были четкие, у 66,7% эхогенность ПЖ на анэхогенном или гипоэхогенном фоне с локальной гиперэхогенной зоной, у 81,2% отсутствовала ограниченная жидкость, что чаще наблюдается при отековой

форме ОП. Диффузное и локальное увеличение поджелудочной железы отмечалось в 86,3% случаев, в 62,2% выявлена нечеткость контуров, в 77,8% структура железы была неоднородной, в 61,1% имелась сниженная экзогенность поджелудочной железы с диффузной гиперэкзогенной зоной и в 66,7% визуализировался выпот в сальниковой сумке. В 86,7% случаев отмечались нечеткие контуры, в 60,0% определялась отграниченная жидкость в парапанкреатической клетчатке.

Компьютерная томография определяла изменение плотности паренхимы патологического образования ПЖ, наличие четкости границ, взаимосвязь с соседними органами и тканями.

Описанная картина наблюдалась при компьютерной томографии отечная форма ОП выявлена в 73,1% случаев как диффузное увеличение размеров поджелудочной железы, в 69,2% имело место отграничение ПЖ от окружающих органов и тканей, в 84,6% структура была однородная, в 88,5% не определялась жидкость в сальниковой сумке. Геморрагическая форма ОП выявлена у 61,1% пациентов как диффузное увеличение поджелудочной железы, а некротическая форма ОП как неоднородность структуры в 80,0%, в 86,7% накопление жидкости в сальниковой сумке.

Из поступивших 227 больных оперативное лечение проведено у 38, 189 больные получали консервативное лечение с положительным эффектом. Приступы были купированы, после стабилизации и улучшения состояния больных выписаны для дальнейшего лечения в гастроэнтерологических отделениях в плановом порядке. Больные получали симптоматическое лечение, контрикал, сандостатин. Оперативное лечение заключалось чаще в проведении лапаротомии, холецистэктомии, санации, дренировании и тампонировании сальниковой сумки. 4 пациентам из-за разлитого перитонита осуществлена диагностическая лапароскопия, конверсия. Все больные после оперативного лечения длительное время находились в реанимационном, далее в хирургическом отделении. В 7 случаях произведена релапаротомия, в 3 случаях ререлапаротомия, санация брюшной полости из-за продолжающегося вялотекущего перитонита при тотальном геморрагическом панкреонекрозе. 25 больных после операции выписаны в удовлетворительном состоянии. Умерли 13 пациентов, основном все в послеоперационном периоде, в том числе 4 в 1-е сутки после операции. 60% больных обратились в клинику через 6-9 суток после появления боли в животе, находились дома или занимались самолечением. После операции у 1 больного появился наружный панкреатический свищ, который не закрывался в течение 1-го года, через год ему выполнена операция кистогастроанастомоза.

Таким образом, при различных формах острого панкреатита выявляются определенные особенности эхографической и КТ-семиотики, что позволяет считать эти методы высокоинформативными, которые могут занять ведущие позиции в обследовании больных острым панкреатитом и его осложнениями. При

прогрессировании патологического процесса с помощью данных методов диагностики можно проследить переход одной формы острого панкреатита в другую, осуществлять динамическое наблюдение за адекватностью проводимой консервативной терапии. Из 38 оперированных больных умерло 13, им произведена ре- и ререлапаротомия при тотальных геморрагических панкреонекрозах. Все эти больные обратились в клинику в поздние сроки от начала заболевания, в основном это были мужчины, причина заболевания связана с приемом алкогольных напитков. Своевременное и раннее обращение больных за медицинской помощью и ранняя диагностика и оперативное лечение сокращают количество летальных исходов и помогают сохранять жизнь больного, сократить койко-дни и сроки пребывания больного в стационаре.

ПАНКРЕОНЕКРОЗ У БЕРЕМЕННЫХ (ПО ДАННЫМ АУТОПСИЙНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ)

Убайдуллаева В.У., Вербекина Т.А., Магруппов Б.А.
Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи

Острый панкреатит относится к тяжелым заболеваниям желудочно-кишечного тракта, которое по частоте возникновения занимает третье место среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости после острого аппендицита и острого холецистита. В последнее десятилетие отмечается неуклонный рост числа пациентов с острым панкреатитом, особенно с деструктивными его формами. Общая летальность при данном заболевании колеблется от 4,5 до 15%, при деструктивных формах летальность составляет 24-60%, а послеоперационная превышает 70% и не имеет тенденции к снижению.

При анализе литературы мы не встретили данных о развитии острого панкреатита у беременных, а между тем данная патология не является казуистической редкостью, но ошибочно расценивается лечащими врачами как острый жировой гепатоз беременных, HELLP-синдром и другие патологические состояния, связанные с беременностью. Частота встречаемости панкреатита у беременных составляет 1 на 3-10 тыс. женщин. Среди факторов, предрасполагающих к развитию патологического процесса, основными являются гормональная перестройка организма, механическое давление матки с нарушением кровоснабжения железы, изменением жирового и белкового обмена и повышением секреции железы, что в конечном итоге приводит к нарушению оттока секрета. Изменения желудочно-кишечного тракта в процессе беременности связаны, главным образом, с анатомическим его смещением увеличивающейся маткой, в связи с чем ось желудка меняет свое положение от вертикального к горизонтальному, что ведет к нарастанию внутрижелудочного давления, дуоденостазу.

В РНЦЭМП за 8 лет умерли 5 рожениц, у которых на секции выявлен деструктивный панкреатит, не диагностированный в клинике.

Хроническая патология гепатобилиарной системы на секции диагностирована у всех 5 пациенток, причем у 4 имели место хронический холецистит, хронический панкреатит, из них у 2 дополнительно диагностирован хронический гепатит, у 1 желчнокаменная болезнь: холецистолитиаз. У 4 женщин была повышенная масса тела. При обращении в родовспомогательное учреждение все женщины предъявляли сходные жалобы на тошноту, многократную рвоту, боли в эпигастрии, иктеричность кожных покровов и склер.

Длительность заболевания до обращения в стационар составила в среднем $5,5 \pm 0,89$ дня, срок пребывания в родовспомогательном учреждении $5,0 \pm 1,76$ койко/дня, в РНЦЭМП, после перевода больных из родильных домов – $7,0 \pm 4,1$ койко-дня. Таким образом, продолжительность патологического процесса от появления первых признаков болезни до летального исхода составляла от 17 до 29 дней, что соответствует периоду дегенеративных и гнойных осложнений острого панкреатита (по В.С. Савельеву).

В лабораторных анализах у всех женщин отмечался высокий уровень лейкоцитоза со сдвигом формулы влево, билирубинемия от 157 до 471 ммоль/л за счет повышения прямой фракции. У 3 женщин наблюдался высокий уровень печеночных трансаминаз, у 4 признаки стойкой гипергликемии.

В акушерских стационарах согласно выставленным клиническим диагнозам были выполнены следующие оперативные вмешательства: кесарево сечение у 4 женщин, экстирпация матки у 1. Релапаротомия проведена у 5 пациенток, при этом у 2 выполнена экстирпация матки с придатками, у 1 надвлагалищная ампутация матки с придатками, у 2 прошивание культи воронкообразной связки, из них с одновременной овариэктомией у 1. Мертворождение было у 3 женщин из 5. У всех женщин на секции диагностирован жировой панкреонекроз в стадии поздних гнойных осложнений с картиной полиорганной недостаточности. Отсутствие своевременной диагностики и правильного лечения на начальном этапе развития болезни способствовало запуску необратимых процессов в организме женщин, нарастающему каскаду осложнений и летальным исходам, относящимся к категории «материнская смерть».

ДИАГНОСТИКА РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Хайдаров Г.А., Рузубов С.А., Карабаев Х.К., Эгамов Б.Т.

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Острый панкреатит – одно из самых сложно диагностируемых и вместе с тем широко распространенных заболеваний пищеварительной системы (Саганов В.П. и др., 2011; Delinger E.P. et al., 2007). Число больных острым панкреатитом растет с каждым годом и дости-

гает 4-12,5% от общего числа поступивших в стационар с острыми заболеваниями органов брюшной полости (Яицкий Н.А. и др., 2003; Савельев В.С. и др., 2009). Деструктивные формы панкреатита встречаются в 30-69% наблюдений. На догоспитальном этапе ошибочный диагноз ставится в 31,5-55% случаев, а в первые сутки в клинике заболевание не распознается у 10-15% больных. Летальность при данном заболевании остается высокой (Паскарь С.В. и др., 2010; Ермолев А.С., 2013).

Цель: оптимизация диагностики и тактики лечения различных форм острого панкреатита.

Материал и методы: в Самаркандском филиале РНЦЭМП в 2012-2016 гг. на лечении находились 1472 больных острым панкреатитом, у 73 из которых диагностирован деструктивный панкреатит. Мужчины составляли 53,8%. Больных, старше 60 лет, было 56%. Более половины больных поступили в поздние сроки заболевания. Из всех больных острым панкреатитом, поступивших в стационар, у 55% был другой диагноз.

Результаты: диагностические методы (КТ, МСКТ, УЗИ, диагностическая лапароскопия, биохимический и общий анализ крови) позволяют не только определить форму панкреонекроза, но и выявить распространенность деструктивного процесса в железе. Так, при мелкоочаговом панкреонекрозе, который был диагностирован у 1234 больных, клинически отмечался острый панкреатит легкой степени тяжести. У 529 больных при пальпации определялись инфильтрат в эпигастрии или левом подреберье). На МСКТ у 287 больных в брюшной полости обнаружен инфильтрат железы и небольшое количество жидкости в сальниковой сумке. Заболевание протекало относительно благополучно и при адекватном лечении редко сопровождалась гнойными осложнениями (у 2 больных).

При крупноочаговом панкреонекрозе, диагностированном у 175 больных, в острой стадии клинически заболевание протекало в виде тяжелого стерильного панкреонекроза со стойкими расстройствами со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной системы, печени и почек. Почти у всех больных имелись токсические изменения крови, длительная диастазурия, признаки динамической кишечной непроходимости. При МСКТ брюшной полости у 134 больных обнаружены деструктивные изменения железы и незначительное количество жидкости в парапанкреатической и сальниковой сумке. При диагностической лапароскопии у 127 больных определен незначительный выпот в подпеченочной области и стеариновые бляшки на большом сальнике. Гнойные осложнения при крупноочаговом панкреонекрозе наблюдались у 12 больных. Летальность составила 6%.

При тяжелом инфицированном панкреонекрозе (73 больных) острая стадия характеризовалась картиной панкреатогенного шока. У подавляющего большинства больных уже при поступлении имелись клинические признаки осложненного течения панкреонекроза – перитонит, в связи с чем они экстренно оперированы в ближайшие часы после поступления. Однако, несмо-

тря на комплексную интенсивную терапию, летальность составляла 22%.

Выводы: динамическое наблюдение, методы современного лабораторно-инструментального обследования, эффективность терапии в ближайшие часы и сутки с момента поступления позволяют уточнить распространенность деструктивного процесса поджелудочной железе и провести коррекцию лечебных мероприятий.

ГЕПАТОРЕНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ ПРИ ИНФИЦИРОВАННОМ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

Хакимов Д.М., Ходжиматов Г.М., Мамадиев А.М., Карабоев Б.Б., Касимов Н.А., Пахмурин И.Р.
Андижанский государственный медицинский институт, Андижанский филиал РНЦЭМП

Заболееваемость острым панкреатитом (ОП) из года в год неуклонно растет. На базе экстренной хирургии Андижанского филиала РНЦЭМП наблюдались 128 больных с деструктивными формами панкреатита. Результаты лечения этой категории больных остаются неутешительными, сохраняется высокая летальность (20%), одной из причин которой служит развитие гепаторенального синдрома (ГРС). При стерильном панкреонекрозе ГРС встретился в 30 (35%) случаях, а при инфицированном панкреонекрозе (ИП) – в 39 (88%).

Для уточнения роли инфекции в развитии ГРС у больных ИП проведены микробиологические исследования (до применения антибиотиков) верхних отделов тонкой кишки, поджелудочной железы (ПЖ) и окружающей ее ткани. Анализ полученных данных показал, что бактериальные популяции в них практически идентичны и по видовому составу соответствуют микрофлоре толстой кишки. Основной причиной появления аллохтонной микрофлоры в тонкой кишке является нарушение ее пропульсивной способности, обусловленной ОП. Эндотоксины, выделяемые в процессе жизнедеятельности изменившейся микрофлоры (не типичной для тонкой кишки), крайне агрессивны, они способствуют развитию кишечной недостаточности и последующей транслокации микробов в ПЖ. Следует отметить, что под их влиянием происходит активация плазменных факторов свертывания крови, что сопровождается развитием ДВС-синдрома в регионе кровотока. Печень, а затем почки принимают оттекающую от тонкого кишечника и ПЖ токсическую кровь, несущей в себе грубые нарушения в гемостазиологическом профиле, что приводит к гибели их клеток и развитию ГРС.

Полученные данные позволили включить в стандартный комплекс профилактики и лечения ГРС у больных ИП методики, направленные на терапию кишечной недостаточности. Всем больным до операции и в раннем послеоперационном периоде выполнялись многокомпонентные пресакральные новокаиновые блокады (р-р новокаина 0,25% 200,0 мл + антибиотики

(цефалоспорины III или IV генерации) + 40 мг клексана).

Осуществлялась постановка назоэнтерального зонда с последующим лаважом кишки энтеросорбентами и антибиотиками. Считали обязательным проводить эндолимфатическую терапию, важнейшей детерминантой которой является способность лекарственных препаратов селективно проникать в ткани ПЖ через truncus intestinalis (с кишечной лимфой), минуя гемато-панкреатический барьер и не биотрансформируясь в печени.

Дополненная схема терапии ИП позволила снизить частоту развития ГРС до 40%, а летальность, связанную с ним, – с 24,5 до 18,6%.

МОРФОЛОГИЯ ТЯЖЕЛОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА ПО ДАННЫМ АУТОПСИИ У БОЛЬНЫХ ОЖГОВЫМ СЕПСИСОМ

Хакимов Э.А., Карабаев Х.К., Тагаев К.Р., Авазов А.А., Карабаев Н.Б.
Самаркандский филиал РНЦЭМП,
Самаркандский государственный медицинский институт

Полиорганная недостаточность (ПОН) – главная причина смерти больных ожоговым сепсисом. Обычно выделяют сердечно-сосудистую, дыхательную, почечную, печеночную недостаточность, ДВС-синдром и поражения желудочно-кишечного тракта. Заслуживают внимание и некоторые другие виды органных поражений, например, поражение поджелудочной железы, что не нашло своего отражение в литературе по комбустиологии. Развитие недостаточности, включающей поражение более трех органов, является фатальным (Аваков В.Е., 2004).

Цель: изучение морфологии тяжелого панкреонекроза по данным аутопсии у тяжелообожженных.

Материал и методы: ретроспективно проанализированы данные аутопсии у 5 тяжелообожженных с площадью глубокого ожога 40-70% поверхности тела, и с ожоговым сепсисом с полиорганной недостаточностью на 8-25-е сутки после травмы. Мы предприняли попытку исследовать соответствие клинического течения динамике морфологических изменений в поджелудочной железе и других органах. Светооптически изучали гистологические препараты поджелудочной железы, печени, почек, сердца, легких, тонкой кишки, головного мозга, окрашенные гематоксилином и эозином.

Результаты: при панкреонекрозе чаще встречается желтые («стеариновые») очаги жирового некроза. В периферической части железы видны множественные очаги некроза размером 0,5-1 см красноватого или бурого цвета, четко отграниченные от окружающей клетчатки.

Гистологически в очагах некроза определяется деструкция ацинозных клеток и клеток эпителия прото-

ков, распад лейкоцитов. В сохранившейся ткани видны расширенные протоки, заполненные белковым осадком. Ацинарные железы отечны, увеличены в объеме имеют дистрофические изменения в ацинарных клетках и эпителии покровов. Отмечается расширение лимфатических и кровеносных сосудов, наличие тромбоза и тромбоза флебитов, а также участков геморрагий и воспалительной инфильтрации.

В ткани поджелудочной железы изменения носят зональный характер. Кроме того, в один и тот же момент времени происходят совершенно различные, хотя и взаимосвязанные патоморфологические процессы. Ближе к передней поверхности железы располагается зона некроза. Далее в дорсальном направлении находится зона выраженной нейтрофильной инфильтрации, максимальной воспалительной реакции с находящимся рядом участком полнокровия, частичной экстравазации эритроцитов. Глубже отмечается область малоизмененной паренхимы, основные структурно-функциональные элементы сохранены. Затем присутствует зона некроза, заканчивающаяся фиброзно измененной тканью железы. Таким образом, все ведущие морфологические феномены сосуществуют в одном временном срезе.

В других органах наблюдаются выраженные изменения как минимум дистрофического характера, а в ряде случаев – некроз функциональных элементов. После детального анализа клинических и морфологических данных мы пришли к выводу, что далеко не всегда можно объяснить вновь наступившее ухудшение состояния больного на фоне относительной видимой хирургом макроскопической стабилизации процесса в поджелудочной железе. В то же время знание морфологической картины объясняет течение процесса. Термины «мелкоочаговый», «крупноочаговый», «тотальный», «субтотальный» панкреонекроз основаны на томографической, УЗ-, КТ-оценке распространенности процесса. Они не отражают динамики процесса в железе. На первый взгляд явления парапанкреатита часто преобладают над некротическими изменениями в самой железе, поэтому складывается впечатление о том, что процесс в самой железе уже завершен.

По данным морфологических исследований, у многих пациентов все ведущие морфологические феномены сосуществуют в одном временном срезе, взаимно влияя друг на друга. Можно утверждать, что у ряда больных некротический процесс в поджелудочной железе не завершается в течение продолжительного времени, что и определяет различные варианты его течения, развитие и купирование осложнений, а также исходы заболевания. Поэтому пациентам с разными клинико-морфологическими вариантами течения деструктивного панкреатита требуются, например, совершенно различные подходы к антисекреторной, противовоспалительной, сосудистой, антибактериальной, антиферментной терапии.

Выводы: на наш взгляд, стандартные схемы, рекомендованные рутинно, будут эффективны у одних

больных, но совершенно бесполезны у других. От комбустиолога требуется постоянный динамический контроль за происходящими изменениями, правильная их трактовка, необходимая корректировка тактики лечения у тяжелообожженных с сепсисом.

ОСТРЫЙ ДЕСТРУКТИВНЫЙ ПАНКРЕАТИТ: МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКЕ

*Ходжаев К.Ш., Мусоев Т.Я., Аюбов Б.М.,
Хайдаров Ф.Н.*

Бухарский филиал РНЦЭМП

Цель: оценка эффективности малоинвазивных вмешательств при деструктивных формах панкреатита и разработка оптимальной лечебной тактики.

Материал и методы: в основе исследования лежит опыт лечения 3335 больных острым панкреатитом. Проанализированы результаты хирургического лечения 377 (11,3%) оперированных больных панкреонекрозом (ПН). В указанном интервале хирургической деятельности были выделены 2 периода: до 1999 г. и с 2000 г. по настоящее время. В первый период путем широкой лапаротомии с «открытым» или «закрытым» методом дренирования были прооперированы 164 (43,5%) пациента (1-я гр.); во втором периоде – из 213 (56,5%) человек (2-я гр.) у 188 (88,3%) были применены малоинвазивные вмешательства: лапароскопическим доступом – у 108 (57,1%), минилапаротомным – у 71 (37,8%), традиционные лапаротомии – у 34 (16,8%). При выборе доступа во втором периоде работы у больных с асептическим ПН предпочитали лапароскопию (распространенный выпот), пункцию и дренирование ограниченных жидкостных скоплений (ОЖС); при инфекционных осложнениях ПН – пункцию и дренирование (ограниченное скопление гноя – нагноившееся ОЖС, нагноившаяся киста, абсцесс); минилапаротомия (при локализации гнойно-деструктивного процесса в области головки и проксимальной части тела ПЖ, гнойно-деструктивном оментобурсите): широкую лапаротомию (строго ограниченные показания: сочетание гнойно-деструктивного процесса в забрюшинном пространстве с гнойным перитонитом, некрозом и свищами желудочно-кишечного тракта, кровотечение в просвет ЖКТ, в брюшную полость и забрюшинное пространство, деструктивном холецистите в сочетании с механической желтухой). В зависимости от стадии заболевания больные были разделены следующим образом. Группа «А» – 205 (54,3%) больных, оперированных в стадии асептического некроза. Группа «Б» – 172 (45,7%) больных, оперированных по поводу инфицированного ПН. То есть проведенный анализ позволил выделить 4 группы больных: получавшие лечение до 2000 г. группы 1А – 96 (25,5%) больных и 1Б – 68 (18,0%) больных. Операции у всех выполнены путем широкой лапаротомии. Больные, находившиеся на лечении с 2000 г., группа 2А – 109 (28,9%) больных и группа 2Б –

104 (27,6%) больных. Причем в группе 2А выполнено 96 (88,1%) малоинвазивных вмешательств (лапароскопий 85, минилапаротомий 71) и 17 (11,9%) традиционных лапаротомий, в группе 2Б – 92 (88,5%) малоинвазивных вмешательств (лапароскопия 23) и 17 (11,5%) традиционных лапаротомий.

Результаты: большее число ранних системных послеоперационных осложнений отмечено у пациентов 1А группы – 39,6% ($p < 0,05$). Развитие в целом отсроченных осложнений достоверно чаще отмечено в 1-1 группе (41,4 и 17,8%). У больных 1А группы ранняя летальность составила 12,5%, поздняя – 18,7%. Среди пациентов 1Б группы – соответственно 7,3 и 8,8%, 2А – 7,3 и 4,5%, 2Б – 4,8 и 6,7%. Общая летальность в 1-й группе – 25%, во 2-й – 11,7% ($p < 0,05$). При изучении связи между уровнем послеоперационной летальности и примененной хирургической технологией установлено, что в целом при остром панкреатите (тяжелый и нетяжелый панкреонекроз) статистически достоверно уменьшение летальности при применении малоинвазивных технологий (25,4 и 9,5%, $t=8,98$, $p < 0,001$). При проведении статистического анализа в группе больных с тяжелым ПН с органной недостаточностью статистически достоверного различия результатов лечения в зависимости от примененной хирургической технологии и лечебного алгоритма выявлено не было (33,3 и 31,3%, $t=0,66$, $p > 0,05$).

Заключение: общая послеоперационная летальность статистически достоверно выше при применении традиционных хирургических доступов, при этом внутри этой группы достоверно более высокая летальность отмечалась у больных, оперированных в фазе асептического ПН и панкреатогенного шока. При проведении статистического анализа в группе больных с тяжелым ПН с органной недостаточностью достоверного различия результатов лечения в зависимости от примененной хирургической технологии и лечебного алгоритма не выявлено.

ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

*Хожиев Х.М., Махмудов Н.И.,
Ботиралиев А.Ш., Туйчиев Б.А.
Ферганский филиал РНЦЭМП*

Заболеваемость острым панкреатитом растёт. Известно, что острый панкреатит протекает как двухэтапный процесс. Первая фаза характеризуется панкреатогенной интоксикацией и проявляется в виде панкреатогенного шока и ранней полиорганной недостаточности. Вторая фаза характеризуется вариантами эволюции очагов панкреонекроза (асептическое рассасывание и рубцевание, формирование псевдокисты, инфицирование с формированием панкреатогенных абсцессов, свищей, забрюшинной флегмоны). Общеизвестные трудности клинко-лабораторной дифференциальной диагностики острого панкреатита

обуславливают диагностические и тактические ошибки. Тяжесть состояния больных и высокий риск ранних операций ограничивают показания к диагностической и лечебной лапаротомии. Это приводит к потере времени, поздней диагностике и запоздалым показаниям к хирургическому вмешательству. Лапароскопический доступ значительно снижает риск диагностических и лечебных манипуляций в брюшной полости.

С 2004 г. при госпитализации больных с острой хирургической неясной патологией живота мы применяем диагностическую лапароскопию, которая при показаниях переходит в лечебную. Из 6400 больных с острыми заболеваниями органов брюшной полости у 850 (13,2%) мы применили диагностическую лапароскопию. Из 257 больных, поступивших с диагнозом ОП, лапароскопия выполнена у 40 (15,6%).

Исследование обеспечивалось лапароскопом фирмы Karl Storz.

Лапароскопическое подтверждение диагноза ОП получено у 35 пациентов. У 30 больных выявлены деструктивные изменения поджелудочной железы (наличие множество очагов стеатанекроза на большом сальнике, малом сальнике, круглой и желудочно-ободочной связок, брыжейки поперечной ободочной кишки, вздутие передней стенки желудка за счет пареза поперечной ободочной кишки, висцеральной и париетальной брюшине, геморрагического выпота во всех отделах). У 3 больных диагностирована другая патология (прободная язва у 1, тромбоз мезентериальных сосудов у 2), потребовавшая неотложной лапаротомии. У 7 пациентов была отечная форма панкреатита (умеренный отёк и гиперемия печеночно-двенадцатиперстной связки, наличие прозрачного серозного выпота, единичные стеариновые бляшки). В этих случаях лапароскопия сыграла решающую роль в выборе оптимальной лечебной и оперативной тактики.

Несомненным достоинством метода является переход с диагностической лапароскопии к лечебной, которая позволяет выполнить необходимые хирургические процедуры с меньшим риском, чем при лапаротомии. У 7 больных с подтвержденным диагнозом отечная форма острого панкреатита выполнено лапароскопическое дренирование сальниковой сумки и брюшной полости в 4 точках (в подреберьях и в подвздошных областях). Эвакуация токсичного и агрессивного экссудата способствовала снижению клинических и лабораторных проявлений эндотоксикоза.

У 10 из 40 больных, которым выполнялась лечебная лапароскопия, в связи с прогрессированием гнойно-септических осложнений пришлось перейти к открытым операциям (декомпрессия желчевыводящих путей, марсупиализация, секвестрэктомия, люмботомия).

Комбинированная лапароскопия у больных острым панкреатитом позволяет решить диагностические и лечебные задачи, установить показания к переходу к открытым методам хирургического вмешательства.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕАТИТА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ

Цап Н.А., Огарков И.П., Великанов А.В., Чукреев В.И.
ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет, МАУ Детская городская клиническая больница №9, Екатеринбург, Россия

В абдоминальной хирургии взрослых пациентов достаточно подробно изучены и широко обсуждаются в литературе диагностические и лечебные аспекты некротизирующего панкреатита, в клиническую практику внедрены малоинвазивные оперативные вмешательства. Редкость в детском возрасте деструктивных форм панкреатита (ДП), особенно идиопатического генеза, обуславливает индивидуальный подход к выбору лечебно-диагностической тактики в каждом клиническом случае.

Цель: определение диагностических критериев деструктивного панкреатита и их прогностического риска, разработка алгоритма лечебных мероприятий при неосложненном течении ДП и развитии осложнений.

Материал и методы: в отделении неотложной хирургии в последние 10 лет на лечении находились 23 ребенка с ДП различного генеза и его осложнениями. Возраст детей – от 2 до 16 лет, число мальчиков и девочек было примерно одинаковым. Этиопатогенез ДП в 60,8% случаев связан с закрытой травмой живота. Экстренный диагностический блок и мониторинг течения панкреатогенных патологических изменений в брюшной полости и в забрюшинном пространстве включает клиническое и лабораторное обследование (динамика ферментемии, маркеров воспаления), лучевую (УЗИ, МТР) и эндоскопическую диагностику.

Результаты: в клинической картине ДП доминирует болевой абдоминальный синдром. Детали анамнеза, УС-скрининг, биохимическое исследование крови помогают своевременно распознать повреждение поджелудочной железы, посттравматический панкреатит или только воспалительные изменения в железе. Отечная форма панкреатита была выявлена у 7 (30,4%) детей, что подтвердилось данными УЗИ и стойким увеличением содержания амилазы и липазы крови в течение нескольких суток на фоне проводимой консервативной терапии. Лечение включало назначение сандостатина (октреотид). У 5 (21,7%) детей при прогрессирующей ферментативной агрессии процесс распространился за пределы панкреаса и сальниковой сумки с образованием значительного количества геморрагического выпота в брюшной полости, бляшек стеатонекроза, плеврита, с формированием в отдаленном периоде псевдокист. Повышение уровня амилазы более 200 Е/л и липазы более 98 Е/л в течение 10 суток от начала заболевания является прогностическим

показателем длительного течения панкреонекроза с формированием наружных свищей (4) и псевдокист (8) поджелудочной железы независимо от консервативного лечения или сроков проведения первичного оперативного вмешательства.

Оперативные вмешательства – эндоскопические и открытые, вплоть до реконструктивно-восстановительных, потребовались 16 детям. Операцией выбора явилась лапароскопия (10), которая удалась как диагностическая и лечебная у 6 (60%) детей, потребовала конверсии доступа у 4. Остальным пациентам выполнена лапаротомия, марсупиализация, дренирование брюшной полости.

Среди осложнений ближайшего послеоперационного периода основное место занимают панкреатические свищи и формирование псевдокист различного размера, нередко прогрессирующие. Выбор метода хирургического лечения основывался на результатах МР-томографии, которая уточняла топографо-анатомические изменения в паренхиме и протоковой системе поджелудочной железы, в сальниковой сумке, в панкреатодуоденальной зоне. У 1 ребенка отмечалось инфицирование псевдокисты. В лечебно-тактических решениях при кистозном образовании головки панкреаса предпочтение отдали навигационной чрескожной пункции через переднюю брюшную стенку и санации полости кисты у 3 детей. Эффективна была у 2 детей, постманипуляционный период без осложнений, при динамическом наблюдении в течение года жалоб не предъявляют, повышения уровня ферментов и патологии при проведении УЗИ нет. Рецидив кисты отмечался у 1 больного.

На фоне проведения консервативной терапии у 4 детей имело место уменьшение размеров кист от 85 до 20 мм в диаметре вплоть до их исчезновения. Более сложные клинические случаи (2) связаны были с разрывом поджелудочной железы, вирусного протока: сформировались псевдокисты с активно функционирующим наружным свищом, с истечением в течение суток от 400 до 600 мл панкреатического сока.

Радикализм реконструкции пути оттока основывался на формировании панкреатоеюноанастомоза на отключенной по Ру петле кишки. В послеоперационном периоде полноценно восстановилась функция желудочно-кишечного тракта. Осложнений и летальных исходов не было.

Таким образом, в группе травмы поджелудочной железы отмечаются более длительные сроки госпитализации, большое количество повторных оперативных вмешательств, неблагоприятных исходов с формированием панкреатических свищей и кист. Торпидное течение ферментемии указывает на риск осложнений. В хирургическом лечении ДП приоритет отдаем малоинвазивным технологиям.

РОЛЬ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Эгамов Ю.С., Кобулов М.К., Эгамов Б.Ю.

**Андижанский государственный
медицинский институт**

Роль лимфатической системы в распространении панкреатических ферментов и метаболических нарушений при остром панкреатите мало изучена. Основные транспортные среды – кровь и лимфа – обеспечивают питание всех органов и удаление продуктов метаболизма. За последние два десятилетия выяснилась важность лимфатической системы в нормальных и патологических условиях.

Лимфатическая система, дренируя большую полость, вместе с жидкостью транспортирует в кровяное русло не только белки и электролиты, но и биологически активные вещества, токсины, бактерии.

Снижение всасывательной и транспортной способности лимфатических сосудов в условиях повышенной сосудистой проницаемости и секвестрации больших объемов жидкости в свободную брюшную полость серьезно отражается на функциях органов, показателях ОЦК и составе плазмы крови.

В последнее время в патогенезе острого панкреатита большое значение отводится отравлению организма продуктами метаболизма различных видов ферментов поджелудочной железы и бактерий, особенно эндотоксинами.

Поступление лимфы в общую циркуляцию является своеобразной аутоотрансфузией. Отсюда любые воздействия, усиливающие лимфоотток в условиях гиповолемии являются компенсаторными, а воздействия, замедляющие лимфоотток, отягощают состояние животного. Вероятно, лимфатическая система действует как защитная система первой линии, изменения функции которой наступают тотчас же, способствуют поддержанию жизни в течение короткого времени до наступления необратимых изменений.

Как видно, лимфатическая система играет важную роль в процессах компенсации нарушенного гомеостаза при токсико-ферментативном и инфекционном шоке при остром разлитом панкреатите.

В хирургических клиниках АГМИ в последние 10 лет на лечение находились 150 больных острым панкреатитом. Эти больные составили 11,4% от общего числа госпитализированных с ургентной хирургической патологией органов брюшной полости. Среди наблюдавшихся было 87 (58%) мужчин и 63 (42%) женщины. Наибольшее число больных были в возрасте от 26 до 57 лет, т.е. лица трудоспособного возраста. Острый панкреатит нередко сопровождался одним или несколькими сопутствующими заболеваниями.

Лимфотропная терапия проводилась в зависимости от тяжести заболевания и состояния больного, один или два раза в сутки в течение 3-5 дней. Результаты лечения сравнивали с показателями контрольной группы

больных (15) острым панкреатитом, получавших традиционное лечение.

Для стимуляции лимфообразования и лимфооттока используются различные медикаментозные средства. В настоящее время хорошо изучены лимфогонные эффекты таких препаратов, как глюкоза, раствор Рингера – Локка, мочевины, полиглюкин, аминокептид, гемодез, солкосерил, эуфиллин, кофеин, прозерин и др.

У оперированных по поводу острого панкреатита больных во время операции в брыжейке толстого кишечника оставляли микроирригатор для лимфотропной терапии, через который один раз в день в качестве лимфостимулятора вводили раствор глюкозы 5% 100 мл + новокаин 0,25% 30 мл + гепарин 5000 ед или + фurosемид 1,0 и однократную дозу антибиотика, растворенной физиологическим раствором 50 мл капельно.

Наружное дренирование ГЛП с лимфостимуляцией и лимфо-плазмозорбцией при остром панкреонекрозе помогает снять токсемию, предупреждает токсические осложнения со стороны жизненно важных органов и систем организма.

Таким образом, стимуляция лимфоциркуляции при остром панкреатите создает условия для восстановления функциональной деятельности органов брюшной полости, в частности печени, и моторной функции желудочно-кишечного тракта.

В результате лечения рекомендованными нами способами уменьшалось количество осложнений заболевания, сокращение средней продолжительности пребывания больных в стационаре на $5,7 \pm 0,9$ дня.

КОМПЛЕКСНОЕ ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Эгамов Ю.С., Худайбергенов П.К.,

Эгамов Б.Ю., Билтиров Б.

**Андижанский государственный
медицинский институт**

В последние годы наблюдается тенденция к повсеместному увеличению общего числа больных острым панкреатитом и удельного веса панкреонекроза. Благодаря фундаментальным исследованиям последних лет, большие перспективы в улучшении результатов лечения острого панкреатита наметились на путях разработки принципов применения аналогов энкефалинов, направленных на патогенетические звенья заболевания. Региональное лимфотропное влияние даларгина на поджелудочную железу уже доказано в опытах с использованием лимфотропной краски «синего Эванса». Клинический эффект подкожного введения даларгина в дозе 40 мкг/кг в область средней трети голени при abortивной форме острого панкреатита отмечался у 32 из 35 больных. В первые сутки у них купировался болевой синдром, прекращались рвота и тошноты. На вторые сутки нормализовалась температура тела, на третьи сутки заметно снижался лейкоцитоз и активность панкреатических ферментов,

в частности амилазы, липазы, трипсина в сыворотке крови и моче. 24 больных жировым панкреонекрозом получали даларгин в дозе 40 мкг/кг, разведенный в 300 мл физиологического раствора, который вводился внутривенно капельно. В первые сутки после введения даларгина у больных отмечалось уменьшение интенсивности болей, улучшение общего состояния, нормализация температуры тела. Лечение с введением в кровь даларгина продолжалось от 4-х до 6 дней, это зависит от тяжести состояния больного. Кратность введения установлена на основании общего состояния, интенсивности болей и уровня активности панкреатических ферментов крови и мочи. У 14 больных, получавших даларгин, достигнут лучший результат по сравнению с группой больных (10), не получавших даларгин. После установления диагноза острого геморрагического панкреатита у 20 больных начинали комплексное консервативное лечение. Лечение было проведено в двух группах больных острым геморрагическим панкреатитом. У одной группы применялся комплекс консервативных лечений с включением ингибиторов протеаз, а у других 11 больных проведено лечение с включением в комплекс средств даларгина (разовая доза 40-50 мкг/кг массы тела, подкожное введение в область средней трети голени два и три раза в сутки). При сопоставлении результатов лечения больных геморрагической формой панкреонекроза установлено, что применение даларгина сокращает сроки стационарного лечения, уменьшает местные и общие проявления заболевания. При этом уменьшились расходы обезболивающих препаратов, полностью отказано применение дорогостоящих препаратов ингибиторов протеаз. Полученные нами данные свидетельствуют о том, что подкожное введение даларгина усиливает лимфообращение, микрогемолимфоциркуляцию и увеличивает содержание в лимфе и крови ингибиторов протеаз, тем самым предотвращая прогрессирующее увеличение протеолитической активности в поджелудочной железе, образование кининов с гипотензивным действием и переход отека в панкреонекроз. Улучшение внутриорганной микрогемолимфоциркуляции, помимо торможения активации кининовой системы, способствует уменьшению освобождения гистамина, серотонина и других биогенных аминов. Лечебный эффект даларгина и близких к нему пептидов объясняется несколькими путями: а) ингибирующим влиянием на протеазы сока поджелудочной железы, крови и лимфы; б) тормозящим влиянием на синтез ферментов в панкреоцитах; в) улучшением лимфодренажа поджелудочной железы; г) усилением общего и регионального лимфооттока, разгрузкой поджелудочной железы. Сравнительная оценка эффективности пептидного препарата (даларгина) проводилась больным с различными формами острого панкреатита, у которых даларгин не применялся. Клинические исследования показали высокую эффективность подкожного введения даларгина больным с острыми формами панкреатита, выражающуюся в уменьшении

болевого синдрома, улучшении состояния, ускорении выздоровления, при этом длительность пребывания на койке сокращается на 3-5 суток, особенно при деструктивной форме панкреатита.

Таким образом, терапия панкреатита пептидными препаратами имеет свое клиническое и социально-экономическое обоснование. Включение даларгина в комплекс лечебных мероприятий при остром панкреатите является патогенетически обоснованным и перспективным.

ВЫБОР МЕТОДА ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ТЯЖЕЛОМ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

*Эрметов А.Т., Юнусов Р.С., Мамадумаров Т.С.,
Рузматов А.Э., Бозорбоев У.Р., Ибрагимов Ш.Р.,
Аълоханов А.А.*

Наманганский филиал РНЦЭМП

Стандартный подход к лечению острого панкреатита подразумевает консервативную тактику, которая обычно оказывается весьма эффективной. Однако у 15-20% больных острым панкреатитом могут наблюдаться признаки гнойно-деструктивной патологии в поджелудочной железе, что указывает на необходимость хирургического вмешательства.

Цель: выбор оптимального объема хирургического вмешательства для улучшения результатов лечения больных с тяжелым острым гнойным деструктивным панкреатитом.

Материал и методы: под нашим наблюдением в 2006-2016 гг. находились 148 больных с тяжелыми распространенными инфицированными формами панкреатита. Мужчин было 67 (45,3%), женщин 81 (54,7%). Возраст больных – от 19 до 73 лет. При поступлении больные были подвергнуты комплексному обследованию, включавшему клинико-лабораторные, ультразвуковые, рентгенологические методы, фиброгастроудоденоскопию и мультиспиральную компьютерную томографию.

Результаты: при установке диагноза деструктивно-го панкреатита с наличием осложнений в виде оментобурсита и забрюшинных затеков больных подвергались оперативному вмешательству открытым способом. Оментобурсит – это наличие гнойно-некротического содержимого в сальниковой сумке с повреждением заднего листка брюшины и некроза тканей поджелудочной железы. 54 (36,4%) пациента были оперированы по поводу тотального гнойного крупноочагового панкреонекроза с наличием распространенной забрюшинной флегмоны. 68 (45,9%) больных оперированы с диагнозом субтотальный крупноочаговый гнойный панкреонекроз, осложненный забрюшинной флегмоной. У 26 (17,6%) больных во время операции диагностирован субтотальный мелкоочаговый гнойный панкреонекроз, осложненный центральной забрюшинной флегмоной. Во всех случаях операцию завершали установлением широкой оментобурсостомии

для проведения программированной санации зоны деструктивного процесса – сальниковой сумки. Сроки проведения программированной санации зависели от тяжести состояния больного и степени повреждения ткани поджелудочной железы. Оперативное вмешательство проводили под внутривенным наркозом. Продолжительность оперативного вмешательства варьировала от 30 до 60 минут. Интароперационно проводилась ревизия поджелудочной железы, по возможности удалялись омертвевшие ткани в пределах здоровой ткани. Операцию заканчивали обработкой зоны повреждения мазью левомеколь с рыхлой тампонадой марлевыми салфетками. Обязательным было сквозное дренирование сальниковой сумки. У больных с наличием больших забрюшинных затеков обязательно проводили люмботомию с широким дренированием зоны флегмон. В послеоперационном периоде больным проводилась интенсивная инфузионно-трансфузионная, антибактериальная, антисекреторная, симптоматическая терапия. Программированная санация проведена один раз у 2 (1,5%) больных, дважды – у 6 (1,5%), трижды – у 24 (17,1%), четырежды – у 58 (33,5%), пятьюкратно – у 42 (28,3%), шесть раз – у 16 (12,8%). Благоприятный исход лечения отмечался у 111 (72,9%) больных. Умерли 37 (27,1%) пациентов.

Выводы: 1. «Открытый» метод оперативного вмешательства в хирургическом лечении острого деструктивного панкреатита показаны при распространенном инфицированном панкреонекрозе и его осложнениях: обширном панкреатогенном абсцессе и флегмоне забрюшинной клетчатки. 2. «Открытый» метод оперативного вмешательства, а также программированная санация позволяют визуально контролировать и активно влиять на гнойно-некротический процесс, предупреждать или своевременно распознавать развивающиеся осложнения. 3. Послеоперационную летальность при использовании этого метода хирургических вмешательств по сравнению с полужакрытыми способами удалось снизить более чем в 2 раза – с 60,0 до 27,1%.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

*Эрметов А.Т., Рузматов А.Э., Исманов А.А.,
Мамаджанов А.А., Исхаков Н.Б., Долимов Л.М.
Наманганский филиал РНЦЭМП*

Лечение панкреонекроза остается сложной и во многом нерешенной проблемой абдоминальной хирургии. В последние 20-25 лет заболеваемость некротическим панкреатитом неуклонно растет. В настоящее время острый деструктивный панкреатит по частоте встречаемости занимает второе место в структуре острых хирургических заболеваний органов брюшной полости после острого холецистита, а по летальности вышел на первое место.

Цель: выбор комплексных методов лечения тяжелых деструктивных форм острого панкреатита.

Материал и методы: в хирургических отделениях с деструктивными формами острого панкреатита оперированы 342 больных. Для установления диагноза применяли ультразвуковое исследование (УЗИ ENVISOR фирмы «Philips» и XUCAN YES фирмы «Хусан»), эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС) и при необходимости компьютерную томографию (МсКТ, Siemens Somatom Emotion-6).

Результаты: для деструктивного панкреатита характерным является бурное начало и сильный болевой синдром. При поступлении больных в начальных стадиях болезни для определения тяжести состояния применяли простой метод оценки по С.Ф. Багненко и соавт. (2004). Наличие хотя бы двух признаков позволяет диагностировать тяжёлую форму острого панкреатита. Тяжелая форма панкреатита установлена у 286 (83,6%) больных с выраженными клиническими проявлениями болезни (явления гемодинамических и дыхательных нарушений и полиорганной недостаточностью), которые были госпитализированы в реанимационное отделение.

Лапароскопические операции проводили у 47 (13,7%) больных: лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости и сальниковой сумки у 22 (6,4%); наложение холецистостомы и дренирование сальниковой сумки у 11 (3,2%); холецистэктомия и дренирование сальниковой сумки у 8 (2,3).

Лапаротомия с наложением бурсостомы выполнена у 285 (83,3%) больных. Из них санация и дренирование сальниковой сумки, брюшной полости + некрэктомия + наложение бурсостомы осуществлена у 99 (28,9%) пациентов. Холецистэктомия с дренированием холедоха по Пиковскому и некрэктомия проведена у 58 (16,9%) пациентов, ХЭК, некрэктомия, наложение бурсостомы – у 56 (16,3%), санация и дренирование сальниковой сумки, брюшной полости с наложением бурсостомы и дренирование забрюшинного пространства люмботомным доступом – у 72 (21,0%).

Программированные операции через оментобурсостому и этапную некрсеквестрэктомия проводили с учетом тяжести состояния больных, через 24, 48 и 72 часа. Максимальная частота санации – 25 раз.

Длительную внутриартериальную катетерную инфузионную терапию (ДВАКТ) проводили у 78 (22,8%) больных. 83 (24,2%) больным для энтерального питания во время операции был установлен назоинтестинальный зонд 20-40 см ниже связки Трейтца. Энтеральное питание начинали через 12 часов после операции. Оптимальный раствор для энтеральных инфузий можно приготовить следующим образом: 400 мл 0,9% натрия хлор, 400 мл 5% глюкозы, 50 мл 4% раствора бикарбоната натрия, 20 мл 10% хлорида калия, 10 мл 10% хлорида кальция и 10 мл 25% раствора магния сульфат, раствор Рингера до 2-3 л в сут (от 20 до 50 мл/ч.). После стабилизации состояния и появления кишечной перистальтики переходили на стандартные полимерные смеси. Можно вводить жидкости в виде рисового отвара, кипяченой воды, а также негазированные мине-

ральные воды. Ранние энтеральные инфузии являются действенным фактором восстановления и поддержания желудочно-кишечной моторики.

Послеоперационные осложнения наблюдались у 152 больных. Развитие забрюшинной флегмоны отмечалось у 88 (25,7%) больных, формирование абсцессов брюшной полости – у 20 (5,8%), аррозивные кровотечения из ППЖ – у 32 (9,3%), панкреатические свищи – у 10 (2,9%), кишечные свищи – у 2 (0,5%), полиорганная недостаточность у 99 (28,9%).

Таким образом, применение простых прогностических методов оценки тяжести состояния больных позволяет выбрать правильную тактику лечебно-диагностических мероприятий и определить сроки оперативного вмешательства впервые часы после приема больных. Внутриаортальное введение препаратов, а также раннее энтеральное питание способствует более быстрому выздоровлению больных, тем самым улучшая результаты лечения.

ЎТКИР ДЕСТРУКТИВ ПАНКРЕАТИТНИ ЛАПАРОСКОПИК УСУЛДА ДАВОЛАШНИ АФЗАЛЛИКЛАРИ

**Юнусов Р.С., Темиров Р.И., Хужамбердиев И.Р.,
Абдуллаев У.У., Худойбердиев А.Б., Исабоев Ш.Б.
РШТЁИМ Наманган филиали**

Ўткир панкреатит – ошқозон ости безининг ферментатив зарарланиши. Панкреатит билан касалланган беморлар шошилич хирургик касалликларни 5-10% ни ташкил қилади. Барча панкреатитларни 15-50% деструктив характерга эга бўлади. Ўткир панкреатитдан ўлган беморларнинг 80% панкреатитни инфекцион асоратлари оқибатида келиб чиқади. (Ерамишанцев А.К., Кадошук Ю.Т., 1995 й.)

Материаллар: РШТЁИМ Наманган филали 3-шошилич хирургия бўлимида 2012-2016 йиллар давомида жами 122 та бемор ўткир панкреатит диагнози билан даволанган. Булардан эркалар 47 (38,5%) та, аёллар 65 (61,5%) тани ташкил қилади. Беморларнинг 8 таси (6,5%) 6 соатгача, 18 таси (14,7%) 6-12 соат ичида, 43 таси (35,2%) 12-24 соат ичида, 53 таси (43,6%) касаллик бошлангандан 24 соат мобайнида мурожаат қилган. Беморларнинг ёшига қараб тақсимлаб чиққанимизда 97 (79,5%) таси 18 ёшдан 49 ёшгача, 18 (14,7%) таси 50 ёшдан 69 ёшгача, 7 (5,8%) таси 70 ёшдан юқори ёшда бўлган.

Беморларнинг барчаси стандарт бўйича УТТ, қорин бўшлиғи ва кўкрак қафаси обзор рентгеноскопияси, ЭФГДС текшурвларидан ўтказилган. 28 (22,9%) тасида инструментал текшириш усуллари беморнинг клиник ҳолатига мос келмаганлиги сабабли контраст МСКТ текширувидан ўтказилган.

Текширув натижалари: УТТ ўтказилган беморларнинг барчаси меъда ости беши структураси бузилганлиги ва чарви сумкасида озод суюқлик борлиги аниқланган. Кўкрак қафаси рентгеноскопиясида 23 (18,8%) тасида плевра бўшлиғида суюқлик қавати аниқланган. 43 (35,2%) та беморда қорин бўшлиғи обзор рентгеноскопиясида ичак тутилишига хос эхоқуриниш аниқланган.

Юқоридаги беморларнинг 5 (4,09%) тасида диагностика лапароскопия вақтида ўткир деструктив панкреатит аниқланган.

Беморларнинг 24 (19,6%) тасида лапароскопик қорин бўшлиғи санацияси ва дренажлаш операцияси ўтказилган. Лапароскопик операция ўтказилган беморларнинг 3 (12,5%) тасида 72 соатдан сўнг режалаштирилган лапароскопия ўтказиш вақтида инфекцияланган панкреонекроз аниқланганлиги сабабли конверсия қилиниб операция оментобурсостома қилиш билан якунланган.

6 (25%) та бемор динамик лапароскопия қилинган вақтда стерил панкреонекроз аниқланганлиги сабабли операция қорин бўшлиғи қайта санацияси ва дренажлаш билан якунланган.

Беморларнинг 9 (7,3%) тасида ўлим ҳолати кузатилган. Ўлимнинг асосий сабаби ҳамроҳ касалликлари ҳисобига, полиорган етишмовчилик сабабли ўлим ҳолати юзага келди.

Хулоса: 1.Ўткир панкреатитни каминвазив усул, яъни лапароскопик оператив даволашдан бошлаш мақсадга мувофиқ. 2. Лапароскопик операциядан бошлаш, беморда давом этаётган стерил панкреонекроз инфекцияланган панкреонекрозга ўтишини олдини олади. 3. Лапароскопик қорин бўшлиғи санацияси ва дренажлаш беморни стационарда камроқ бўлишини таъминлаб беради. 4. Лапароскопия усули косметик аҳамиятга эга бўлиб, бундан ташқари операциядан кейинги чурралар бўлишини олдини олади.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

**Юнусов Р.С., Алижанов А.А., Курбонбоев Б.Н.,
Долимов Л.М.
Наманганский филиал РНЦЭМП**

Принципы хирургического лечения больных острым панкреатитом за последние годы претерпели существенные изменения. Современная панкреатология прошла период своего развития от диаметрально противоположных взглядов в отношении тактики консервативного ведения, оперативного лечения и хирургических подходов. Различия в лечении острого панкреатита в различных медицинских учреждениях зависят от неодинакового оснащения лечебно-диагностическим оборудованием лечебных учреждений, отсутствия единой рабочей классификации, строгого выполнения стандартов тактического ведения больных, единых подходов в выполнении оперативного пособия.

Цель: определение времени, показаний и объема хирургических вмешательств в лечении острого панкреатита в зависимости от фазы заболевания.

Материал и методы: в хирургических отделениях Наманганского филиала РНЦЭМП в 2011-2016 гг. на лечении находились 618 больных с диагнозом острый панкреатит, из них 389 (62,9%) женщин и 229 (37,1%) мужчин. Билиарный панкреатит наблюдался у 473

(76,5%) больных, алиментарный у 81 (13,1%), алкогольный у 48 (7,8%), посттравматический панкреатит у 16 (2,6%). Всем больным проводили ультразвуковые, рентгенологические исследования, клинико-биохимические лабораторные анализы, по показаниям мультиспиральную компьютерную томографию. Для оценки тяжести острого панкреатита использовали прогностическую шкалу Ranson (1974).

Результаты: с учетом собственных, ретроспективно рассмотренных, ошибок при лечении больных с ОП придерживались дифференцированной тактики хирургического лечения. Ее основу составили степень распространения поражения поджелудочной железы (ПЖ), забрюшинного пространства и факт их инфицирования. В связи с этим стремились ограничить оперативные вмешательства в период отека поджелудочной железы и первые 7-10 дней при асептических формах панкреонекроза, усиливая консервативную терапию в последних случаях.

Абсолютным показанием к хирургическому вмешательству является достоверное инфицирование очагов панкреонекроза. В то же время показаниями к оперативному вмешательству являются: а) сочетание панкреонекроза (даже асептического) с острым деструктивным холециститом; б) наличие у больного перитонита при невозможности дренирования лапароскопически; в) неэффективность консервативной терапии в течение 48 ч.

Основываясь на ухудшении клинико-лабораторных показателей, ультразвуковых данных и прогрессирования распространения воспалительного инфильтрата

по забрюшинным клетчаточным пространствам, что свидетельствует об инфицируемости очагов некроза в 90% случаев, устанавливались показания к оперативному вмешательству, что подтверждалось интраоперационно.

В условиях гнойно-некротического процесса в поджелудочной железе и забрюшинных клетчаточных пространствах, когда некротический компонент преобладает над жидкостным, как правило, пункционно-го метода и единичного оперативного вмешательства недостаточно. В данной ситуации наиболее оптимальным является методика управляемой лапаростомы с программированными некрсеквестрэктомиями. Для выполнения поставленной задачи необходимо создание или поддержание хорошо дренируемой гнойно-некротической полости минимум в течение 2-3-х недель.

Выводы: 1. Абсолютным показанием к хирургическому вмешательству является достоверное инфицирование очагов панкреонекроза. 2. Применение видеолапароскопии на ранней стадии заболевания позволяет выявить острый панкреатит, оценить его тяжесть на момент выполнения операции и дать прогноз возможного прогрессирования заболевания, а также позволяет эвакуировать перитонеальный выпот с последующим дренированием брюшной полости. 3. В фазе гнойно-септических осложнения необходимо выполнять традиционную лапаротомию, а показанием к малоинвазивным вмешательствам является наличие единичных гнойных очагов в зоне поражения.

II. ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ У ДЕТЕЙ

Акилов Х.А., Матякубов Х.Н.

Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи,

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Среди хирургических заболеваний печени и желчевыводящих путей наиболее тяжелыми являются те, которые сопровождаются стойкой непроходимостью магистральных желчных протоков с последующим развитием механической желтухи (МЖ). Вопросы диагностики и дифференциальной диагностики причин обтурации желчных путей актуальны и в настоящее время. Хирургические вмешательства у больных МЖ, выполняемые по экстренным показаниям, сопровождаются большим числом осложнений, а летальность достигает 15-30%, что в 4 раза выше, чем в тех случаях, когда МЖ удается ликвидировать до операции.

Цель: улучшение результатов лечения больных с синдромом МЖ путем оптимизации диагностики и внедрения новых технологий лечения.

Материал и методы: в 2005-2017 гг. в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи на лечении находились 78 больных в возрасте от 2 мес. до 17 лет. Причинами МЖ у 38 (48,71%) больных были кистозная трансформация общего желчного протока, у 18 (23,07%) – желчнокаменная болезнь (холедохолитиаз), у 14 (17,94%) – атрезия желчевыводящих путей. Независимо от этиологии механической желтухи основные патофизиологические звенья синдрома сходны, что позволяет применять единую лечебно-диагностическую тактику.

Результаты: проведено обследование и лечение 78 детей, из них 42 (53,84%) девочки и 36 (46,15%) мальчиков.

Так как МЖ является неотложным состоянием, которое требует быстрой установки диагноза и декомпрессии желчевыводящих протоков, в течение первых двух суток всем больным проводилась весь комплекс мер, включавший клинические и биохимические анализы, УЗИ, КТ (МСКТ), МРТ, ЭРХПГ. УЗИ гепатикохоледаха выполнено всем детям. При этом прямые признаки поражения желчных протоков обнаружены только у 56 (71,79%) пациентов. Значительно расширяют диагностические возможности выявления патологии гепатопанкреатодуоденальной зоны КТ (МСКТ) и МРТ, которые произведены нами у 24 (30,76%) пациентов при неубедительных данных УЗИ.

Одним из методов диагностики патологии гепатобилиарной системы у детей является эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, выполненная

у 8 (10,25%) пациентов и у 2 (2,56%) дополненная ЭПСТ.

22 (28,20%) из 38 больных с кистозными трансформациями общего желчного протока выполнена резекция кисты холедоха с наложением гепатикоэнтероанастомоза с каркасным кольцом на выключенной по Ру петле тонкой кишки, у 14 (17,9%) – резекция кисты холедоха с наложением гепатикоэнтероанастомоза на выключенной по Ру петле тонкой кишки, у 2 (2,5%) наложен супрадуоденальный холедоходуоденоанастомоз.

18 детей оперированы с диагнозом калькулезный холецистит с холедохолитиазом, у 10 (12,82%) из них выполнена лапароскопическая холецистэктомия с дренированием холедоха по Пиковскому, у 4 (5,1%) – эндоскопическая холедохолитоэкстракция, в том числе 3 первично, 1 после холецистэктомии, т.к. через 6 лет ребенок поступил повторно с множественными камнями внутри- и внепеченочных желчных протоков. Стандартная лапаротомия с холецистэктомией произведена у 4 (5,1%) пациентам.

Из всех 14 (17,94%) пациентов с атрезией желчевыводящих путей до двухмесячного возраста обратились 6 (7,6%). У остальных 8 (10,25%) детей, старше 3-х месяцев, имел место билиарный цирроз с осложнениями. Эти пациенты являлись неоперабельными и были направлены к гепатологу. Дети в возрасте до 2-х месяцев после кратковременной предоперационной подготовки оперированы. После интероперационной холангиографии и биопсии печени этим детям произведена операция портоэнтеростомии по Kasai.

Таким образом, благодаря УЗИ, ЭРХПГ, КТ, МРТ появилась возможность не только ранней диагностики заболеваний гепатобилиарной системы, но и динамического наблюдения за больными и выбора оптимального срока хирургического вмешательства.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА МИРИЗЗИ

*Алиджанов Ф.Б., Хаджибаев Ф.А.,
Тилемисов С.О., Тилемисов Р.О.*

Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи

Частота встречаемости синдрома Мириizzi (СМ) среди всех осложнений желчнокаменной болезни, по разным данным, составляет от 2,7 до 5,0%. Хирургические вмешательства у больных с СМ относятся к разряду наиболее трудных в экстренной хирургии желчевыводящих путей. Летальность при этом достигает 13,3%.

Материал и методы: нами проанализированы результаты диагностики и лечения 115 больных с СМ, из них 36 (31,3%) мужчин и 79 (68,7%) женщин. Средний возраст – 41 год. У всех обследованных больных при поступлении наблюдались явления механической желту-

хи (МЖ) с билирубинемией от 55 до 840 мкмоль/л. У 48 (42,3%) больных имелась клиника гнойного холангита. На первом этапе начинали с выполнения эндоскопических диагностических и оперативных вмешательств в виде ретроградной панкреатохолангиографии (РПХГ) с эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ), а при их неэффективности чрескожно-чреспеченочная холангиография (ЧЧХГ) и чрескожно-чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС). РПХГ была выполнена всем пациентам. 102 (88,7%) больным с СМ на фоне РПХГ в последующем проводили ЭПСТ. У 13 (11,3%) больных в связи с тем, что данное вмешательство им ранее было выполнено, от проведения ЭПСТ воздержались. Литоэкстракция (ЛЭ) удалась лишь у 4 (3,5%) больных после механической литотрипсии. ЛЭ не проведена 22 больным из-за несоответствия размеров ТОХ и конкремента: 6 (5,2%) больным выполнено назобилиарное дренирование и отведение желчи, 4 (3,4%) эндобилиарное стентирование холедоха и 12 (10,4%) больным выполнено чрескожно-чреспеченочное дренирование. После купирования механической желтухи и холангита оперированы 78 больных. У 23 больных проведенные оперативные вмешательства в срочном и отсроченном порядке завершались разобщением ХБС и поперечным ушиванием дефекта стенки холедоха. Летальный исход наступил у 2 (2,5%) больных. Пластика стенки холедоха на дренаже Кера применена у 38 больных, летальный исход в этой группе был 1 (0,8%). Глухой шов холедоха с дренированием холедоха по Пиковскому выполнен у 11 больных, при этом летальных исходов в данной группе не отмечалось. Ликвидация дефекта стенки холедоха осуществлялась путем произведения пластики последней у 4 больных. Причем у этих больных пластика свища осуществлялась формированием пузырьного протока из стенки желчного пузыря и дренированием холедоха в области пластики через сформированный канал по предложенной методике нами клинки. Летальных исходов не наблюдалось. У 2 больных была проведена гепатикодуоденостомия. У больных с пластикой свища с формированием пузырьного протока по предложенной нами методике осложнений не было. Несомненно, это является свидетельством более высокой эффективности и адекватности хирургической коррекции ХБС предложенным новым методом по сравнению с традиционным.

Заключение: хирургическое лечение больных СМ с ХБС вследствие наличия у них МЖ и гнойного холангита (ГХ) целесообразно проводить в два этапа. На первом этапе основной задачей должна быть коррекция имеющихся МЖ и ГХ путем внутреннего и наружного отведения желчи с помощью ретроградных эндобилиарных способов (РПХГ с ЭПСТ, назобилиарное дренирование, эндобилиарное стентирование и ЧЧХГ с ЧЧХС). Вторым этапом для коррекции ХБС больным показаны различные открытые хирургические вмешательства в срочном и отсроченном порядке. Одним из перспективных направлений является пластика свища холедоха с формированием пузырьного протока и дрениро-

ванием общего желчного протока с области пластики через сформированный канал.

ЭТАПНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККА ПЕЧЕНИ С СИНДРОМОМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕННОГО СТАЦИОНАРА

Анваров Х.Э., Хаджибаев Ф.А., Хашимов М.А., Мирзакулов А.Г., Тилемисов С.О.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Осложнения эхинококкоза печени, согласно данным литературы, наблюдаются у 26-63% больных (Каримов Ш.И., 2005; Назыров Ф.Г. и др., 2007, Шевченко Ю.Л. и др., 2016). Одним из наиболее опасных для жизни осложнений является прорыв кисты в желчные протоки с развитием их обтурации и механической желтухи. Зачастую указанные осложнения проявляются только симптоматически, скрадывая этиологию и удлиняя сроки оказания адекватной квалифицированной помощи.

Материал и методы: в РНЦЭМП в 2006-2016 гг. под наблюдением находились 412 больных с различными осложнениями эхинококкоза печени. У 34 (8,25%) из них наблюдался прорыв кист в билиарное дерево, что сопоставимо с данными других авторов (Кубышкин В.А., 2002; Хаджибаев А.М., 2005). При поступлении пациенты жаловались на боли и чувство тяжести в правом или левом подреберье, пожелтение кожных покровов и склер, повышение температуры тела до 39°C с ознобом (триада Шарко), снижение аппетита, потемнение цвета мочи, осветление стула, что указывали на классическую картину обтурационного гнойного холангита. Ясность в постановку клинического диагноза вносили внедренные в ежедневную практику инструментальные методы исследования – УЗИ, КТ, дополненные иммуноферментным анализом (ИФА) с использованием человеческого Ig, имеющего специфичность до 95% (Ахмедов И. Г. и др., 2005, Hong S.-T. et al., 2008, 2013). Всем больным в 1-е сутки (в зависимости от тяжести состояния) была произведена ретроградная панкреатохолангиография (РПХГ), подтверждающая диагноз, при которой у 20 (58,8%) обследованных произведены удаление хитиновых оболочек и деблокада желчных путей с дальнейшей открытой операцией. У 14 (28,5%) больных попытки удаления хитиновых оболочек не увенчались успехом, эти больные были также подвергнуты оперативным вмешательствам. Проведение предоперационной РПХГ позволило не только снизить возможную послеоперационную летальность путем своевременного разрешения билиарной гипертензии, но и определить взаимоотношение кист с магистральными желчными протоками и сосудами, тем самым уменьшив частоту их случайных повреждений.

Всем больным с прорывом эхинококковой кисты в желчные пути и возникновением механической жел-

тухи после произведенной РПХГ была произведена эхинококкэктомия методами, принятыми в клинике и описанным в литературе (Шевченко Ю.Л., Назыров Ф.Г., 2016). У пациентов эти методы были дополнены перицистэктомией с обязательным наружным дренированием остаточной полости.

Абсолютным показанием к перицистэктомии считали обызвествление фиброзной капсулы, оставление которой, как показали наши исследования и данные других хирургов (Alonso-Casado O., 2001), является причиной стойкого наружного желчно-гнойного свища. Перицистэктомию выполняли прецизионно, избегая повреждения трубчатых структур печени, но без ущерба для адекватности операции. Удаляли обызвествленные участки фиброзной капсулы, а интимно спаянные с сосудами или желчными протоками необызвествленные участки частично иссекали с безопасным оставлением лишь небольших участков капсулы. Одним из важных элементов эхинококкэктомии из печени является соблюдение принципа антипаразитарности (надежная изоляция операционной раны и обеззараживание зародышевых элементов паразита во время операции). Из предложенных в настоящее время способов антипаразитарной обработки эхинококковых кист в клинике РНЦЭМП применялся наиболее безопасный, простой и эффективный способ с использованием 80% стерильного глицерина с экспозицией 10 мин.

У 4 (28,5%) из подвергнутых операциям больных с прорывом эхинококковой кисты в желчные пути возникли ранние послеоперационные осложнения в виде нагноения послеоперационных ран. 1 (7,1%) пациентке потребовалась релапаротомия в связи с формированием внутрибрюшного желчного свища. Умер 1 больной в связи с запоздалым обращением и, как следствие, выраженной печеночной дисфункцией на фоне обтурации желчных путей и гнояного холангита. Послеоперационный период в среднем составил $12,4 \pm 1,2$ дня у больных с успешной ретроградной деблокадой желчных путей и $16 \pm 1,33$ дня у больных, оперированных на фоне продолжающейся обструкции холедоха, при этом период пребывания в отделении реанимации составил соответственно $2,8 \pm 0,4$ и $6,7 \pm 1,3$ дня.

Рецидив эхинококкового поражения в последующем отмечался у 1 больного, обратившегося через 1,5 года после ранее произведенной операции, при этом формой осложнения явилось нагноение паразитарной кисты печени.

Таким образом, двухэтапная тактика ведения больных с подозрением на прорыв эхинококковой кисты печени в желчные пути и возникновением механической желтухи, с проведением прицельного диагностического поиска позволяет подтвердить диагноз и в 96,7% случаев определить период жизнедеятельности паразита. Целенаправленное ретроградное исследование желчных путей является не только высокоспецифичным диагностическим, но и терапевтическим методом, позволяющим устранять причину механиче-

ской желтухи, адекватно санировать билиарное дерево и уменьшать риск послеоперационных осложнений. Выбор тактики комплексной диагностики и лечения подобной категории больных позволяет адекватно и своевременно оказать экстренную помощь больным и уменьшить расходы на их послеоперационную реабилитацию.

СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВНОГО ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

*Арипова Н.У., Назыров Ф.Н., Арипова М.У.,
Лим В.Г., Отмуратов М.Р.*

Научный центр хирургии печени и ЖВП МЗ РУз

До настоящего времени проблема рецидивного холедохолитиаза остается актуальной и его частота составляет более 7%. Использование новых диагностических и лечебных технологий не снижают число больных с оставленными камнями желчевыводящих путей. Тактические подходы к его устранению различны и не всегда обоснованы. Велик процент повторных вмешательств по поводу рецидивного холедохолитиаза, а летальность при этом превышает 10% [Гальперин Э.И., 2003].

Целью нашего исследования было изучение причин рецидивного холедохолитиаза и выработка современной рациональной тактики лечения данной группы больных.

Мы располагаем опытом лечения 58 больных с рецидивным холедохолитиазом после различных видов операций.

Основными методами диагностики рецидивных камней желчевыводящих путей явились: ультразвуковое исследование (УЗИ), эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатикография (ЭРХПГ) и диагностическая значимость которых соответственно составляет 86-97%.

Больные с рецидивным холедохолитиазом были подвергнуты следующим вмешательствам: неоперативное удаление камней через наружный желчный свищ – 1; эндоскопическая папиллосфинктеротомия – 48; холедохолитотомия, билиодигестивные анастомозы – 9.

Самым надежным методом устранения рецидивного холедохолитиаза – эндоскопическая папиллосфинктеротомия, эффективность которой составляет 94,5%. Частота осложнений при ЭПСТ составила 8,8% (острый панкреатит, холангит, амилаземия). Летальных исходов не было.

При неудавшихся ЭПСТ повторная холедохолитотомия завершалась наружным дренированием протоков. Причинами неудовлетворительного лечения явились резидуальный холедохолитиаз у 7 больных, рецидивный у 4, стриктура терминального отдела холедоха в одном наблюдении. Отдаленные результаты при ЭПСТ расценены как неудовлетворительные у 2,6% больных (холангит, рестеноз большого дуоденального

соска). Причиной неудовлетворительных результатов холедохотомии с наружным дренированием холедоха явились оставленные камни, что потребовало ЭПСТ у 3 больных, а у остальных четырех больных после извлечения камней был сформирован холедоходуоденоанастомоз.

Билиодигестивные анастомозы формировались лишь при парафатериальных дивертикулах, а также при множественном холедохолитиазе в сочетании с протяженными рубцовыми стенозами или воспалительными изменениями терминального отдела холедоха. Неудовлетворительные результаты получены у 3 больных (холангит, резидуальный холедохолитиаз и синдром «слепого мешка»).

Таким образом, основной причиной рецидива камней является неадекватный отток желчи по билиарной системе. Наилучшие результаты устранения рецидивных камней получены после эндоскопической папиллосфинктеротомии, и повторные открытые вмешательства должны выполняться по строгим показаниям для обеспечения адекватности лечения.

ИЗМЕНЕНИЯ РЕЗОРБТИВНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ПРИ НАРУШЕНИИ ЭНТЕРОГЕПАТИЧЕСКОЙ ЦИРКУЛЯЦИИ ЖЕЛЧИ

*Арипова Н.У., Назиров Ф.Н., Матмуратов С.К.,
Исраилов Б.Н., Умаров Д.А.*

**Научный центр хирургии печени и
желчевыводящих путей МЗ РУз**

Научные исследования, проведенные в последние десятилетия, значительно расширили представления о механизме образования камней, о ЖКБ и ее осложнениях, позволили сформировать более эффективные лечебные программы для оказания помощи больным.

Как известно, нарушение enteroгепатической циркуляции ЖК осуществляется двумя путями: нарушением вследствие поступления ЖК в кишечник и из-за нарушения всасывания ЖК из кишечника, т.е. в печень поступает недостаточное количество ЖК.

В НЦХП и ЖВП МЗ РУз была создана экспериментальная модель разрыва enteroгепатической циркуляции ЖК путем создания наружного кишечного свища на уровне тощей кишки.

Цель: изучение резорбтивной функции желчного пузыря при нарушении enteroгепатической циркуляции желчи на уровне тонкого кишечника.

Материал и методы: транспэпителиальный перенос ионов изучали на изолированном желчном пузыре, выделенном у экспериментальных животных на 3-й, 7-й и 21-й дни после операции. Изолированный желчный пузырь, содержащий желчь, помещали в раствор Кребса при постоянном насыщении раствора газовой смесью, состоящей из 95% O₂ и 5% CO₂. Температура поддерживалась в пределах 37°C. Гравиметрическим способом определяли скорость перехода жидкости из полости желчного пузыря наружу. Эксперименты про-

ведены как при условиях нормального осмотического состояния, так и при добавлении в питательный раствор строфантин-Г в концентрации 1,10x4 г/л в качестве ингибитора Na-оубаиновых каналов транспорта натрия и калия.

Результаты: у интактных животных транспэпителиальный перенос ионов в нормоосмотическом состоянии направлен в желчный пузырь. Скорость потока составляет 12,5 мг/см²/ч, в условиях оубаиновой блокады скорость потока направлена в противоположном направлении и составляет 12,5 мг/см²/ч:

Так, на 3-и сутки нарушения всасывания ЖК в условиях нормоосмотического состояния поток транспэпителиального переноса электролитов осуществляется в желчный пузырь. При этом скорость потока составляет 24,6 мг/ч/см², что свидетельствует о транспэпителиальном переносе ионов в желчный пузырь. Инкубация желчных пузырей в среде содержащей строфантин-Г была однонаправленной. Скорость перехода жидкости в желчный пузырь снижалась и составляла 12,3 мг/ч/см²;

– на 7-й день с потерей кишечного содержимого показали, что при инкубации данных желчных пузырей в условиях нормоосмотического состояния поток жидкости направлен в желчный пузырь и скорость перехода жидкости составляет 22,8±0,01 мг/ч/см². Инкубация желчных пузырей от данной собаки в среде содержащей строфантин-Г была однонаправленной и скорость переноса ионов в желчный пузырь была в 3,64 раз меньше;

– на 21-й день в условиях нормального осмотического состояния перенос ионов направлен из желчного пузыря в среду инкубации, и скорость перехода составляет 42,1 мг/ч/см². Внесение данного желчного пузыря в условиях блокады Na-оубаиновых каналов вызванной блокадой строфантин-Г установлено, что поток жидкости направлен из желчного пузыря в среду инкубации, но при этом он составляет 31,5 мг/ч/см², что на 25,2% меньше исходного нормоосмотического потока.

Следовательно, при нарушении enteroгепатической циркуляции желчи вследствие потери вместе с кишечным содержимым, поток резорбции жидкости направлен на 3-й и 7-й день в желчный пузырь, а на 21-й день из желчного пузыря наружу. Видимо, этот феномен связан с активацией ферментов – бикарбонатных аденозинтрифосфатаз, локализованных в слизистой оболочке желчного пузыря и снижением роли транспортных каналов, направленных в желчный пузырь.

Таким образом, при нарушении enteroгепатической циркуляции желчи вследствие потери кишечного содержимого с 3-го по 7-й день наблюдается активация транспэпителиального перехода ионов в серозном слое желчного пузыря, при этом эффект на 7-й день выше, чем на 3-й. А на 21-й день наблюдался поток ионов из желчного пузыря в среду инкубации, который также регулируется Na, K-АТФазой.

ДИНАМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ФУНКЦИИ ЖЕЛЧЕВЫДЕЛЕНИЯ И ЖЕЛЧЕОБРАЗОВАНИЯ ПЕЧЕНИ

*Арипова Н.У., Набиев А.Н., Матмуродов С.К.,
Бекмухамедова Ф.С.*

**Научный центр хирургии печени и
желчевыводящих путей**

В настоящее время отсутствует единое мнение о комплексе патофизиологических изменений, характеризующих состояние желчевыделительной и желчеобразующей функции печени, возникающих в данной ситуации.

Цель: изучение динамики выделения желчи и ее основных компонентов при внепеченочном холестазае.

Материал и методы: в НЦХП и ЖВП МЗ РУз проводились экспериментальные исследования на беспородных крысах массой 140-180 г. После перевязки общего желчного протока у лапаротомированных крыс на 3-й, 7-й, 14-й, 21-й, 28-й и 35-й дни собирали желчь. Определяли объем секретируемой желчи и ее основные компоненты: билирубин, холестерин, желчные кислоты. Высчитывали показатели литогенности желчи: холато-холестериновый коэффициент (ХХК) и индекс литогенности (ИЛ).

Результаты: определение уровня желчи на 3-й день внепеченочного холестаза у выживших крыс показало, что за 4-часовой период наблюдения накапливается желчь на 31,4% больше, чем у интактными животных. На 7-й и 14-й дни количество желчи уменьшается соответственно в 3 и в 7,7 раза. В последующие сроки при 4-часовом сборе желчи секреторной активности печени не наблюдалось. Следует отметить, что с 7-го дня холестаза желчный проток расширяется и приобретает форму «мешка», в котором накапливается желчь. Объем «мешка» на 7-й день составляет 576,6 мг/100 г массы крыс, на 14-й день – 1575,3; на 21-й день – 2574, на 35-й день – 4666,6.

Концентрация и содержание желчных кислот в полученной желчи крыс после 3-дневного холестаза свидетельствует о том, что основная функция гепатоцитов имеет тенденцию к снижению и достоверно не отличается от таковой у интактных животных. На 7-й день концентрация и содержание холатов снижались соответственно в 2,25 и 6,4 раза. На 14-й день отмечается усугубление секреторной активности печени. На 21-й день концентрация желчных кислот в желчи из «мешка» была в 1,5 раза выше, чем на 7-й день холестаза. Общее содержание желчных кислот составило 8,360 мг/100 г. Видимо, подобное повышение концентрации можно объяснить дегидратацией желчи. Аналогичные изменения выявлялись на 35-е сутки эксперимента.

Отмечается угнетение холестеринвыделительной функции, начиная с 3-го по 35-й день, в эти же сроки усиливается экскреция билирубина в желчь.

Вычисление показателей литогенности желчи показало, что содержание ХХК на 3-й день экспери-

мента увеличивается на два раза. В последующие дни (7-35) ХХК существенно не изменился, составив 20,5-25,7.

Индекс литогенности, начиная с 3-го дня эксперимента, постепенно увеличивался и составлял от 0,35 до 0,54.

Таким образом, при механической желтухе при наблюдении в течение 35 дней отмечается угнетение выделения и образования желчи. Начиная с 7-го дня холестаза, холатосинтетическая и холестеринвыделительная функция печени резко подавляется. Возрастает концентрация билирубина в желчи. Ухудшается коллоидная стабильность последней.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ДИАГНОСТИКИ И ВЫБОР ТАКТИКИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ЕЕ ОСЛОЖНЕНИЯМИ

Арипова Н.У., Исмаилов У.С., Рузимуродов Н.Ф.
Ташкентская медицинская академия

Своевременная диагностика желчнокаменной болезни (ЖКБ) и ее осложнений остается актуальной проблемой хирургической гепатологии. Причина этого – как рост числа больных с данной патологией, так и увеличение среди них лиц пожилого и старческого возраста. Учитывая данную ситуацию, современное развитие хирургии требует применения различных методов для лечения этой категории больных, особенно максимально щадящих и малоинвазивных методов. Широкое внедрение в клиническую практику новых передовых технологий открывает определенные перспективы в успешном хирургическом лечении больных с патологией желчевыводящих путей.

Цель: улучшение результатов диагностики и хирургического лечения больных с осложненными формами желчнокаменной болезни выбора типа оперативного доступа или их сочетаний (эндоскопический, лапароскопический, минилапаротомный, открытая лапаротомия).

Материал и методы: в Научном центре хирургии печени и желчевыводящих путей МЗ РУз (клиническая база РКБ №1 МЗ РУз на базе кафедры факультетской хирургии ТМА) за период с сентября 2016 года до апреля 2017 года на обследовании находились 120 больных с ЖКБ, из них 54 – хроническим калькулезным холециститом, 66 – острым калькулезным холециститом. Среди больных было 78 женщин и 42 мужчины. Средний возраст 61,3 года (от 24 до 78 лет).

Результаты: у 68 больных выявлена гипербилирубинемия, показатели билирубина колебались в пределах $75,6 \pm 15,5$ ммоль/л. У больных острым калькулезным холециститом и особенно острым обтурационным калькулезным холециститом отмечалось повышение лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) в среднем до $6,4 \pm 2,2$.

У 42 больных на основании объективного осмотра и данных УЗИ была обнаружена картина острого обтурационного калькулезного холецистита. У 26 из них имелось расширение холедоха до 1,0 см. Первым этапом им была произведена ЭПСТ с холедохоэкстракцией конкремента. У 21 больного выявлен холедохолитаз, у 10 холедохолитаз в сочетании со стенозом БДС. После купирования приступа была произведена лапароскопическая (11) и традиционная (15) холецистэктомия.

У 30 больных хроническим калькулезным холециститом на УЗИ выявлен сморщенный желчный пузырь с конкрементами; у 17 из них имелось расширение холедоха (у 4 было определено наличие конкремента в терминальном отделе холедоха до 8-10 мм в диаметре). 28 пациентам произведена холецистэктомия, 2 больным первым этапом выполнена ЭПСТ с литоэкстракцией конкремента с последующей на 3-4-е сутки ЛХЭК.

Выводы: своевременная дооперационная ультразвуковая диагностика и определение типа ЖКБ позволяют правильно планировать ход операции для обеспечения благоприятного исхода не только в раннем послеоперационном периоде, но и в отдаленные сроки.

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ПРОРЫВЕ ЭХИНОКОККОВОЙ КИСТЫ ПЕЧЕНИ В ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИЕ ПУТИ

*Арипова Н.У., Назиров Ф.Н., Джамалов С.И.,
Исраилов Б.Н., Ташбулов И.А.
Ташкентская медицинская академия*

Центральная Азия относится к числу регионов эндемичных в отношении эхинококкоза. Уровень пораженности составляет от 6 до 9 человек на 1000 населения. Число осложненных форм эхинококкоза достигает 25-45%, а послеоперационная летальность – от 2,5 до 7%. Между тем вопросы диагностики, а главное, выбора хирургической тактики при данной тяжелой патологии до конца не решены.

Прорывы эхинококковых кист в желчные пути встречаются в 5-10% случаев гидатидного эхинококкоза печени, при этом в 55% поражается общий желчный проток. Клинические проявления прорыва эхинококковой кисты в желчные протоки часто сходны с клиническими проявлениями острого холецистолангита с механической желтухой: внезапное начало, сопровождающееся болями в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, лопатку и поясницу справа, повышение температуры с ознобами, рвотой и появление желтушного окрашивания склер, кожи, темной мочи.

Если описанная клиника развивается у больного эхинококкозом печени или удастся выяснить, что

до развития острых явлений у больного была увеличена печень, а в момент исследования его нет, то диагноз прорыва кисты в желчные пути несомнен. Но в большинстве случаев окончательный диагноз устанавливается на операционном столе: при наличии эхинококковой кисты печени определяются напряженные желчные протоки, из которых при холедохотомии удается извлечь обрывки хитиновой оболочки или дочерние пузырьки эхинококковой кисты.

Под нашим наблюдением находились 556 больных эхинококкозом печени, причем у 245 (36,8%) из них были выявлены различные осложнения (преимущественно нагноение). У 31 больного отмечался прорыв эхинококковой кисты в желчные протоки с развитием обтурации их просвета дочерними кистами и обрывками хитиновой оболочки, механической желтухой и гнойным холангитом. Из общего числа больных было 14 мужчин и 17 женщин.

Большинство больных более или менее правильно указывали на момент прорыва кисты в ЖВП, что проявлялось резкими болями в эпигастрии (правом подреберье), уменьшением размеров или полным исчезновением имевшейся здесь опухоли, общую слабость. На 2-3-и сутки развивалась клиника механической желтухи и гнойного холангита (желтушность склер и кожных покровов, лихорадка с ознобом). Эти признаки постепенно прогрессировали, ухудшалось общее самочувствие, если своевременно не предпринимались меры санации желчевыводящих путей от дочерних эхинококковых кист и обрывков хитиновой оболочки.

Если у больного была выявлена эхинококковая киста и внезапно развилась вышеуказанная клиника, диагностика не представляла трудностей.

Как обязательный этап санации билиарного дерева 28 больным в неотложном порядке выполнена РЭПСТ – отмечено выделение гнойной жидкости, обрывки хитиновой оболочки и мелких дочерних кист.

После промывания гепатикохоледоха струей дезинфицирующей жидкости до полной санации протоков для контроля полноты санации и выяснения уровня обтурации повторно выполняли ЭРПХГ.

Всем больным выполнена эхинококкэктомия, тщательная обработка фиброзной капсулы, а затем, выявив цистобилиарный свищ, выполняли фистулографию через введенный в него катетер. При полной проходимости гепатикохоледоха ограничивались прошиванием свища; фиброзная капсула обрабатывалась по общепринятой методике:

В связи со значительным расширением холедоха больным сформированы билиодигестивные анастомозы (СД ХДА – у 13, по Киршнеру – Ровлендсу – у 3, по Юраш – Виноградову – у 10) с наружным дренированием по Холстеду – Пиковскому наданастомозной зоны холедоха.

3 больным ввиду выраженной инфильтрации печеночно-двенадцатиперстной связки выполнены ТДПСР,

холедохоскопия, санация протоков дезинфицирующими растворами.

4 больным произведена гепатикоеюностомия на изолированной кишечной петле по Ру с дополнительным межкишечным анастомозом аппаратом АНБА (нашей конструкции).

При выявлении желчных свищей, открывшихся в эхинококковую кисту (у 27 из 245 больных с нагноившейся кистой), после фистулохолангиографии производили их ушивание. Ни в одном случае у этих больных мы не наблюдали признаков обтурации внепеченочных желчевыводящих протоков.

Таким образом, в нестандартных ситуациях обтурации ЖВП прорвавшимися дочерними кистами эхинококкоза печени, после тщательной ликвидации цистохоледохеального свища, эхинококкэктомии (возможно радикально) выбор восстановительно-реконструктивного вмешательства на ЖВП должен быть индивидуальным.

В плановой хирургии гепатопанкреатобилиарной системы УЗС является скрининговым методом, который позволяет выявить эхинококковую кисту печени.

ЭФГДС, РЭПСТ или ЧЧХГ позволяют с уверенностью констатировать уровень и характер поражения ЖВП, БДС и решить вопрос о выборе способа и объеме хирургического вмешательства.

ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ В ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Сапаев Д.А., Бекчанов Х.Н., Кучкаров О.О.
Хорезмский филиал РНЦЭМП

Введение: Заболеваемость острым панкреатитом (ОП) как в Узбекистане, так и за рубежом неуклонно растет. Доля пациентов с деструктивным панкреатитом составляет 15-20 %. При этом летальность в зависимости от объема некроза сохраняется на уровне 20% и выше. Вопросы выбора рациональной лечебной тактики при панкреонекрозе остаются дискуссионными. Существует два основных тактических подхода. Первый заключается в активном хирургическом лечении, второй – в проведении активной комплексной консервативной терапии с широким использованием малоинвазивных лечебных видеоэндоскопических пособий.

Цель исследования: Улучшить результаты лечения пациентов с острым деструктивным панкреатитом тяжелого течения.

Материалы и методы: Работа основана на результатах обследования и лечения 107 больных острым панкреатитом из них 27 (25,2%) больных с острым деструктивным панкреатитом, находившихся на лечении в Хорезмском филиале РНЦЭМП с 2012 года по 2016 год. Мужчин было 51 (47,7%), женщин – 56 (52,3%). Возраст с 22 по 77 лет. Анализ показал, что одним из

наиболее важных факторов, определяющих лечебную тактику, течение и прогноз заболевания, является характер панкреатогенного перитонита, который был диагностирован у 12 (44,4%) больных (у 10 (83,3%) – ферментативный, у 2 (16,7%) – фибринозно-гнойный). Перитонит был диффузным и распространенным. Он отсутствовал только у 15 больных с жировым панкреонекрозом. Для верификации формы поражения поджелудочной железы использовали биохимическое исследование (амилаза, трансаминаза), ультразвуковое и компьютерно-томографическое исследование. При эхографическом подтверждении панкреонекроза считали абсолютно показанной экстренную лапароскопию, которая позволяет верифицировать форму деструктивного панкреатита с точностью от 87% до 95%, судить о наличии, характере панкреатогенного перитонита и патологических изменениях желчного пузыря, принципиально определяющих тактику лечения.

Результаты: Консервативная терапия как самостоятельный метод лечения была проведена у 84 больных, и всего в 23 наблюдениях потребовалось выполнение операции. Лечение легкого ОП включало применение базового комплекса консервативных мероприятий. При отсутствии эффекта в течение первых суток ОП считался тяжелым, пациент подлежал переводу в отделение интенсивной терапии. С целью хирургического лечения использовались миниинвазивные эндоскопические (видеолапароскопия) и традиционные хирургические операции. Показаниями к миниинвазивным вмешательствам служили ферментативный перитонит, острые жидкостные внутрибрюшные и забрюшинные скопления, несформированные ранние псевдокисты, абсцессы. Показаниями к традиционным хирургическим вмешательствам были неотграниченный инфицированный панкреонекроз, обширные зоны асептической деструкции, абсцессы с крупными секвестрами, забрюшинная флегмона.

Выводы: Таким образом, острый панкреатит представляет собой развивающийся во времени процесс, в ходе эволюции которого наблюдается смена фаз и периодов, имеющих важные патогенетические различия и характерные осложнения, определяющие диагностическую и лечебную тактику. При легком ОП методом выбора служит консервативное лечение, другие методы требуются по показаниям. При исследовании тактических подходов и методов лечения при тяжелом ОП установлено, что лечение этих больных должно быть комплексным и может быть эффективно проведено в отделении реанимации, поскольку оно включает методы интенсивной консервативной терапии, методы активной экстракорпоральной детоксикации, малоинвазивные и традиционные хирургические вмешательства.

ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ КИСТОЗНОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Вишневский В.А., Андрейцева О.И., Ионкин Д.А., Королева А.А., Шуракова А.Б., Степанова Ю.А.
ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского»
Минздрава России, Москва, Россия

Цель: показать возможность хирургического лечения пациентов с кистозной трансформацией желчных протоков (ЖП), ранее перенесших операции в нерадикальном объеме по поводу данного заболевания.

Материал и методы: за период с 2002 по 2017 гг. накоплен опыт лечения 38 больных с кистозной трансформацией желчных протоков, 21 (55,3%) из которых ранее перенесли различные оперативные вмешательства по поводу данного заболевания. Эти больные составили исследуемую группу. Средний возраст больных 42,3±14,3 года. Женщин было 19 (90,5%), мужчин – 2 (9,5%). Операции внутреннего дренирования кист желчных протоков ранее выполнены 13 больным: цистодуоденоанастомоз (ЦДА) – у 7, цистоеюноанастомоз (ЦЕА) – у 3, холедохоеюноанастомоз – у 1, ЭПСТ – у 2; холецистэктомия (без дренирования желчных протоков) ранее произведена 8 пациентам. Все больные были госпитализированы с осложненным течением кист ЖП. Ведущими симптомами были рецидивирующий холангит и механическая желтуха. В дальнейшем у большинства больных был выявлен холангиолитиаз. У 5 больных диагностированы малигнизированные кисты желчных протоков. УЗИ органов брюшной полости проводилось всем больным, компьютерная томография – 8 больным, магнитно-резонансная томография – 20 (дополненная режимом МРХГ – у 10). Диагноз до операции был установлен у 95% обследованных. У 1 больной киста общего желчного протока (ОЖП) 1-го типа была изначально расценена как рак гепатикохоледоха. Интраоперационно выявлена инвагинация стенки кисты желчного протока в ее полость. Все пациенты оперированы повторно. Резекция кистозно-измененных желчных протоков с формированием гепатикоюноанастомоза на выключенной по Ру петле тонкой кишки выполнена у 14 больных. Левосторонняя ковальная лобэктомия (ЛКЛЭ), реконструкция ГЕА произведена у 1 больного. Левосторонняя гемигепатэктомия (ЛГГЭ), резекция S1 печени, резекция гепатикохоледоха, ГЕА осуществлена у 1 пациента. Из 5 больных с малигнизированными кистами только у 1-й удалось выполнить резекцию кистозно-измененного ОЖП с формированием ГЕА. 1 больная перенесла ЛГГЭ, РЧА mts в V-VI-VII сегментах печени, резекцию ОЖП, ГЕА. Обходной гастроэнтероанастомоз был выполнен у 1 больной, эсплоративная лапаротомия – у 2.

Результаты: отдаленные результаты прослежены у 20 пациентов. 2 из них умерли вследствие прогрессирования онкопроцесса. У 1 пациентки с малигнизированной кистой ОЖП, оперированной радикально,

спустя 4 года после операции рецидива опухоли не обнаружено. У 1 пациентки диагностирована стриктура ГЭА. У остальных 16 результаты хорошие.

Заключение: при выявлении кист ЖП необходимо выполнять радикальное иссечение кистозно-измененных желчных протоков (при необходимости дополнять резекцией печени). Повторные операции технически сложны, сопровождаются высоким процентом (19%) несостоятельности билиодигестивных анастомозов, что может вести к развитию в отдаленном послеоперационном периоде рубцовых стриктур ГЭА.

При позднем обращении больного в специализированное учреждение возрастает риск развития малигнизации, возможно распространение онкопроцесса и, как следствие, снижение вероятности выполнения хирургического лечения в радикальном объеме.

УРОВЕНЬ НЕКОТОРЫХ ЭНДОГЕННЫХ АНТИМИКРОБНЫХ ПЕПТИДОВ ПРИ ОСТРОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

Гаджиев Дж.Н., Гаджиев Н.Дж., Гасимова Ш.Х.
Азербайджанский медицинский университет

Как известно, защита организма от инфекции осуществляется последовательным включением в борьбу с проникшими микробами компонентами единой функциональной комплексом – врожденным и приобретенным иммунитетом. Нейтрофилы как клетки-эффекторы воспалительной защитной реакции организма секретируют в кровь широкий спектр эндогенных антимикробных пептидов (АМП), которые как неспецифические факторы врожденного гуморального иммунитета играют очень важную ключевую роль в обеспечении первой линии защиты от инфекции. Кроме антибактериального действия, они оказывают влияние на процессы воспаления, регенерацию, продукцию цитокинов, регуляцию адаптивной иммунной системы. В последние годы отмечается повышенный интерес к изучению АМП при различных патологических процессах. В то же время в литературе отсутствуют сведения о содержании АМП при остром калькулезном холецистите (ОКХ).

Цель: сравнительная оценка уровня некоторых АМП – дефензина, белка, увеличивающего проницаемость мембран и гепсидина при остром калькулезном холецистите в зависимости от формы воспаления.

Материал и методы: исследована кровь 69 больных с ОКХ. В зависимости от морфологической формы воспаления выделено три формы ОКХ: катаральная (26 б-х), флегмонозная (24 б-х) и гангренозная (19 б-х). Содержание α -дефензина (HNP2) в плазме крови определяли с помощью ИФА (набор «Nucult Biotech») бактерицидного белка, увеличивающего проницаемость мембраны (BPI) – BPI – IFA-BEST (ЗАО «Вектор тест») и гепсидина – прямого ИФА с моноспецифическими антисыворотками и моноклональными антителами против антигенов фирмы «ABCAM» (США).

Результаты: в целом у больных с ОКХ до операции концентрация α -дефензина составила $231,1 \pm 10,4$ нг/мл, ВР1 – $2,46 \pm 0,16$ нг/мл и гепсидина – $219,4 \pm 8,7$ нг/мл, что статистически достоверно в 2,4, в 6,9 и в 3,5 раза выше показателя у здоровых лиц.

Сравнительный анализ показал, что уровень секреции изученных АМП при ОКХ зависел от морфологической формы воспаления. Так, содержание α -дефензина при катаральной форме составляло $162,1 \pm 6,6$ нг/мл, при флегмонозной – $216,5 \pm 10,7$ нг/мл, при гангренозной – $344,1 \pm 11,6$ нг/мл.

Аналогическая закономерность отмечалась в отношении ВР1 и гепсидина.

Таким образом, при ОКХ наблюдается повышение уровня АМП. Установлена взаимосвязь между уровнем секреции АМП и морфологической формой воспаления.

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ НА ОСНОВЕ НЕЧЕТКОЙ ЛОГИКИ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ

*Гаджиев Дж.Н.¹, Тагиев Э.Г.¹,
Гаджиев Н.Дж.¹, Шихлинская Р.Ю.²*
Азербайджанский медицинский университет¹,
Бакинский государственный университет²,
Баку, Азербайджан

Цель: улучшения результатов лечения больных механической желтухой (МЖ) холедохолитиазной этиологии путем выбора индивидуальной оптимальной хирургической тактики на основе создания нечеткой математической модели.

Материал и методы: в работе анализируются результаты хирургического лечения 150 больных с МЖ после использования оригинальной математической модели, разработанной нами на основе теории нечеткой логики Лютви-заде. Данная модель дает возможность прогнозировать риск развития послеоперационных осложнений и выбрать наиболее оптимальную хирургическую тактику для конкретного больного. Для оценки риска послеоперационных осложнений выбрали наиболее прогностически значимые 7 критериев, оценивали их лингвистическими показателями и как вводные переменные определяли интервалы их изменений: X1 – «Возраст больного» – {«средний» (до 60), «выше» (больше 60)}; X2 – «Продолжительность желтухи» – {«короткий период» (1-7 сут), «небольшой» (8-14 сут), «большой период» (15-21 сут), «очень большой период» (больше 21 сут)}; X3 – «Температура» – {«нормальная» (37,0-38,0°C), «высокая» (38,1-39,0°C), «очень высокая» (выше 39,0°C)}; X4 – «Сопутствующие болезни» – {«компенсация» (0), «субкомпенсация» (0,5), «декомпенсация» (1,0)}; X5 – «Уровень дисфункции печени» – {общий билирубин до 50 (I°), 50-100 (II°), 100-200 (III°) и больше 200 мкмоль/мл (IV°)}; X6 – «CD4⁺ в крови» – {«низкий» (выше 25%), «средний» (17,0-

25,0%), «высокий» (меньше 16%); X7 – «ИЛ-2 в сыворотке крови» – {«низкий» (выше 35,0 пкг/мл), «средний» (25,0-35,0 пкг/мл), «высокий» (меньше 25,0 пкг/мл)}; Y – «Уровень риска» {«низкий» (0,0-0,49), «сомнительный» (0,5), «высокий» 0,51-0,8), «очень высокий» (0,8-1,0)}.

Затем, соответствуя схеме вывода нечеткой логики, конкретное значение каждого определенного термножества для всех вводных переменных и выводного переменного вводится в модель и фазируется в блоке «фазификатор».

Таким образом, семь вводных и одно выводное переменное объединяются в нечеткой модели, используя под систему FUZZY LOGIC пакета прикладных программ MATLAB TOOLBOX.

Результаты: 1) Риск отсутствует или низкий (A) – Y=0,0-0,49; 2) Сомнительный риск (B) – Y=0,5 – если оценка риска в динамике после предоперационной терапии уменьшается, то тактика (A), если оценка не уменьшается или увеличивается, то тактика C; 3) Высокий – Y=0,51-0,8 и очень высокий риск – Y=0,81-1,0 – (C) – однозначный выбор этапной тактики.

Создание модели нечеткой логики для прогнозирования риска развития послеоперационных осложнений и выбора хирургической тактики, определяя показания к одномоментным радикальным операциями и этапным вмешательствам, в свою очередь дало возможность уменьшить количество послеоперационных осложнений до 4,7% и летальность до 1,3%.

Таким образом, созданная нами модель позволяет выбрать наиболее оптимальное для конкретного больного одноэтапное радикальное или этапное вмешательство и тем самым в значительной степени улучшить результаты лечения.

РОЛЬ СЫВОРОТОЧНЫХ ЦИТОКИНОВ И ЛИПОПЕРЕКИСНЫХ МЕТАБОЛИТОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ СИНДРОМА СИСТЕМНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ ПРИ ОСТРОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

*Гаджиев Дж.Н., Гаджиев Н.Дж.,
Тагиев Э.Г., Мамедова З.Б.*
Азербайджанский медицинский университет, Баку

Цель: оценка значимости сывороточных уровней основных цитокинов и липоперекисных метаболитов в формировании синдрома системной воспалительной реакции (ССВР) у больных острым калькулезным холециститом (ОКХ).

Материал и методы: обследованы 68 больных с признаками ССВР, предложенными согласительной конференции АССР/СССМ (Чикаго, 1992): ССВР 2 было у 25, ССВР 3 – у 17, ССВР 4 – у 14, а состояние 12 больных нами расценено как сепсис. У всех больных определяли уровень провоспалительных (TNF α и ИЛ-6) и противовоспалительных (ИЛ-4, ИЛ-10) цитокинов в сыворотке крови, а также оценивали состояние процессов

липเปอร์оксидации, о котором судили по содержанию диеновых конъюгатов (ДК), малонового диальдегида (МДА) и активности каталазы (КАТ) в плазме.

Результаты: при поступлении концентрация TNF α статистически достоверно превышала норму в 7,7 раза, ИЛ-6 – в 15,3 раза, ИЛ-4 – в 8,4 раза, а уровень противовоспалительного ИЛ-10 был на 43,8% меньше нормы. Соотношение TNF α /ИЛ-10 превышало показателя здоровых лиц в 15,3 раза ($p < 0,001$), что свидетельствовало о глубине цитокинового дисбаланса. Следует отметить, что содержание в крови изученных цитокинов зависело от числа критериев ССВР и сепсиса: чем больше количество признаков, тем глубже цитокиновый дисбаланс.

Как известно, одним из важных компонентов системного воспалительного ответа является активность гуморального иммунитета. У больных с деструктивными формами ОКХ гиперпродукция противовоспалительного цитокина ИЛ-4 и снижение уровня другого противовоспалительного цитокина ИЛ-10 указывает на снижение противовоспалительной защиты в результате истощения гуморального звена и в целом на функциональную напряженность иммунитета со снижением его резервных возможностей.

В целом у больных содержание ДК в плазме по сравнению с нормой было в 2,3 раза ($p < 0,001$), МДА – в 2,4 раза ($p < 0,001$) больше, а активность КАТ, напротив, на 36,7% ($p < 0,001$) меньше. Уровень изучаемых показателей процессов липопероксидации тоже менялся в зависимости от количества признаков ССВР и наличия сепсиса.

Выводы: 1. У больных с ОКХ ССВР встречается в основном при деструктивных формах воспаления. 2. Уровень цитокинемии и интенсификации процессов липопероксидации зависит от тяжести ССВР.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕХАНИЧЕСКОГО ХОЛЕСТАЗОМ ПРИ ПАРАЗИТАРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ

Ибрагимова З.А., Мадаминова Н.Э.
Андижанский государственный
медицинский институт

В настоящее время публикуется много работ, посвященных хирургическим осложнениям паразитарных заболеваний печени – альвеококкоза, эхинококкоза и описторхоза. Проблемы диагностики и лечения синдрома механической желтухи, развивающейся на почве паразитарных заболеваний печени, также остаются в центре внимания специалистов.

Диагностика альвеококкоза, эхинококкоза, гельминтной инвазии и их осложнений остается трудной задачей и в современных условиях. Ни один из существующих методов не является универсальным, поэтому обследование проводят комплексно, сочетая лабораторные и инструментальные, часто инвазивные и небезопасные методики.

Ультразвуковая диагностика – общепризнанный метод диагностики заболеваний гепатобилиарной системы. Многие авторы рекомендуют использовать ультразвуковое исследование как первичный источник получения информации о пациенте, метод скрининга в выявлении паразитарных поражений печени и их хирургических осложнений.

Цель: определение возможностей ультразвуковой диагностики механической холестаза при паразитарных заболеваниях печени.

Материал и методы: объектом для исследования послужили 125 больных (мужчин и женщин) с паразитарными заболеваниями печени. Анализировали анкетные данные: ФИО, возраст, пол, место жительства; данные протокола УЗИ печени.

Результаты: изучение форм паразитарных заболеваний печени, сопровождающиеся механическим холестазом, позволило сделать теоретические выводы. В частности, у 44% больных были выявлены признаки эхинококкоза печени, частота альвеококкоза составила 20%. Лишь у 36% больных обнаружены симптомы гельминтной инвазии печени.

Структура паразитарных заболеваний печени выглядела следующим образом: у мужчин наибольший процент паразитарных заболеваний печени, сопровождающихся механическим холестазом, наблюдался при эхинококкозе и альвеококкозе, соответственно в 56 и 44% случаев, гельминтная инвазия печени в этой группе выявлена.

У женщин наибольший процент паразитарных заболеваний печени, сопровождающихся механическим холестазом, наблюдался при эхинококкозе и альвеококкозе, соответственно в 50 и 40% случаев, гельминтная инвазия печени обнаружена лишь в 10% случаев.

У детей наибольший процент паразитарных заболеваний печени наблюдался при эхинококкозе и альвеококкозе, соответственно в 13 и 10% случаев, гельминтная инвазия печени в этом возрасте диагностирована в 77% случаев.

Частота УЗ-синдромов при паразитарных заболеваниях печени, сопровождающихся механическим холестазом, выглядела следующим образом: нагноение кисты – в 16%; механическая желтуха (пожелтение кожи, слизистых оболочек и склер (белков глаз) вследствие повышения в крови и тканях уровня билирубина (желчного пигмента (красящего вещества)), возникшего из-за непроходимости желчных протоков (ходов, по которым движется желчь) – в 40%; портальная гипертензия – в 16%; разрыв кисты с опорожнением в брюшную полость или полые органы (желудок, кишечник) – в 48%; печеночная недостаточность (совокупность симптомов, характеризующихся нарушением или угнетением функций печени вследствие повреждения ее ткани) – в 28%; обызвествление (отложение в тканях солей кальция, растворенных в крови и тканевых жидкостях) стенок кисты – в 32%.

На основании теоретических выводов вытекает практическое значение проведенного исследования:

всем пациентам с билиарной гипертензией рекомендуется проведение УЗИ для выявления паразитарного поражения печени, оценки распространения паразитарного процесса, вовлечения в процесс кавальных и порталных ворот, окружающих органов и тканей, что является определяющим в тактике дальнейшего обследования, лечения и выбора адекватного оперативного вмешательства.

При дифференциальной диагностике механической желтухи паразитарной природы следует придерживаться предложенного нами алгоритма.

При альвеококкозе печени, осложненным механической желтухой и полостью распада, в большинстве случаев возможно выполнение дренирующих паллиативных операций. При эхинококкозе и осложненном альвеококкозе для коррекции механической желтухи необходимо выполнение радикальных хирургических вмешательств.

ЗАТЯНУВШАЯСЯ ЖЕЛТУХА У НОВОРОЖДЕННЫХ С ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Инакова Б.Б., Нурутдинова Г.Т., Хакимов Ш.К.
Андижанский государственный
медицинский институт

Вирусные инфекции в перинатологии представляют серьезную опасность для плода и нередко являются причиной всего спектра антенатальной патологии (мертворождение, пороки развития органов, задержка внутриутробного развития), а также могут быть причиной длительной задержки желтухи новорожденных различной этиологии, которая может привести к серьезным осложнениям.

Цель: изучение ассоциативности пролонгированной желтухи у новорожденных с лабораторными признаками TORCH-инфекции.

Материал и методы: 14 новорожденных с пролонгированной желтухой обследованы на TORCH-инфекцию. Из них 9 – недоношенные (≤ 37 нед.) и 5 доношенных детей с низкой массой тела по отношению к гестации (38-42 нед.).

Результаты: обнаружено, что длительность желтухи в среднем составила $34,7 \pm 1,7$ дня, уровень общего билирубина к концу 1-го месяца составил $97,4 \pm 9,2$ мкмоль/л с преобладанием непрямой фракции. У 7 детей в крови повысились трансаминазы за счет АСТ фракции (более 0,7 ед.), увеличение печени наблюдалось у 10 детей, у 3 детей имелись признаки неспецифического энтероколита (антибиотик ассоциированная диарея), у 5 – признаки гипертензионно-гидроцефального синдрома, у 2 – конъюнктивит, у 6 – анемия ($Hb \leq 130$ г/л), у 1 – кандидоз, у 4 – длительный субфебрилитет. На нейросонографии у 12 детей диагностированы венстрикумегалии, перивентрикулярная лейкомаляция, венстрикулит.

У 13 (92,9%) матерей обнаружены ИФА-маркеры TORCH-инфекции: уреаплазма (4), генитальный герпес (3), ЦМВ (5), 1 – микоплазма+хламидиоз.

Таким образом, с учетом высокой частоты TORCH-инфекции у матерей новорожденных с пролонгированными желтухами возникает необходимость их обследования на наличие клинико-лабораторных признаков внутриутробных инфекций и проведения целенаправленных терапевтических мероприятий.

АНТЕГРАДНОЕ ЭНДОБИЛИАРНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ ПРИ ОПУХОЛЕВОЙ ОБСТРУКЦИИ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

**Каримов Ш.И., Рахманов С.У., Хакимов М.Ш.,
Асраров А.А., Джафаров С.М.**
Ташкентская медицинская академия

Одним из первых и наиболее частых проявлений злокачественных новообразований гепатопанкреатодуоденальной зоны является стойкая билиарная гипертензия, приводящая к развитию механической желтухи, требующая проведения декомпрессии, а в последующем восстановления пассажа желчи в кишечник.

Проанализированы результаты эндобилиарных вмешательств у 22 больных с механической желтухой опухолевого генеза в возрасте от 56 до 79 лет. Длительность желтухи составила от 18 суток до 2-х месяцев, уровень билирубина от 160 до 500 мкмоль/л. Клинические признаки холангита отмечались у 36% больных. У большинства пациентов отмечалась тяжелая степень печеночной недостаточности. У 16 пациентов отмечались периампулярные опухоли, у 6 – опухоли желчного пузыря и Клатскина, которые явились причиной проксимального блока. Чреспеченочные эндобилиарные вмешательства выполнялись в 2 этапа, на первом этапе производили наружное дренирование, после стабилизации состояния больных вторым этапом выполняли стентирование желчных путей саморасширяющимися нитиноловыми стентами.

Показанием к стентированию явился злокачественный процесс в гепатопанкреатодуоденальной области при невозможности выполнения радикальной операции вследствие нерезектабельности опухоли либо неоперабельности больного. При дистальном блоке стентирование проводили одним стентом транспиллярно с проведением в просвет двенадцатиперстной кишки. При проксимальном блоке проводили Т-образное стентирование из одного бокового доступа с использованием 2-х стентов. Такое вмешательство выполнено в 5 случаях. В 1 случае произвели Y-образное стентирование из бокового и эпигастрального доступов. Тяжелых осложнений не было. В 2 случаях стентирование при дистальном блоке осложнилось острым обтурационным холециститом, ликвидированы наложением чреспеченочной холецистостомы. Первичная проходимость стента составило при дистальном блоке от 7 до 10 месяцев, в среднем 8,3 месяца. А при проксимальном блоке от 6 до 8 месяцев, в среднем 6,8 месяца. При рецидиве желтухи повторно накладывали чреспеченочную холангиостомию.

Таким образом, антеградное билиарное стентирование нитиноловыми саморасширяющимися стенками – эффективный метод внутреннего желчеотведения у пациентов с механической желтухой опухолевого генеза. Оно позволяет значительно улучшить качество жизни больных, у которых невозможно выполнить радикальное оперативное вмешательство.

ВОЗМОЖНОСТИ АНТЕГРАДНЫХ ЭНДОБИЛИАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

*Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш.,
Рахманов С.У., Хасанов В.Р.*

Ташкентская медицинская академия

Повреждения и рубцовые стриктуры желчных протоков остаются в ряду актуальных проблем хирургической гепатологии. Это, прежде всего, обусловлено тем, что в последние годы существенно возросло количество лапароскопических вмешательств на желчном пузыре и пропорционально увеличилась частота развития различных осложнений.

Цель: улучшение результатов лечения больных с рубцовыми стриктурами внепеченочных желчных протоков путем применения чреспеченочных эндобилиарных вмешательств.

Материал и методы: основу работы составили результаты обследования и эндобилиарных вмешательств 32 больных механической желтухой, обусловленной рубцовыми стриктурами холедоха (18) и билиодигестивных анастомозов (14), которые находились на лечении в хирургической клинике ТМА. Возраст больных – от 22 до 74 лет (средний возраст $47,3 \pm 24,4$ года). Женщин было 22, мужчин 10. Основной причиной рубцовых стриктур желчных протоков были их повреждения при выполнении холецистэктомии – у 14 больных (в том числе – у 3 после ЛХЭ), эхинококкэктомии печени – у 1, резекции желудка – у 1. Нарушение проходимости обходных БДА развилось после операций по поводу рубцовых стриктур холедоха у 8 больных, хронического индуративного панкреатита – у 1, панкреатодуоденальной резекции – у 2. У всех больных отмечался синдром стойкой билиарной гипертензии. Длительность механической желтухи составила от 2-х суток до 3-х месяцев, а концентрация сывороточного билирубина колебалась от 30 до 361 мкмоль/л. Признаки холангита в виде повышения температуры тела с потрясающими ознобами имелись у 14 пациентов.

Чрескожную чреспеченочную холангиографию и холангиостомию производили в рентгенооперационной под местной анестезией. Использовали латеральный межреберный доступ, специальный набор инструментов. Катетеризацию желчных протоков осуществляли по Сельдингеру, стремясь уже на данном этапе провести вначале проводник, а затем и дренаж через зону стриктуры. После реканализации блока желчевыводящей системы последовательным редренерованием с

заменой катетеров на больший диаметр добивались расширения канала и установки дренажа с внутренним диаметром не менее 3 мм. Такая дренажная система обеспечивала внутренний отток желчи. Наружный просвет перекрывался и использовался для периодического промывания дренажа. Рентгеноэндобилиарную дилатацию осуществляли ангиографическими баллонными катетерами возрастающего диаметра (6-7-8 мм), добиваясь полного расправления просвета протока. После дилатации проводили длительное каркасное дренирование сменными дренажами с наружным диаметром 4-6 мм. Повторные дилатации и замену дренажа осуществляли через 2-3 месяца.

Результаты: чреспеченочная холангиостомия приводила к быстрому снижению уровня билирубина крови, АЛТ, АСТ, санации желчных протоков, купированию явлений эндотоксикоза и печеночной недостаточности, восстановлению функционального состояния других жизненно важных органов в сроки от 5 до 17 дней.

Реканализация стриктуры была предпринята у всех больных, но оказалась успешной у 9 из 18. У 5 больных это удалось при наложении холангиостомы, у 4 при повторных, иногда неоднократных попытках. У 9 пациентов провести проводник и катетер в дистальные отделы холедоха не удалось в связи с его перевязкой или клипированием (7) или внутривнутрипеченочным блоком (2).

Все 9 пациентов после успешной реканализации подвергнуты эндобилиарной баллонной дилатации стриктур, которые завершались установкой широкого дренажа диаметром 5-6 мм с боковыми отверстиями, обеспечивающими внутренний отток желчи.

МЕХАНИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА: ПРИЧИНЫ И ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА (ПО ДАННЫМ АУТОПСИЙНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ)

Магруппов Б.А., Убайдуллаева В.У., Вервекина Т.А.
Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи

Подпеченочные желтухи возникают в результате нарушения проходимости желчных протоков, ведущим механизмом при этом является нарушение экскреции и регургитации билирубина. По характеру закупорки подпеченочные желтухи подразделяются на интраканальные, которые наблюдаются при закупорке желчных протоков камнями, опухолью, паразитами, воспалительным экссудатом, детритом ткани, и экстраканальные, обусловленные сдавлением протоков извне опухолью, эхинококком, сужением рубцами.

Проведен анализ причин развития механической желтухи на основании аутопсийных исследований за 2 года. По нашим данным, за указанный период диагноз «механическая желтуха» был выставлен по итогам 38 аутопсий. Мужчин было 17, женщин 21. Средний возраст $61,2 \pm 17,7$ года. Лиц мужского пола в возрасте 4 лет был 1, 20-30 лет – 2, 31-40 лет – 1, 41-50 лет – 2, 51-60 лет – 3, 61-70 лет – 5, 71-80 лет – 3, женщин: 41-50

лет – 3, 51-60 – 4, 61-70 лет – 6, 71-80 лет – 3, 81-90 лет – 5. Причиной развития механической желтухи были следующие нозологии: желчнокаменная болезнь (ЖКБ) острый холецистит, холедохолитиаз – 11, ЖКБ: хронический холецистит, холедохолитиаз – 4, ЖКБ: холедохолитиаз – 4, ЖКБ: хронический холецистит, холецистолитиаз – 1, панкреонекроз на фоне ЖКБ-3 (холедохолитиаз – 1, стеноз БДС – 1, хронический холецистит, холецистолитиаз – 1), панкреонекроз без ЖКБ – 1, опухолевые поражения – 11 (рак головки поджелудочной железы – 6, рак вне- и внутривнутрипеченочных желчных протоков – 1, рак желчного пузыря с прорастанием опухоли в холедох – 2, рак головки поджелудочной железы в сочетании с ЖКБ: холедохолитиазом – 1, рак БДС – 1), склерозирующий холангит – 1, врожденный стеноз терминального отдела холедоха – 1, посттравматическое рубцовое сужение гепатикохоледоха – 1. Данные анализа нозологий соответственно возрастному и половому аспекту указаны в таблице. Сахарный диабет был диагностирован у 1 мужчины и 3 женщин с ЖКБ.

Хирургическое оперативное вмешательство по поводу механической желтухи было проведено 31 больному. При «ЖКБ» были проведены следующие вмешательства: РПХГ и ЭПСТ с последующей ХЭК выполнено 9 больным, РПХГ+ЭПСТ – 2, РПХГ+ЭПСТ+вскрытие абсцесса печени – 1, ХЭК+холедохотомия с литоэкстракцией – 2, РПХГ со стентированием – 2, ХЭК – 1. Больным с панкреонекрозом: ХЭК+литоэкстракция – 1, РПХГ+ЭПСТ с последующей ХЭК – 1. Больным с опухолью головки поджелудочной железы были проведены следующие оперативные вмешательства: РПХГ+ЭПСТ с последующей ХЭК+ЧЧХС – 1, РПХГ+ЭПСТ с последующим наложением обходного анастомоза – 1, РПХГ+ЭПСТ со стентированием холедоха – 1, ХЭК-1, ЧЧХГ+ЧЧХС – 1, наружная холецистостомия – 2, РПХГ+ЭПСТ с последующей ЧЧХС и наружной холангиостомией – 1. Больному с раком желчного пузыря и сочетанной ЖКБ: холедохолитиазом, проведена РПХГ, ХЭК+литоэкстракция. Больному с опухолью БДС выполнена ЭПСТ, больному с опухолевым поражением желчных протоков – билиодуоденальное стентирование.

Причиной смерти пациентов были: сепсис – 16 случаев, из них с классической картиной острой надпочечниковой недостаточности и синдромом Уотерхауз – Фридериксена – 6, острая сердечно-сосудистая недостаточность с гемодинамическими некрозами миокарда – 11, острая постгеморрагическая анемия – 7, печеночно-почечная недостаточность – 4.

Таким образом, из 38 умерших с клиническим диагнозом механическая желтуха у 21 имела место желчнокаменная болезнь, у 1 – врожденный стеноз терминального отдела холедоха, у 1 – склерозирующий холангит, у 4 – панкреонекроз, у 11 – опухоли гепатобилиарной области.

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОКСЕМИИ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Мадаминава Н.Э., Ибрагимова З.А.
Андижанский государственный
медицинский институт

У 10-15% больных с системными внепеченочными проявлениями цирроза печени наблюдается легочной синдром, выражающийся в нарушении внутрилегочной гемодинамики и артериальной гипоксемии, которые приводят к дыхательной недостаточности. В патогенезе дыхательной недостаточности у больных циррозом печени с легочным синдромом имеет значение морфологические изменения в паренхиме легких, межпеченочной ткани и сосудах малого круга кровообращения.

Известно, что основные энергетические и пластические процессы в печени протекают с участием кислорода. Гипоксия усиливает гликолиз и уменьшает запасы гликогена, что вызывает избыточное накопление жира в гепатоцитах, дисфункцию печеночных клеточных мембран, накопление в гепатоцитах токсических продуктов обмена, снижает синтез белков и способность печеночных клеток к регенерации. Образуется своего рода порочный круг: возникающие вследствие заболевания печени нарушения внешнего дыхания и артериальная гипоксемия усугубляет поражение печени, что влечет за собой прогрессирование нарушений внутрилегочной гемодинамики и диффузно-вентиляционной способности легких и вследствие этого дальнейшее усиление артериальной гипоксемии. Перечисленные патологические процессы в легких у больных циррозом печени приводят к нарушению всех звеньев внешнего дыхания: снижение жизненной емкости легких, максимальной вентиляции, коэффициента использования кислорода, увеличение частоты, глубины и минутного объема дыхания, т.е. возникновению и прогрессированию дыхательной недостаточности.

Цель: изучение особенностей проявления артериальной гипоксемии больных циррозом печени с легочным синдромом.

Материал и методы: под наблюдением были 25 больных циррозом печени алкогольной этиологии в возрасте от 35 до 55 лет. Давность заболевания – от 5 до 8 лет. Пациентам были проведены следующие методы исследования: лабораторное исследование крови (общий и биохимический анализ), ультразвуковое исследование гепатобилиарной системы, электрокардиографическое исследование, оксигемометрия, определение функции внешнего дыхания, рентгеноскопия грудной клетки.

Результаты: гепатопульмональный синдром клинически проявлялся болью груди, одышкой, кашлем с трудно отделяемой мокротой, цианозом, крепитацией в нижних отделах легких. При рентгеноскопии грудной клетки у 60% больных выявлен правосторонний транссудат, у 12% – левосторонний транссудат, у 28%

– картина фиброзирующего альвеолита. Анализ состава плевральной жидкости подтвердил наличие трансудата. Следует отметить, что удаление асцитической жидкости из брюшной полости и комплексная терапия цирроза печени способствовала уменьшению и исчезновению симптомов артериальной гипоксемии.

Выводы: 1. При циррозе печени может развиваться артериальная гипоксемия с дыхательной недостаточностью, которая является как бы третичным осложнением цирроза печени. 2. Это обстоятельство требует правильной оценки в дифференциальной диагностике и проведении патогенетической терапии основного заболевания – цирроза печени.

МЕСТО ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО МЕТОДА В ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ СТРИКТУР ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Маринова Л.А., Бачурин А.Н., Рамишвили В.Ш., Мыльников А.Г., Чжао А.В.

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России, Москва, Россия, ГБУЗ «Городская клиническая больница» ДЗМ, Россия

Опухоли гепатопанкреатобилиарной зоны, на ранней стадии не имея клинических проявлений, чаще всего диагностируются при развитии симптомов обструкции желчных протоков. Радикальная операция в таких случаях не всегда возможна или выполняема только после устранения механической желтухи. С целью как окончательного, так и предоперационного билиарного дренирования применяют антеградный и ретроградный методы, каждый из которых имеет свои достоинства и ограничения.

Цель: определение места эндоскопического способа билиарной декомпрессии в лечении пациентов со злокачественными стриктурами гепатопанкреатобилиарной зоны.

Материал и методы: определение эффективности и роли эндоскопического стентирования проводилось на основании анализа международных рекомендаций, изучения зарубежной и отечественной литературы, а также собственного опыта. В исследование включены 212 пациентов с дистальным билиарным блоком (рак головки поджелудочной железы, холангиокарцинома, рак БДС) и 112 пациентов с проксимальным билиарным блоком (опухоль Клатскина, метастазы в лимфоузлы ворот печени, рак желчного пузыря, гепатоцеллюлярный рак).

Было выполнено 392 ретроградных вмешательства у 321 больного:

- назобилиарное дренирование (гепатикохоледох) – 59;
- установка пластикового стента (гепатикохоледох) – 133;
- установка металлического стента (гепатикохоледох) – 71;
- назобилиарное дренирование (унилатерально) – 30;

- установка пластикового стента (унилатерально) – 9;
- установка металлического стента (унилатерально) – 19;
- пластиковый стент + назобилиарный дренаж (билилатерально) – 10;
- 2 назобилиарных дренажа (билатерально) – 7;
- 2 пластиковых стента (билатерально) – 10;
- 2 металлических стента (билатерально, ипсилатерально) – 51;
- 3 металлических стента (трилатерально) – 3.

С целью предоперационного дренирования выполняли установку назобилиарных дренажей и пластиковых стентов. При паллиативном вмешательстве в случае ожидаемой продолжительности жизни менее 3-4 месяцев имплантировали пластиковые стенты, в остальных ситуациях стремились к установке металлических стентов. В зависимости от уровня блока использовали один или несколько стентов.

Результаты: ретроградное вмешательство предпринято у 329 пациентов со злокачественной билиарной обструкцией. Стентирование выполнить не удалось у 8 пациентов (ввиду невозможности доступа к БДС – у 5, техническая неудача – у 32). Таким образом, технический успех составил 99% (при дистальном билиарном блоке 99%, при проксимальном – 99%). Клинический успех достигнут у 292 (91%) пациентов (при дистальном билиарном блоке 93%, при проксимальном – 87%). Летальность составила 9% (при дистальном билиарном блоке 7%, при проксимальном – 13%) и не была связана непосредственно с вмешательством. Подавляющему большинству умерших пациентов вмешательство производилось с паллиативной целью. Смерть наступила от продолжающейся печеночной недостаточности на фоне IV стадии онкологического процесса. Отмечались следующие осложнения: панкреатит – 0,9%, кровотечение – 1,2%, перфорация двенадцатиперстной кишки – 0,3%, инфекционные – 6,5%, дисфункция стента – 3,4%.

Заключение: эндоскопическое стентирование является эффективным методом восстановления билиарной проходимости у пациентов со злокачественными заболеваниями гепатопанкреатобилиарной зоны. Успех этого сложного вмешательства предопределяется опытом специалиста, наличием соответствующего оснащения, а также грамотным ведением пациентов до и после процедуры.

ЭРХПГ И ЭПСТ ПРИ СИНДРОМЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

Махмудов Н.И., Сирожитдинов У.К., Мирзакаримов А.Н.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Желтуха является одним из главных симптомов различных заболеваний печени и желчевыводящих протоков. Своевременное определение генеза желтухи способствует правильному решению ряда во-

просов, связанных, прежде всего, с выбором метода оперативного вмешательства. Улучшение результатов хирургического лечения возможно при своевременной диагностике и выборе оптимального способа оперативного вмешательства в каждой конкретной ситуации.

В 2014-2016 гг. нами с целью установления генеза желтухи у 197 больных (61 мужчина, 136 женщин) проведена комбинированная эндоскопия с рентгеноконтрастным исследованием желчных путей – эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ). Возраст больных – от 21 года до 70 лет.

В результате ЭРХПГ конкременты общего желчного протока выявлены у 87 пациентов, стриктура терминального отдела общего желчного протока – у 4, рак ворот печени – 9, рак желчного пузыря – у 3, рак фатерова соска – у 4, состояние после холецистэктомии, холедохолитиаз – у 19, синдром Мирризи – у 2, папиллит – у 8, облитерирующий холангит – у 1.

Всего эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) произведена у 114 больных. Наш небольшой опыт показывает, что ЭПСТ является высокоэффективным методом лечения холедохолитиаза. Абсолютных противопоказаний к ЭПСТ мы не ставили, за исключением редких случаев, когда стриктура терминального отдела холедоха распространяется более чем на 3 см и выше интрамуральной части общего желчного протока.

Хорошие результаты получены у 134 больных, главным образом, благодаря адекватному рассечению БДС с целью создания для отхождения конкрементов.

Однако одним из недостатков ЭПСТ является рефлюкс дуоденального содержимого в желчные и панкреатические протоки с последующим развитием холангита и панкреатита. Острый деструктивный панкреатит, развившийся после ЭПСТ у 3 больных, завершился лапаротомией, санацией, дренированием сальниковой сумки и брюшной полости с холецистостомией. Исход – выздоровление. У 11 больных наблюдались явления холангита и клиника острого отека поджелудочной железы, которые купированы назначением консервативных мероприятий: ингибиторов протез, спазмолитиков, антибиотиков и дезинтоксикационной терапией.

Выводы: несомненные преимущества ЭПСТ, позволяющие использовать ее у наиболее тяжелых больных, особенно пожилого возраста, и хорошие ближайшие результаты указывают на целесообразность применения этой операции у каждого больного с холедохолитиазом, стриктурой БДС, осложненных механической желтухой. ЭПСТ является наиболее легким и быстрым способом восстановления проходимости терминального отдела холедоха в экстренной хирургии острого холецистита, осложненного механической желтухой.

ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Махмудов Х.А., Шарипов М.К., Хожиматов С.Э.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Проанализированы результаты лечения 40 больных с желчнокаменной болезнью, осложнённой различными формами холангита. Мужчин было 7 (17,5%), женщин – 33 (82,5%), возраст больных – от 30 до 76 лет. У 28 (70,0%) пациентов обструкция желчных протоков была обусловлена холедохолитиазом, у 3 (7,5%) – изолированными рубцовыми стриктурами терминального отдела общего желчного протока и большого сосочка двенадцатиперстной кишки, у 9 (22,5%) – сочетанием этих двух патологических состояний. У 72,5% пациентов сочетание холангита и механической желтухи значительно ухудшали течение и прогноз основного заболевания.

Диагноз холангита основывался на данных клинической картины, результатах лабораторных, ультразвуковых, эндоскопических исследований, интраоперационной ревизии желчных протоков и бактериологических исследований желчи. Видовой состав микрофлоры желчи был представлен преимущественно грамотрицательными бактериями (кишечная палочка, энтерококк, протей), реже – грамположительными кокками. Во всех случаях высевали микробные ассоциации. Клиническая картина сепсиса наблюдалась у 4 пациентов, причём у 2 из них сепсис был подтверждён бактериологическим исследованием крови.

Консервативные мероприятия включали терапию, направленную на купирование воспаления в желчных протоках, снижение холемической интоксикации, улучшение функции печени. Антибактериальную терапию проводили с учётом чувствительности микрофлоры желчи. Предпочтение отдавали комбинации цефалоспоринов III поколения (цефотаксим, цефтазидим) и гентамицина и метронидазола.

Хирургическое вмешательство заключалось в холецистэктомии, ликвидации причины обтурации и выполнялось не позднее 3-5 суток с момента госпитализации. Холедохолитотомия выполнена 37 (92,5%) больным, у 16 (43,2%) пациентов она закончена наложением супрадуоденального холедоходуоденоанастомоза. 3 (7,5%) пациентам произведена трансдуоденальная папиллосфинктеропластика. Во всех случаях операцию завершали наружным дренированием гепатикохоледоха. В послеоперационном периоде проводилась санация билиарного дерева растворами антибиотиков и антисептиков через дренажи холедоха.

Умерли 5 (12,5%) больных вследствие генерализации гнойного процесса, билиарного сепсиса (4) и образования множественных холангиогенных абсцессов печени (1).

В основе успешного лечения холангита должны лежать своевременные дренирующие оперативные вмешательства в сочетании с рациональной антибактериальной терапией.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ МИРИЗЗИ

*Назыров Ф.Г., Акбаров М.М.,
Нишанов М.Ш., Байбеков Р.Р.*

АО «Республиканский специализированный центр
хирургии им. акад. В. Вахидова»

Синдром Мириizzi является достаточно редкой патологией желчевыводящей системы, который по данным литературы, диагностируется у 0,5-5% больных с различными формами желчнокаменной болезни. Диагностика и хирургическое лечение синдрома Мириizzi является сложной и не решенной до конца задачей, а результаты операций остаются неудовлетворительными, характеризуются высокой летальностью до 17%. Неудовлетворительными до сегодняшнего дня остаются и отдаленные результаты – у 20% больных возникают стриктуры проксимального отдела гепатикохоледоха.

Материал и методы: мы располагаем опытом хирургического лечения 107 больных с синдромом Мириizzi. Возраст больных колебался от 39 до 78 лет (средний возраст 55,5±7,86 года), женщин – 81, мужчин – 26 (соотношение 3,1:1). Больные распределены согласно классификации Csendes: I тип синдрома выявлен у 38 больных; II тип – у 34; III тип – у 28; IV тип – у 7 больных.

Результаты: холецистэктомия выполнена у 15 больных с I типом синдрома; холецистэктомия с дренированием холедоха по Керу у 36 больных со II типом синдрома; холецистэктомия с пластикой и дренированием гепатикохоледоха по Керу у 26 больных с III и IV типами синдрома; холецистэктомия с дренированием холедоха по Холстеду-Пиковскому у 7 больных с I типом синдрома, 5 больным с IV типом наложена гепатикоэюностомия ввиду полного разрушения стенки гепатикохоледоха. Лапароскопическая холецистэктомия произведена у 15 больных с I типом синдрома Мириizzi, у 3 больных со II типом лапароскопическая холецистэктомия дополнена дренированием холедоха по Керу. В ближайшем послеоперационном периоде встречались следующие осложнения: недостаточность швов различной степени выраженности – у 5 (4,6%) больных; прогрессирование печеночной недостаточности – у 6 (5,6%), другие осложнения – у 8 (7,5%). В послеоперационном периоде от прогрессирования печеночно-почечной недостаточности умерли 4 (3,7%) больных. Отдаленные результаты изучены у 38 больных, у 5 из них больных возникли стриктуры гепатикохоледоха, что привело к повторным реконструктивным вмешательствам.

Заключение: тактика хирургического лечения больных с синдромом Мириizzi должна строиться с учетом типа синдрома. Открытые методы хирургической коррекции синдрома Мириizzi, которые включают субтотальную холецистэктомию с наложением швов на свищевое отверстие и дренированием холедоха

T-образной трубкой, пластику желчного протока оставшейся частью желчного пузыря, гепатикоэюностомию по Roux, имеют преимущества перед лапароскопическими методами.

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПРОКСИМАЛЬНЫХ ОПУХОЛЯХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

*Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Саатов Р.Р.,
Туракулов У.Н., Омонов О.А., Каменев А.А.*
Республиканский научный центр хирургии
им. акад. В. Вахидова, Ташкентский институт
усовершенствования врачей

Цель: улучшение результатов лечения больных с опухолями проксимальных отделов желчных протоков (ОПЖП) путем выбора рациональной хирургической тактики.

Материал и методы: РСЦХ им. акад. В. Вахидова имеет опыт комплексного лечения 152 пациентов с опухолями внепеченочных желчных протоков проксимальной локализации. Возраст пациентов – от 18 до 87 лет.

Результаты: УЗИ является ориентирующим неинвазивным методом. Эхографическими особенностями ОПЖП (опухоль Клатскина) являются расширение внутрипеченочных протоков, отсутствие визуализации гепатикохоледоха дистальнее участка стриктуры, а также наличие спавшегося желчного пузыря. Однако при УЗИ опухоль Клатскина трудна для выявления, ее границы чаще определялись по вторичным признакам, к которым относили изменения желчных протоков выше опухолевой обструкции.

При компьютерной томографии определяются неспецифические признаки, такие как атрофия одной из долей печени и гипертрофия контралатеральной. Чувствительность КТ доходила до 88% случаев. При выполнении КТ до дренирования желчных протоков проксимальный уровень обструкции определен в 98,1% исследований.

После комплекса неинвазивного диагностического обследования выполняли декомпрессию желчного дерева, для чего использовали чрескожную чреспеченочную холангиографию и холангиостомию (ЧЧХГ, ЧЧХС), которые позволяют получать холангиограммы высокой информативности и наиболее адекватно дренировать желчное дерево. Чувствительность ЧЧХГ достигала 95,2%, информативность в оценке резектабельности – 93%. Для дренирования желчных протоков используется и эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРПХГ), однако ее выполнение при проксимальных блоках является невозможным при отсутствии проходимости в зоне опухолевой обструкции, поэтому этим методом нельзя получить информацию о состоянии желчных протоков выше места обструкции. При сочетанном применении ЭРПХГ и

ЧЧХГ можно установить протяженность и точную локализацию процесса.

У 121 больного выполнены паллиативные хирургические вмешательства. Реканализация опухоли с наружным дренированием желчных протоков произведена в 78 случаях. В 43 случае произведена ЧЧХС как окончательный метод лечения, в 13 случаях проведено эндопротезирование опухолевой стриктуры через ЧЧХС. Радикальные и условно-радикальные хирургические вмешательства при ОПЖП выполнены у 31 пациента. У 19 больных была произведена холецистэктомия, резекция гепатикохоледоха вместе с опухолью и наложением гепатикоюностомии, у 12 больных холецистэктомия, резекция печени, наложение бигепатикоюноанастомоза. Послеоперационная летальность составила 10,2%.

Выводы: 1. Оптимальный комплекс дифференциально-диагностических методов обследования, наряду с общеклиническими методами обследования, должен включать следующие методики в последовательности: УЗИ органов брюшной полости, КТ (СКТ) органов брюшной полости, ЭРПХГ и ЧЧХГ. 2. При I и II типах опухоли по Bismuth – Corlette на I-II стадиях рака проксимальных желчных протоков целесообразно выполнять радикальное хирургическое лечение с предварительной декомпрессией внутривнутрипеченочных желчных протоков при выраженной механической желтухе. При диагностике явно нерезектабельной ОПЖП и наличии противопоказаний к операции методом выбора является декомпрессия желчевыводящих путей с помощью ЧЧХС, по возможности с применением наружно-внутреннего дренирования или эндопротезирования.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

*Нишинов Х.Т., Туляганов Д.Б.,
Зиядуллаев Н.Э., Абдурахмонов Б.М.
Джизакский филиал РНЦЭМП*

В настоящее время при остром холецистите общепринятой считается активная щадящая хирургическая тактика. При неосложненных случаях выполняется холецистэктомия под лапароскопическим контролем или через мини-доступ после активной подготовки больного к операции в течение 24-48 часов. Более сложным является определение хирургической тактики у больных пожилого и старшего возраста с деструктивными формами острого холецистита.

К настоящему времени мы располагаем опытом 2017 лапароскопических холецистэктомий, которые произведены по поводу острого холецистита, из них старше шестидесяти лет с деструктивными формами острого холецистита отмечено у 278 больных. Возраст больных составил от 61 до 92 лет. Мужчин было 92 (33%), женщин 186 (67 %).

Большинство больных поступили с болевым приступом в течение первых суток, 98 (35.3%) больных

поступили после 24 часов до 3 суток. Поздняя обращаемость была связана с относительной «доброкачественностью» заболевания на фоне проводимой консервативной терапии, выражавшейся в уменьшении болевого синдрома на фоне деструктивных процессов. Почти половина больных имели анамнез заболевания от 1 до 10 лет, у них отмечались неоднократные приступы обострения хронического холецистита, зачастую переходившие в клинику острого холецистита.

После соответствующей подготовки 241 больному операция начата лапароскопическим способом. Техническое выполнение лапароскопических холецистэктомий было более трудным по сравнению с хроническим холециститом. Зона оперативного действия характеризовалась наличием выраженного инфильтрата, отечности стенок желчного пузыря, особенно его шейки. Во многих случаях на фоне острой отечности и инфильтрации имелись многочисленные плоскостные спайки. Все это значительно затрудняло выполнение операции, особенно на этапе идентификации анатомических структур, и их выделение. В 7 случаях операция была начата лапароскопическими способами, однако из-за технических трудностей выделения желчного пузыря и холедоха пришлось прибегнуть к открытому вмешательству.

37 больным, которые поступили в более поздние сроки, с признаками деструктивного процесса в желчном пузыре, с наличием ряда сопутствующих заболеваний и других осложняющих факторов, для повышения безопасности и эффективности хирургического лечения нами выполнена двухэтапная щадящая операция.

На первом этапе при таком подходе мы проводили чрескожную чреспеченочную микрохолецистостомию под рентгентелевизионным или ультразвуковым контролем.

Сроки декомпрессии составили от 3 до 10 дней. После улучшения состояния больных, им выполнен второй этап операции. Из 37 больных в 28 случаях проведено лапароскопическая холецистэктомия. В 5 случаях из-за холедохолитиаза больные оперированы открытым способом, им проводилось холецистэктомия с наложением холедоходуоденоанастомоза.

В 4 случаях с высоким операционным и анестезиологическим риском, возраст больных свыше 75 лет, из-за тяжести состояния больных, микрохолецистостомию использовалась в качестве самостоятельного метода, и больные выписывались домой с дренажем. Из 37 больных, лечившихся по двухэтапной схеме, летальных случаев не было.

Таким образом, предлагаемая тактика щадящего хирургического лечения деструктивных форм острого холецистита, особенно у больных с высоким операционным риском и наличием серьезных сопутствующих патологий, является достаточно безопасной и эффективной, может быть использована в большинстве хирургических стационаров, занимающихся проблемой острого холецистита.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННОГО МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

*Осипов А.В.¹, Демко А.Е.¹,
Суров Д.А.², Святненко А.В.¹*

¹СПб ГБУ НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе,
²ФГБВУ ВПО Военно-медицинская академия
им. С.М. Кирова Министерства обороны РФ

Несмотря на вполне определенные тактические подходы к лечению синдрома механической желтухи (СМЖ), сформулированные различными хирургическими школами, предложенные ими рекомендации не могут быть прямо экстраполированы в практику неотложной хирургии, в сферу интересов которой попадает значительное число больных тяжелой механической желтухой.

С целью определения оптимальных сроков и методов хирургического лечения больных с СМЖ проанализирован опыт диагностики и лечения 272 пациентов, поступивших в Санкт-Петербургский НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе в 2013-2016 гг. с СМЖ опухолевой (28,7%) и неопухолевой (71,3%) этиологии. Средний возраст пациентов – 67,7±1,7 года, среди них 177 (34,4%) женщин и 95 (65,6%) мужчин.

По клинической симптоматике пациенты были разделены на две группы: 126 (45,8%) – неосложненная форма СМЖ, 146 (54,2%) – осложненная МЖ (острый холангит, сепсис, тяжелый сепсис, септический шок). Всем пациентам при поступлении в стационар производилась оценка тяжести состояния по Tokyo Guidelines TG13 (2013).

С целью внутригоспитальной маршрутизации пациенты были разделены на 4 группы: 1-я – 126 (45,8%) больных неосложненной МЖ, 2-я – 26 (10,2%) пациентов с острым холангитом (Grade I по TG13), 3-я – 85 (30,6%) больных билиарным сепсисом (Grade II по TG13), 4-я – 35 (13,4%) пациентов с тяжелым абдоминальным сепсисом (Grade III по TG13).

Всех пациентов с «билиарным (в т.ч. тяжелым) сепсисом» госпитализировали в отделение хирургической (септической) реанимации, оптимальные срок декомпрессии – соответственно 6 и 12 часов. Больные острым холангитом получали лечение в условиях хирургического отделения, сроки декомпрессии – не более 48 ч. У больных с неосложненной формой СМЖ предоперационный период превышал 48 ч.

У данной категории больных использовалась двухэтапная тактика лечения. На первом этапе выполняли временную наружную или внутреннюю декомпрессию билиарных путей, а на втором этапе старались устранить причину, вызвавшую МЖ. На первом этапе, наиболее часто (у 129; 47,2%) декомпрессия билиарных путей осуществлялась ретроградными способами. Антеградные вмешательства использованы у 63 (22,8%) пациентов. Эндохирургические и традиционные способы использованы соответственно у 57

(21,1%) и 23 (7,9%). На втором этапе выполнялись как радикальные, так и паллиативные операции. Из радикальных методов чаще всего выполнялись ЭПСТ (89); панкреатодуоденальная резекция (25). Паллиативные вмешательства: холецистоеюностомия (17); холедохоюностомия (9).

Таким образом, лечебно-диагностическая тактика оказания хирургической помощи больным с синдромом механической желтухи основана на принципах ранней объективной оценки степени выраженности органной дисфункции, определяющей особенности внутрибольничной маршрутизации и сроков билиарной декомпрессии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ В ФФ РНЦЭМП

*Отабоев И.Х., Ахроров Б.М.,
Хожиев Х.М., Жураев У.Й.
Ферганский филиал РНЦЭМП*

Ретроспективный анализ лечения больных холедохолитиазом с позиции комплексного применения эндоскопических методик (эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография – ЭРПХГ эндоскопическая папиллосфинктротомия – ЭПСТ, механическая экстракция камней – МЭК) позволил нам сформулировать следующие тактические и технические принципы.

Для проведения комплекса эндоскопических операций, выполнение которого требует длительного (до 1,5-2 ч) времени, необходима тщательная подготовка больных, включающая подавление деятельности пищеварительных желез, выключение моторной функции двенадцатиперстной кишки (ДПК) и подавление психики больного.

Такое осложнение ЖКБ как холедохолитиаз представляет собой особую трудность при проведении лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) и является одной из причин отказа от нее. Высокоэффективным методом устранения камней из желчных протоков является ЭПСТ.

Из числа перенесших ЭРПХГ и ЭПСТ мы взяли группу больных, в которой наблюдение и анализ результатов проводились в последние 2 года (2015-16 гг.) в ФФ РНЦЭМП. В группу вошли 76 больных, из них 47 женщин и 29 мужчин. В возрасте до 20 лет было 2 (2,6%) пациента, 20-30 лет – 9 (11,8%), 30-40 лет – 5 (6,6%), 40-50 лет – 11 (14,4%), 50-60 лет – 15 (19,7%), старше 60 лет – 34 (44,5%).

В подавляющем большинстве случаев ЭПСТ выполнялась в несколько этапов. После визуального исследования ДПК и канюляции папиллы проводили РПХГ. При наличии данных за холедохолитиаз папиллотомом производили разрез, средняя длина которого была 15-20 мм. В случае попадания контраста в вирсунгов проток профилактикой панкреатита была широкая папиллотомия для эвакуации контраста из протоков поджелудочной железы.

После проведения ЭРПХГ установлена основная причина механической желтухи. Механическая желтуха у 66 (86,4%) больных была обусловлена холедохолитиазом, у 4 (5,2%) – с-г головки поджелудочной железы и БДС, 2 (2,6%) – панкреатитом, у 4 (5,2%) – стенозом дистального отдела холедоха и БДС.

У 59 (77,6%) больных вмешательство ограничилось ЭПСТ, 4 (5,2%) больным в последующем была проведена ЛХЭ; 11 (14,4%) – традиционная холецистэктомия (ТХЭ), холедохолитотомия, холедохостомия, 2 (2,6%) – холедохоеюноанастомоз с браунскими соустьями по поводу с-г головки поджелудочной железы. В отдаленные сроки после ЭПСТ не предъявлял жалоб, не соблюдали диеты, вел привычный образ жизни 41 человек (69,4%), у 3 (5%) оперированных жалобы были обусловлены сопутствующим ЖКБ. У 15 (25,4%) человек имелись жалобы на боли в правом подреберье, чувство тяжести, горечь во рту, связанные с погрешностями в диете. У 9 (15,2%) из них боли в правом подреберье, возникавшие не чаще 1 раза в месяц, были связаны с приемом жирной или жареной пищи, быстро купировались аллохолом и спазмолитиками. Качество жизни и работоспособность у этих пациентов существенно не страдали. Данная группа было выделена нами как пациенты с удовлетворительными результатами. 6 (10,16%) больным требовалось строгое соблюдение диеты, у них наблюдались частые болевые приступы, для купирования которых иногда использовались инъекционные формы спазмолитиков, страдало качество жизни и работоспособность. Этим пациентов мы отнесли в группу плохих результатов. Желтухи в период наблюдения не было ни у одного больного. На УЗИ желчных протоков конкременты в холедохе не визуализировались, признаки желчной гипертензии отсутствовали. Ширина холедоха не превышала 8 мм даже в группе пациентов, имеющих жалобы, а по сравнению с дооперационным исследованием ширина общего желчного протока уменьшилась у всех больных в 2-5 раз.

Таким образом, анализ результатов показал, что ЭРПХГ и ЭПСТ является высокоэффективным методом диагностики и лечения больных с механической желтухой.

ВОЗМОЖНОСТИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ХОЛАНГИОПАНКРЕАТОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

**Оттабеев Т.Т., Мадрахимов К.Г., Собиров Н.А.
Ферганский филиал РНЦЭМП**

В настоящее время желчнокаменная болезнь – одно из самых распространенных заболеваний, которым страдает около 10% населения в мире. Каждые 10 лет отмечается увеличение заболеваемости желчнокаменной болезнью в 2 раза. Холедохолитиаз, который наблюдается у 20-32% больных желчнокаменной

болезнью, является одной из причин гнойного холангита, механической желтухи и острого панкреатита. Сегодня у большинства специалистов не вызывает сомнения необходимость обязательной аппаратной и инструментальной визуализации желчевыводящих протоков при заболеваниях гепатопанкреатодуоденальной зоны. Проблема состоит в том, что не существует универсального или «идеального» метода такой диагностики, и хирург зачастую стоит перед нелегким выбором. Наличие современных аппаратов расширяет возможности магнитно-резонансной холангиопанкреатографии (МРХПГ) в диагностике холедохолитиаза.

Материал и методы: Нами проанализированы результаты магнитно-резонансной холангиопанкреатографии у 42 пациентов с синдромом механической желтухи, находившихся в 2011-2016 гг. на лечении в Ферганском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. Большинство составляли женщины старше 60 лет. Для оценки состояния билиарного тракта проводили МРТ-исследование гепатопанкреатодуоденальной зоны на сверхпроводящем магнитно-резонансном томографе с напряженностью магнитного поля 1,5 Тесла. Всем пациентам выполняли следующие импульсные последовательности: локалайзер в трех проекциях для последующего планирования исследования, сканирование во фронтальной и аксиальной проекциях для последующего планирования исследования, сканирование во фронтальной и аксиальной проекциях с использованием T-2, T-2 с подавлением жира и контрастную магнитно-резонансную холангиопанкреатографию. Показанием к исследованию была механическая желтуха, подозрение на холедохолитиаз.

Результаты: при анализе магнитно-резонансных томограмм оценивали следующие МР-признаки: наличие изменений в билиарном тракте и главном панкреатическом протоке, наличие изменений в печени и в поджелудочной железе, качественные показатели: размер протоков и включений в них. При МРХПГ внутрипеченочная билиарная гипертензия выявлена у 9 (21%) пациентов, внепеченочная билиарная гипертензия – у 27 (67%), у 6 (12%) больных билиарная гипертензия не обнаружена. Холедохолитиаз диагностирован у 34 пациентов.

Конкременты больше 9 мм – у 11 пациентов. Конкременты размерами 6-8 мм у 14 пациентов. Конкременты размерами меньше 5 мм – у 9 пациентов. При МРТ конкременты выявились в виде участков с низким сигналом на всех последовательностях, различной формы: округлой, овальной, неправильной, различных размеров. Конкременты в желчном пузыре лучше визуализировались на изображениях, полученных в аксиальной проекции. По результатам МРХПГ всем пациентам выполнили эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию. 38 пациентам выполнена ЭПСТ с литоэкстракцией.

Выводы: Таким образом, проведение магнитно-резонансной холангиопанкреатографии было целесообразно

но у больных с механической желтухой с подозрением на холедохолитиаз, для его подтверждения или исключения, позволило визуализировать внутри внепеченочные протоки, оценить их содержимое, определить наличие или отсутствие конкрементов, рекомендовать выбор рациональной тактики лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С БИЛИАРНОЙ АТРЕЗИЕЙ

*Разумовский А.Ю., Алхасов А.Б., Ратников С.А.,
Куликова Н.В., Митупов З.Б., Рачков В.Е.*
ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава РФ,
ДГКБ №13 им. Н. Ф. Филатова ДЗМ, Москва, Россия

Билиарная атрезия (БА), несмотря на большое количество публикаций, остается крайне актуальной проблемой. Частота БА варьирует в зависимости от географического места расположения. Так, по данным Chardot, в Голландии она встречается с частотой 5:100000, во Франции – 5,1:100000, на Британских островах – 6:100000, в Техасе – 6,5:100000, в Австралии – 7:100000, в США – и Японии – 7,4:100000, на Гавайских островах – 10,6:100000, во Французской Полинезии – 32:100000. В настоящее время в мире принята единая тактика лечения детей с БА. Производится реконструкция желчных ходов (операция Касаи), которую можно выполнить разными методиками. В последующем, если потребуется, ребенку производится трансплантация печени.

Цель: оценка результатов хирургического лечения детей с билиарной атрезией.

Материал и методы: проведен ретроспективный анализ результатов лечения детей с билиарной атрезией, находившихся в ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова в 2000-2017 гг. В исследовании приняли участие 97 пациентов, которые были разделены на две группы: группа А – операция Касаи, выполненная традиционным методом (n=29) и операция Касаи из минидоступа (n=12), группа Б – лапароскопический метод (n=56).

Средний возраст на момент выполнения операции Касаи составил в среднем 79,6±32,5 дня в группе больных, подвергшихся открытой операции, и 80,8±20,7 дня в группе пациентов, которым было произведено лапароскопическое вмешательство. 5 пациентов были оперированы в возрасте старше 3,5 месяца. С целью оценки изменений ткани печени и формирования прогноза до операции проводилась пункционная биопсия печени. При лапароскопической операции Касаи конверсий не было.

Самым частым послеоперационным осложнением в обеих группах был холангит. В первый месяц после операции холангит развился у 21,7% пациентов, оперированных открытым способом, и у 21,1% после лапароскопической операции. В течение первого года после операции холангит наблюдался соответственно у 40,7 и 52,2% больных, в сроки более года после оперативного вмешательства – у 21,1 и 22,2%.

Из других осложнений отмечались геморрагический синдром – у 4 пациентов, пупочная грыжа – у 1, кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода через 3, 5, 10, 11, 15, 19 и 20 месяцев после портоэнтеростомии – у 7, тромбоз левой ветви воротной вены – у 1. После операций из лапаротомного доступа у 4 пациентов наблюдалось 5 осложнений, потребовавших экстренного оперативного вмешательства: спаечная кишечная непроходимость, перфорация тощей кишки, перфорация вертикальной язвы двенадцатиперстной кишки, перфорация поперечной ободочной кишки. Подобных осложнений после лапароскопической портоэнтеростомии после минилапаротомии не было. 3 детям в позднем послеоперационном периоде в связи с рецидивирующими холангитами был выполнен также антирефлюксный клапан на петле по Ру, после данной операции холангиты купировались.

Выживаемость пациентов с нативной печенью, оперированных открытым способом и лапароскопическим методом, существенных различий не имела и в первый год после операции составила 76,8%

В течение 2-х лет после операции в трансплантации печени не нуждалось 50,4% пациентов, до 5 лет – 39,8% пациентов. Максимальный срок наблюдения после операции Касаи, при котором не потребовалась трансплантация печени, составил 15 лет. Следует также отметить, что в 7,1% случаев операция Касаи оказалась неэффективной, эти дети были отправлены на консультацию трансплантолога.

Заключение: операция Касаи увеличивает продолжительность жизни пациента с нативной печенью и создает более благоприятные условия для возможной последующей трансплантации печени. Возможно, около 10% детей после операции Касаи не будут нуждаться в трансплантации печени. Лапароскопическая операция Касаи при БА сопровождается меньшей травматичностью, требуются более короткие сроки проведения ИВЛ и обезболивания. Эффективность лапароскопических и открытых оперативных вмешательств при БА в отдаленные сроки после операции не отличается.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ И ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ: 15-ЛЕТНИЙ ОПЫТ

*Разумовский А.Ю., Рачков В.Е., Митупов З.Б.,
Алхасов А.Б., Куликова Н.В., Степаненко Н.В.,
Залихин Д.В., Шубин Н.В.*
ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава РФ,
ДГКБ №13 им. Н. Ф. Филатова ДЗМ, Москва

Лечение пороков развития и заболеваний желчевыводящей системы у детей остается одним из наиболее сложных разделов детской хирургии. Вопросы диагностики и выбора наиболее оптимального метода лечения до сих пор остаются предметом дискуссии.

Материал и методы: с 2002 г. в ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова г. Москвы наблюдались более 550

детей с заболеваниями и пороками развития желчевыводящей системы в возрасте от 7 дней до 18 лет. Большую группу составили дети с желчнокаменной болезнью (ЖКБ) – 345. У 100 детей были выполнены операции по поводу билиарной атрезии (БА), у 121 – по поводу кисты общего желчного протока (КОЖП). У 7 больных осуществлены различные реконструктивные операции в связи с механической желтухой вследствие сочетанных травм и предыдущих вмешательств. Единичные наблюдения механической желтухи вследствие порока развития желчевыводящих путей – 3 больных и образований ворот печени – 3. Средний возраст детей с БА составил $80,8 \pm 20,7$ дня, с КОЖП – $5,7 \pm 3,2$ года.

Операцией выбора при лечении детей с ЖКБ является лапароскопическая холецистэктомия – выполнено 345 операций. Операция портоэнтеростомии по Касаи является «золотым стандартом» лечения БА. С 2007 г. портоэнтеростомия по Касаи выполняется в нашей клинике из лапароскопического доступа. Всего с 2002 года выполнено 29 традиционных «открытых» и 59 лапароскопических операций. С 2016 г. у 12 детей «открытую» портоэнтеростомию выполнили из минидоступа. Операцией выбора при КОЖП является резекция кисты с последующей реконструкцией наружных желчевыводящих путей (НЖВП) с восстановлением пассажа желчи в ЖКТ. 13 детям с КОЖП была выполнена традиционная «открытая» резекция КОЖП с пластикой НЖВП петлей кишки по Ру. У 14 пациентов выполнена операция резекции КОЖП с восстановлением пассажа желчи в двенадцатиперстную кишку с использованием сегмента тощей кишки с антирефлюксным механизмом. У 68 детей осуществлена лапароскопическая резекция КОЖП с пластикой НЖВП петлей кишки по Ру. У 11 детей выполнена лапароскопическая резекция КОЖП с последующим холедоходуоденоанастомозом. У 15 пациентов мы использовали минидоступ для резекции кисты и пластики НЖВП.

Для оценки результатов «открытых» и лапароскопических операций проведен сравнительный анализ результатов и послеоперационного течения.

Результаты: из работы исключен анализ послеоперационного периода в группе детей, перенесших портоэнтеростомию по поводу БА в связи с описанием результатов в отдельном исследовании. При выполнении операций по поводу ЖКБ конверсий не было. На этапе накопления опыта отмечалось 2 (0,5%) послеоперационных осложнения – частичное повреждение общего желчного протока. Эти осложнения потребовали повторной операции – лапаротомии и ушивания дефекта стенки протока.

У 1 (1,4%) ребенка с КОЖП крайняя выраженность спаечного процесса потребовала осуществления конверсии при лапароскопической операции. При сравнении количества наблюдаемых осложнений мы отметили следующее: после лапароскопических операций количество ранних послеоперационных осложнений (средняя продолжительность ИВЛ, пребывание в от-

делении реанимации, необходимость обезболивания) достоверно меньше, чем после открытых вмешательств.

При лапароскопической резекции КОЖП у 4 больных отмечалась несостоятельность билиодигестивного анастомоза, потребовавшая повторной лапароскопии (лапаротомии) и выполнения повторного анастомоза общего печеночного протока с петлей кишки. Из других осложнений следует отметить кровотечение у 3 (4,4%) больных, стеноз анастомоза – у 2 (2,9%). При этом продолжительность операции в среднем составила 90 ± 25 мин. При резекции КОЖП из минидоступа несостоятельность билиодигестивного анастомоза, потребовавшая повторной операции, была у 1 пациента. Продолжительность операции в среднем – 65 ± 25 мин.

Наиболее тяжелая группа – пациенты после сочетанной травмы НЖВП и после предыдущих вмешательств, требовавшие повторные вмешательства. Аневризма печеночной артерии (гемобилия) – 1 пациент, тупая травма живота с повреждением НЖВП – 3 больных, у 1 из них в сочетании с травмой поджелудочной железы, после предыдущих вмешательств с клиникой механической желтухи – 4 пациентов. Всем больным удалось в итоге восстановить пассаж желчи в ЖКТ.

Выводы: 1. Лапароскопические операции в лечении этой группы детей так же эффективны, как и традиционные операции. Лапароскопическая резекция кисты с пластикой НЖВП с помощью кишечной петли по Ру является современным, безопасным, малоинвазивным и эффективным методом лечения детей с КОЖП. 2. Резекция КОЖП из минидоступа для резекции кисты и пластики НЖВП является хорошей альтернативой лапароскопическому варианту операции, позволяющей сократить продолжительность операции и снизить уровень несостоятельности билиодигестивного анастомоза.

ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ ПАНКРЕАТИТА ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РЕТРОГРАДНОЙ ПАНКРЕАТОХОЛАНГИОГРАФИИ И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ И МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Рахманов Р.О., Калмурзаев Е.К., Тураев Р.И., Тагаев П.Ж., Садыков Р.Ю.
Нукусский филиал РНЦЭМП

Эндоскопическая ретроградная панкреатикохолангиография (ЭРПХГ) и эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) являются эффективными диагностическими и лечебными методами у пациентов с желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом и механической желтухой. В то же время методика ЭРПХГ и ЭПСТ не лишена риска развития осложнений, наиболее грозными из которых являются острый панкреатит, кровотечение и ретродуоденальная перфорация двенадцатиперстной кишки (ДПК), составляющих от 4 до 22%, а летальность достигает 1,2%.

Наиболее частым осложнением при эндоскопических вмешательствах на большом дуоденальном сосочке (БДС) ДПК является острый панкреатит, составляющий от 1, 2 до 25%.

Цель: определить способы снижения осложнений после ЭРПХГ, ЭПСТ у пациентов с холедохолитиазом и механической желтухой.

Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 215 пациентов с диагнозом ЖКБ, осложненной холедохолитиазом, механической желтухой, находившихся на стационарном лечении в 2014-2017 гг. в отделении хирургии Нукусского филиала РНЦЭМП. Уровень гипербилирубинемии достигал 90-450 мкмоль/л. Билиарный панкреатит сопровождал течение болезни в 10% случаев с развитием болевого синдрома и повышением амилазы сыворотки крови более чем в 3 раза, развитием характерной УЗ-картины. Всем пациентам проведены инструментально-лабораторные исследования. По данным УЗИ, расширение холедоха выявлено у 95% пациентов, размер конкрементов составлял от 5 до 35 мм. Множественный холедохолитиаз выявлен в 85% случаев. Всем пациентам эндоскопическое вмешательство выполнено в сроки от 12 до 24 часов после поступления в клинику.

С целью снижения риска развития острого панкреатита нами применялся протокол ведения пациента, включающий предоперационную интенсивную терапию, эндоскопический комплекс, включающий методы предотвращения инфицирования протоков, щадящие методы канюляции, сокращение попыток канюляций за счет использования проводников, щадящий режим коагуляции при рассечении зоны устья БДС.

В сложных случаях вмешательство разбивалось на этапы. Все исследования, эндоскопические вмешательства выполнялись в условиях внутривенной анестезии.

Канюляция и контрастирование холедоха при первом исследовании оказались эффективными в 97% случаев. Одномоментная ЭПСТ выполнена у 67% больных, остальным потребовалось проведение двухмоментной ЭПСТ. При неэффективности попыток селективной канюляции терминального отдела холедоха 5 пациентам была проведена внутривисцеральная эндоскопическая литотрипсия с последующим извлечением фрагментов конкрементов. Летальных исходов не было.

Повышение амилазы сыворотки крови менее чем в 3 раза выявлено в 50% случаев, клиническая картина острого панкреатита легкой степени тяжести отмечалась у 6 пациентов, средней степени тяжести – у 2. Это состояние было купировано консервативными методами.

Таким образом, проведение комплексных лечебно-профилактических мероприятий позволяет снизить уровень развития острого панкреатита средней и тяжелой степени при проведении ЭРПХГ, ЭПСТ у пациентов с желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом и механической желтухой.

ENDOSCOPIC INTERVENTION IN THE TREATMENT OF COMPLICATED FORMS OF GALLSTONE DISEASE

Ruzimurodov N. F., Ismailov U.S., Allazarov U.A.
Tashkent Medical Academy

Introduction. Timely diagnosis and targeted cholelithiasis and its complications remain today an urgent problem in the surgical hepatology. The emergence of a method of treatment - endoscopic papillosphincterotomy (EPST) provided an opportunity for the treatment of this severe group of patients without the need for an operation associated with laparotomy and therefore with less operational risk.

Purpose of the study. To determine the effectiveness of endoscopic interventions in the treatment of some kind of gall stone disease, such as choledocholithiasis and stenosis of the distal common bile duct.

Materials and Methods. It analyzed 68 patients who were performed EPST for the period from March 2017 to September 2017.

Results. Endoscopic intervention was performed in 19 men and 49 women aged 24 to 86 years. Indications for endoscopic correction were: choledocholithiasis after cholecystectomy in 13 patients; stenosis of the major duodenal papilla and common bile duct stricture after cholecystectomy in 20 patients; choledocholithiasis and stenosis of major duodenal papilla in chronic calculous cholecystitis in patients with a high degree of operational risk in 24 patients at the height of jaundice and anicteric period in 11 patients. Immediately after EPST when choledocholithiasis in 42% of cases observed discharge of stones, in 11% of the cases was made choledocholithoextraction of large stones, in other cases, the stones were migrated to the duodenum.

Conclusion. EPST-gentle and highly effective method in the treatment of complications of cholelithiasis in a terminal part of common bile duct strictures and major duodenal papilla with few complications and low mortality.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БЕСКАМЕННОЙ ОБСТРУКЦИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Салохиддинов З.С., Турсунов А.У., Мусашайхева Ш.М.
Андижанский государственный
медицинский институт

Заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей являются одной из актуальных проблем медицины. Большую часть заболеваний билиарного тракта составляют механическая закупорка желчных протоков. В практике закупорка желчных протоков возникает вследствие сдвига камней, образующихся в желчном пузыре, но в некоторых случаях нарушение проходимости желчных протоков наблюдается и при отсутствии конкрементов в желчном пузыре.

Цель: определение особенностей клинической картины обструкции желчевыводящих путей и правильное ведение последующих этапов медицинской помощи в случаях отсутствия камней в желчном пузыре.

Материал и методы: под наблюдением были 20 больных, обследование которых включало клинические и инструментальные методы. Важную роль играло УЗИ. Кроме того, у некоторых больных проведена фиброгастродуоденоскопия.

Результаты: у 10 больных обнаружены паразиты (лямблии), в результате миграции которых образовалась закупорка паразитами желчевыводящих путей, у 3 больных определена отечность БДС со стенозом, у 2 больных диагностирована карцинома поджелудочной железы, у 5 – кистозное поражение IV сегмента печени.

У больных, в кишечнике которых обнаружены лямблии, наблюдались специфические клинические проявления: 10 (100%) больных жаловались на боль вокруг пупка, у 70% наблюдались диспепсические нарушения, у 80% имелась кожная симптоматика и признаки общей интоксикации. Из анамнеза больных выявлено, что все они получали очистительные клизмы.

У 3 больных с диагнозом стеноза БДС с дуоденитом определена частичная обструкция желчевыводящих протоков. У всех больных наблюдался диспепсический синдром в основном с преобладанием дуоденогастроэзофагеального рефлюкса.

У больных с карциномой головки поджелудочной железы клиника проявлялась сильными болями в эпигастральной области. У этих больных наблюдались мгновенная желтушность склер и кожи.

У всех больных с кистозным поражением IV сегмента печени также имела место желтушность склер и кожи. У 2 больных были признаки общей интоксикации. У всех больных наблюдалась тяжесть в правом подреберье.

Выводы: 1. Закупорка желчевыводящих путей паразитами связана в основном со способностью их к миграции. 2. При обструкции, возникающей в результате стеноза БДС с дуоденитом и миграции паразитов, признаки желтушности кожных покровов проявляются позднее, у этих больных эффективными оказались консервативные методы лечения. 3. Больным с карциномой поджелудочной железы и с наличием кисты печени, у которых желтушность проявилась молниеносно, требуется оперативное вмешательство. В процессе обследования необходимо исследовать не только желчный пузырь и желчевыводящие пути, но и состояние соседних органов.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ РЕЗИДУАЛЬНОГО ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

*Самарцев В.А., Ложкина Н.В.,
Белов В.К., Дьяченко М.И.*

ГБОУ ВПО «Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера» Минздрава РФ,
Пермь, Россия

ГАУЗ ПК Городская клиническая больница № 4,
Пермь, Россия

Проведено обследование и лечение 69 больным с резидуальным холедохолитиазом (РХ) в возрасте от 32 до 89 лет, которым в сроки от 1-го года до 28 лет до момента госпитализации была выполнена холецистэктомия по поводу ЖКБ, дополненная у 6 (8,7%) ХЛТ, у 2 (2,8%) – ТДПСТ. Все больные были госпитализированы в экстренном порядке. У 34 (49,3%) обследованных выявлена желтушная РХ, у 19 (27,5%) – панкреатогенная, у 16 (23,5%) – холангиогенная. Ультразвуковые признаки РХ, которые характеризовались выявлением единичных или множественных гиперэхогенных структур в проекции гепатикохоледоха, обнаружены только у 32 (46,4%) больных. У остальных пациентов наблюдались косвенные признаки РХ: дилатация гепатикохоледоха, внутривнутрипеченочных желчных протоков и (или) главного панкреатического протока.

В связи с трудностями эндоскопической диагностики РХ, особенно микролитиаза, была разработана методика динамической ретроградной холангиографии, которая применялась у 150 больных после оперативных вмешательств на внепеченочных желчных протоках, позволившая исключить у 9 (6,0%) резидуальный холедохолитиаз и выявить рентгенологические признаки деформации общего печеночного отдела гепатикохоледоха. Прямым эндоскопическим признаком, характеризующим холедохолитиаз, являлся ущемленный камень БДС – у 10 (14,5%). К косвенным эндоскопическим признакам мы относили гипертрофию БДС (характеризует РС БДС) – у 69 (100%), папиллит – у 56 (81,1%), дуоденит (периампулярный, диффузный) – у 51 (73,3%), холангит, отсутствие поступления желчи через устье БДС в ДПК – у 10 (14,5%). Косвенные признаки характеризовались проявлениями билиарной гипертензии: дилатацией гепатикохоледоха, увеличением угла слияния печеночных протоков, удлинением желчных протоков, увеличением угла, образованного терминальным отделом холедоха и ДПК, сужением ампулы БДС и устья главного панкреатического протока – 17 (24,6%), холангитом – у 47 (68,1%). Прямое контрастирование позволило подтвердить наличие конкрементов, определить их количество и размеры, а также протяженность сочетанного РС БДС. Обычно выявляли макролитиаз (конкременты более 10 мм), чаще – единичные и реже – множественные (более 3 конкрементов) с локализацией в области БДС и гепатикохоледоха, реже – в печеночных протоках. У 10 (14,5%) больных контрастирование выполнено после превентивной ЭПТ торцевым папиллотомом.

Всем пациентам была выполнена ЭПТ, при этом самостоятельное отхождение конкрементов наблюдали у 51 (74%). 9 (13%) больным была осуществлена литоэкстракция, у 4 (5,8%) из них – дополненная механической литотрипсией. При адекватной декомпрессии и отсутствии осложнений ЭПТ больным с гнойным холангитом проводили санационные транспапиллярные вмешательства. С нашей точки зрения, камни больших размеров не являются противопоказанием к ЭПТ, поскольку улучшение оттока желчи после декомпрессии, даже при неудаляемых камнях, способствовало ликвидации механической желтухи, оказывало положительное влияние на характер течения заболевания и позволило использовать данный метод в качестве первого этапа лечения пациентов с РХ. У 5 (7,2%) больных с камнями больших размеров после стентирования и стихания воспалительного процесса в желчных путях и нормализации лабораторных показателей выполнили минилапаротомию и холедохолитотомию. Интраоперационная ревизия внепеченочных желчных протоков подтвердила адекватность выполненной ЭПТ. Летальных исходов не было.

Заключение: современные эндоскопические методы являются высокоэффективными в лечении больных РХ. Выполнение «открытой» минилапаротомной холедохолитотомии в данной группе потребовалось 65 (7,2%) больным.

ОБТУРАЦИОННАЯ ЖЕЛТУХА ПРИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ КАК НЕОТЛОЖНОЕ СОСТОЯНИЕ: ОПТИМАЛЬНЫЕ СРОКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ С ПОЗИЦИИ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПЕЧЕНИ

*Сиплиный В.А., Евтушенко Д.В., Наумова О.В.,
Петренко Г.Д., Евтушенко А.В.*
Национальный медицинский университет,
Харьков, Украина

Цель: определение оптимальных сроков хирургического лечения обтурационной желтухи при холедохолитиазе на основе изучения морфологических изменений печени в зависимости от ее длительности.

Материал и методы: проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 184 больных холедохолитиазом и обтурационной желтухой. 128 (69,5%) больных были пожилого и старческого возраста. Морфологические изменения печени изучены на основе интраоперационных биопсий.

Результаты: при длительности холестаза до 7 дней в ткани печени преобладают признаки внутриклеточного и внутриканальцевого холестаза, преимущественно центрального отдела долек, сопровождающегося в большинстве наблюдений признаками острого очагового, реже – диффузного гнойного холангита и холангиолита с очаговой десквамацией и пролиферацией билиарного эпителия, формированием мелкоочаго-

вых, реже – зональных некрозов гепатоцитов, воспалительной инфильтрацией портальных трактов с распространением ее на междольковую строму и паренхиму. Наряду с воспалительно-деструктивными процессами, в печени имеются признаки репаративного процесса. При длительности холестаза от 7 до 14 дней в структурных компонентах печени обнаружены изменения альтеративного, воспалительного и репаративно-склеротического характера.

Нарастают явления внутриклеточного и внутриканальцевого холестаза, обнаруживаемые во всех отделах дольки, что сопровождается формированием желчных тромбов в дилатированных желчных каналах.

Сохраняются признаки холангита и холангиолита, однако в составе воспалительной инфильтрации начинают преобладать лимфоциты и гистиоциты – и снижается содержание полиморфно-ядерных лейкоцитов.

Обнаруживаются многочисленные преимущественно мелкоочаговые некрозы гепатоцитов с инфильтрацией коллабировавшей стромы нейтрофилами, лимфоцитами и гистиоцитами, вблизи встречаются фокусы регенерирующих печеночных клеток. Большинство сохранившихся и вновь образованных гепатоцитов – с признаками белковой или жировой дистрофии.

Портальные зоны – с нарастанием перидуктального фиброза, лимфогистиоцитарной инфильтрацией, обилием фибробластов, формированием в ряде наблюдений тонких соединительнотканых септ, вклинивающихся в междольковую строму и паренхиму. По всему пространству портальных зон наблюдается пролиферация желчных протоков и образование ложных желчных ходов.

При анализе морфометрических данных выявляется достоверное нарастание относительного объема соединительной ткани и стромально-паренхиматозного индекса за счет уменьшения относительно объема гепатоцитов. При длительности холестаза от 15 до 30 дней в печени обнаруживаются признаки распространенного внутриклеточного и внутриканальцевого холестаза с образованием желчных тромбов, однако наиболее выраженные изменения фиксируются в центральных отделах дольки, а также встречается излитие желчи с формированием желчных озер, что обуславливает возникновение крупноочаговых некрозов паренхимы в пределах 1-2 долек. Фокусы некроза разной степени давности: наряду со свежими очагами деструкции с преимущественно лейкоцитарной инфильтрацией тканевого детрита в исследуемой группе встречаются зоны с макрофагальной воспалительной реакцией, рассасыванием некротизированных тканей, обнажением и коллапсом стромы, признаками ее фибротизации. Нарастают явления фиброза портальных зон – избыточное развитие соединительной ткани отмечается не только перидуктально, но и в части наблюдений периваскулярно. В ряде наблюдений сформированы соединительнотканые септы, соединяющие соседние портальные зоны, а также вклинивающиеся в

печеночные дольки. Портальные зоны и септы с гиалиолифоцитарной инфильтрацией содержат многочисленные фибробласты. Анализ данных морфометрического исследования показал достоверное увеличение относительного объема соединительной ткани и стромально-паренхиматозного индекса за счет достоверного снижения относительно объема гепатоцитов.

Выводы: возникновение обтурационной желтухи при холедохолитиазе сопровождается морфологическими изменениями в печени, выраженность которых увеличивается по мере увеличения длительности обтурационной желтухи. Обтурационная желтуха при холедохолитиазе – патологическое состояние, требующее восстановления желчеотока в сроки до 7 дней после ее развития.

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ЭНДОБИЛИАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

*Тилемисов С.О., Хаджибаев Ф.А.,
Хашимов М.А., Тилемисов Р.О., Гулямов Б.Т.*
Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи

В последнее время в лечении больных механической желтухой различной этиологии все чаще стали использоваться эндоскопические способы восстановления желчеотока. Наиболее эффективным и перспективным методом желчеотведения является транспапиллярное эндопротезирование гепатикохоледоха с применением различных дуоденобилиарных стентов.

За период с 2015 по 2016 гг. попытки транспапиллярного дренирования гепатикохоледоха были предприняты нами у 105 больных с blastomatозной обструкцией желчных протоков в возрасте от 29 до 85 лет. У всех пациентов имелись явления механической желтухи, у 11 (10,5%) больных до поступления в нашу клинику была клиника гнойного холангита. Опухолевой процесс у 36 (34,3%) пациентов локализовался в области большого дуоденального сосочка, у 60 (57,1%) – в области головки поджелудочной железы и дистальной части общего желчного протока, у 4 (3,8%) – в области желчного пузыря и средней трети холедоха, у 5 (4,7%) – в области ворот печени. Дуоденобилиарное дренирование осуществляли с помощью ширококанальных дуоденоскопов фирмы «Olympus» и «Pentax» (Япония). Эндопротез проводили через инструментальный канал эндоскопа по предварительно введенной в желчный проток струне, установленной за область опухолевого поражения. Проведение протеза осуществляли с помощью толкающей трубки соответствующего диаметра. На всех этапах протезирования периодически осуществляли рентгенологический контроль положения струны и протеза. В начале нашей работы эндопротезирование выполняли только после предварительной папиллосфинктеротомии. В

настоящее время для стентирования вначале выполняли папиллотомию, после чего устанавливали эндобилиарный стент размерами 10-12 Fr. Транспапиллярное желчеотведение было успешным у 92 (87,6%) пациентов. Неудачи дренирования в большинстве случаев были связаны с протяженным поражением гепатикохоледоха или распространением опухолевого процесса на стенку двенадцатиперстной кишки или в ворота печени. Больным, у которых транспапиллярные вмешательства оказались неэффективными, были выполнены чрескожные вмешательства. ЧЧХС произведена 13 больным. Из числа пациентов с установленными стентами после снижения желтухи и купирования явлений холангита оперативное лечение было принято у 12 (11,4%). У 93 (89,6%) пациентов хирургическое лечение не проводилось в связи с отказом от операции или тяжелыми сопутствующими патологиями. У этих больных транспапиллярное стентирование явилось окончательным методом желчеотведения.

При выполнении эндопротезирования у 4 пациентов с выраженной желтухой наблюдалось кровотечение после папиллосфинктеротомии, потребовавшее повторных эндоскопических вмешательств. Еще у 3 пациентов произошла дислокация стента в просвет двенадцатиперстной кишки. Для лечения осложнений были выполнены повторные эндоскопические вмешательства и проведена консервативная терапия. Всем неоперированным пациентам в дальнейшем проводилась замена стентов в связи с их окклюзией билиарным сладжем. Средний срок функции стентов у пациентов с дистальной blastomatозной обструкцией составил 5,5 месяца. Накопленный нами опыт позволяет констатировать, что транспапиллярное дуоденобилиарное дренирование является эффективным способом восстановления желчеотока при обструкции билиарного тракта опухолевой природы. Этот метод декомпрессии, позволяя достаточно быстро и эффективно ликвидировать желтуху и холангит, дает возможность проводить хирургические вмешательства в наиболее благоприятных условиях, а у больных пожилого возраста, имеющих тяжелую сопутствующую патологию, транспапиллярное стентирование может служить альтернативой паллиативному хирургическому лечению.

НОВЫЙ СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ КИСТОЗНОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ У ДЕТЕЙ

Хаджибаев А.М., Акилов Х.А., Матякубов Х.Н.
Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи,

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Кистозная трансформация внепеченочных желчных протоков – врожденное заболевание, характеризующееся гипоплазией эластической и мышечной ткани гепатикохоледоха, его расширением, нарушением пассажа желчи в кишечник. Трудность диагностики врож-

денной кистозной трансформации холедоха объясняется тем, что на ранних стадиях она может протекать бессимптомно.

Внедрение в клиническую практику УЗИ, КТ, МРТ, ЭРХПГ расширило диагностические возможности при данной патологии. Современные методы интроскопии дают возможность не только осуществить раннюю диагностику кист холедоха, но и получить четкое представление о размерах и положении кисты, взаимоотношении с окружающими органами и ее содержанием, провести динамическое наблюдение за больным как до операции, так и в раннем послеоперационном периоде и в отдаленные сроки после операции.

Цель: улучшение результатов лечения больных с кистозной трансформацией желчевыводящих путей путем оптимизации диагностики, внедрения новых технологий лечения.

Материал и методы: в 2005-2017 гг. в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи на лечении находились 55 больных в возрасте от 2 мес. до 17 лет. Всем детям проведены клиничко-лабораторное обследование, УЗИ, обзорная рентгенография брюшной полости, МСКТ и МРТ с холангиографией, ЭРПХГ.

Диагноз патологии гепатобилиарной системы до операции установлен во всех случаях.

Результаты и обсуждение: при изучении результатов общеклинического обследования только у 21 пациента имела место умеренная билирубинемия. Общий анализ крови, как правило, без существенных сдвигов. Эти показатели быстро возвращались к норме после операции. Основным методом диагностики кист общего желчного протока в наших наблюдениях было УЗИ. УЗИ гепатикохоледоха, выполненное всем детям, позволило обнаружить прямые признаки поражения желчных протоков только у 39 (70,90%) из них.

Значительно расширяют диагностические возможности выявление патологии гепатопанкреатодуоденальной зоны – КТ (МСКТ) и МРТ, которые выполнены нами у 44 (80,0%) пациентов при неубедительных данных УЗИ.

Полученные нами данные показывают, что МСКТ и МРТ с холангиографией имеют большое значение в распознавании патологии гепатобилиарной системы с высокой информативностью.

ЭРПХГ выполнена у 15 (27,27%) пациентов, у 2 (3,63%) из них она дополнена ЭПСТ. Имея высокую информативность, данный метод может вызвать различные осложнения, поэтому считаем целесообразным выполнение ЭРПХГ накануне планируемой операции.

На сегодняшний день лечение кист общего желчного протока только хирургическое. Из 55 оперированных детей у 30 (54,54%) произведена резекция кисты холедоха с наложением гепатикоэнтероанастомоза с каркасным кольцом на выключенной по Ру петле тонкой кишки, у 19 (34,54%) – резекция кисты холедоха, с наложением гепатикоэнтероанастомоза на выключенной по Ру петле тонкой кишки, у 5 (9,09%) – наложение

супрадуоденального холедоходуоденоанастомоза, у 1 (1,81%) – наружное дренирование холедоха по Керу (в связи с перфорацией кисты холедоха).

Выводы: 1. С доступностью УЗИ, ЭРПХГ, КТ, МРТ появилась возможность не только ранней диагностики кистозной трансформации общего желчного протока, но и выбора оптимального срока хирургического вмешательства. 2. Радикальной операцией при кистах внепеченочных желчных протоков считаем максимальное иссечение кистозно измененных стенок гепатикохоледоха и наложение гепатикоэнтероанастомоза на выключенной по Ру петле кишки на каркасном кольце.

ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ДЕКОМПРЕССИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПРОТОКОВ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

*Хаджибаев Ф.А., Алтыев Б.К., Хашимов М.А.,
Ешмуратов А.Б., Мирахмедов Н.Н.*
Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи

Цель: улучшение результатов эндоскопического лечения желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом.

Проанализированы результаты эндоскопического лечения 6191 больного с желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом, находившихся на лечении в 2002-2016 гг. У 1452 (23,5%) из них был изолированный холедохолитиаз (после холецистэктомии), у 4739 (76,5%) – холедохолитиаз в сочетании с холецистолитиазом. Больные были в возрасте от 18 до 92 лет (средний возраст 64,1±3,7 года). Предоперационное обследование включало клиничко-анамнестическое обследование, проведение лабораторных методов и лучевой диагностики (трансабдоминальное УЗИ, МРТ-холангиография).

Следует отметить, что при ЭРПХГ мы не стремимся долго канюлировать БДС и во что бы то ни стало заполнить канюляционную ЭПСТ. При попытке и неудаче канюляции сразу выполняем нетипичную или комбинированную ЭПСТ. Это уменьшает травмирование и отек большого дуоденального сосочка в результате длительных попыток канюляции и сокращает время вмешательства. Типичная (канюляционная) ЭПСТ выполнена у 3498 (56,5%) пациентов, нетипичная ЭПСТ – у 254 (4,1%), комбинированная ЭПСТ (предрасщепление с последующим увеличением разреза канюляционным методом) – у 2439 (39,4%). С целью повышения безопасности эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) в два этапа выполнена процедура у 681 (11%), больного, у остальных 5510 (89%) удалось полноценно санировать общий желчный проток в один этап.

После выполнения адекватной ЭПСТ в зависимости от диаметра конкремента и его плотности определялась дальнейшая тактика санации холедоха. Механическая литоэкстракция с помощью корзинки Dormia

выполнена у 5727 (92,5%) пациентов, механическая литотрипсия ввиду несоответствия размеров терминального отдела холедоха и конкремента – у 118 (1,9%). При невозможности извлечения конкремента с целью профилактики его повторного вклинения и нормализации биохимических показателей крови нами осуществлялось эндоскопическое назобилиарное дренирование либо стентирование холедоха, что создавало временные условия для оттока желчи мимо приподнятого на дренаже или стенке камня.

Причинами неудач эндоскопического лечения больных холедохолитиазом явились крупный или фиксированный конкремент холедоха у 105 (1,7%) больных, синдром Мириizzi – у 186 (3%), недоступность БДС после перенесенных ранее операций – у 18 (0,3%). Однако у 4 (0,06%) пациентов при выполнении литоэкстракции имело место вклинение в ТОХ корзинки Dormia с конкрементом, потребовавшее экстренной лапаротомии, холецистэктомии, холедохолитотомии с наружным дренированием холедоха.

Кровотечение имело место у 31 (0,5%) больного, из них у 18 гемостаз был достигнут эндоскопически. Острый панкреатит, потребовавший интенсивной терапии в условиях реанимационного отделения, отмечался у 105 (1,7%) больных.

37 (0,6%) больным с неудавшейся эндоскопической литоэкстракцией выполнена лапаротомная холедохолитотомия.

Таким образом, эндоскопические чреспапиллярные методы являются методами выбора в диагностике и лечении больных с холедохолитиазом. Высокий показатель эффективности эндоскопического лечения данной группы больных обеспечивается комплексным применением эндоскопических методик, наличием современной аппаратуры и инструментария.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ УЩЕМЛЕННЫХ КАМНЕЙ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА

*Хаджибаев Ф.А., Хашимов М.А.,
Ешмуратов А.Б., Мирахмедов Н.Н.*
**Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи**

Традиционно ущемленный камень БДС является неотложным состоянием, при котором быстро могут развиваться такого рода осложнения, как острый билиарный панкреатит или гнойный холангит из-за почти полной обструкции выводных протоков панкреатобилиарной зоны. Поэтому удаление ущемленного конкремента БДС должно быть немедленно выполнено для предупреждения осложнений.

Проанализированы результаты лечения 6191 больного с желчнокаменной болезнью (ЖКБ), осложнен-

ной механической желтухой, госпитализированных в отдел экстренной хирургии РНЦЭМП в 2002-2016 гг. Больные были в возрасте от 18 до 92 лет (средний возраст 64,1±3,7 года). Из них у 493 (7,9%) больных при обследовании установлен диагноз «ущемленный камень БДС». Мужчин было 139 (28,3%), женщин – 354 (71,7%). Все больные были госпитализированы в клинику в экстренном порядке. Из них 70 (14,2%) больным ранее была произведена холецистэктомия по поводу калькулезного холецистита. Болевой синдром различной интенсивности был отмечен во всех наблюдениях, поэтому в течение 1-х суток поступили 196 (39,8%), 297 (60,2%) пациентов госпитализированы спустя сутки от начала приступа болезни.

Всем больным, помимо клинико-биохимических исследований, проводилось ультразвуковое сканирование печени, желчных путей и поджелудочной железы. При подозрении на ущемленный камень БДС по экстренным показаниям больным проводили фибродуоденоскопию боковой оптикой. Экстренная дуоденоскопия с непосредственным осмотром области БДС позволила диагностировать целый ряд патологических процессов. У всех пациентов наблюдалось выбухание продольной складки, отек и гиперемия области БДС, наличие на нем фибриновых наложений и отсутствие поступления желчи. У 412 (83,6%) больных визуализировался край ущемленного конкремента в устье БДС. Наличие признаков блока терминального отдела общего желчного протока, вызванного ущемленным конкрементом БДС, безусловно, явилось абсолютным показанием к экстренной эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ). При этом у 44 (9%) больных выявлены признаки гнойного холангита. У 441 (89,5%) больного после успешного выполнения ЭПСТ с литоэкстракцией состояние больных улучшилось, и боли исчезли. У 53 (10,8%) больных после проведенной ЭПСТ, несмотря на устранение блока БДС, разрешение механической желтухи, состояние усугубилось инфицированием очагов панкреонекроза и забрюшинной клетчатки. В связи с этим больным произведены операции по устранению гнойных осложнений острого панкреатита. Умерли 9 (1,9%) пациентов от полиорганной недостаточности на фоне сепсиса.

Результаты лечения ущемленного камня БДС зависят от ранней диагностики и, соответственно, возможно раннего восстановления желчевыведения, чему способствуют учет характерных клинических, биохимических, сонографических и эндоскопических признаков заболевания, а также расширение показаний к ЭПСТ. Относительно высокая вероятность развития билиарного панкреатита, в том числе его деструктивных форм, при ущемленном камне БДС остается на сегодняшний день не до конца разрешенной проблемой, которая требует дальнейших исследований.

**РЕТРОГРАДНЫЕ И АНТЕГРАДНЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ
ЖЕЛТУХОЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА**

*Хаджибаев Ф.А., Тилемисов С.О.,
Хашимов М.А., Гулямов Б.Т.*
Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи

Среди органов билиопанкреатодуоденальной зоны наиболее часто поражается поджелудочная железа – в 63-86% случаев. Опухоли этого органа занимают 9-е место по частоте среди опухолей желудочно-кишечного тракта. Второй по частоте опухолью ГПДЗ (8-26%) является рак БДС, который составляет 1,6-2,0% всех злокачественных новообразований. Рак внепеченочных желчных протоков (включая опухоли дистального отдела холедоха) встречается в 1-3% от всех злокачественных опухолей и в 3-18% от новообразований органов ГПДЗ. Единственным шансом на благоприятный исход лечения может служить радикальная хирургическая операция, однако операбельность при отдельных нозологиях рака билиопанкреатодуоденальной зоны остается невысокой и не превышает 5-28%. Паллиативное хирургическое лечение преследует цели продления и улучшения качества жизни пациентов.

Нами проанализированы истории болезни 1001 больного механической желтухой, находившегося на лечении в отделе экстренной хирургии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи г. Ташкента. Мужчин было 590 (58,9%), женщин – 411 (41,1%). Причинами механической желтухи явились опухоль головки поджелудочной железы и терминального отдела холедоха – у 429 (43%) больных, опухоль большого дуоденального сосочка – у 222 (22%) больных, опухоль желчного пузыря – у 143 (14%) больных, опухоль ворот печени – у 207 (21%) больных. Всего было выполнено 911 ЭРПХГ. У 187 (21%) больных была произведена эндоскопическая папиллосфинктеротомия, у 520 (57%) – стентирование холедоха. ЧЧХС выполнена 90 больным. При антеградной холангиографии выявлено, что причиной механической желтухи явилась опухоль головки поджелудочной железы и терминального отдела холедоха – у 29 больных, опухоль холедоха I тип по Bismuth – у 11, опухоль ворот печени по Bismuth 2 – у 9, опухоль ворот печени по Bismuth 3 – у 27 больных, опухоль ворот печени по Bismuth 4 – у 14.

У 88% больных механической желтухой опухолью генеза эндобилиарные вмешательства явились окончательным методом желчеотведения. У 117 больных после миниинвазивных вмешательств выполнены оперативные вмешательства, в том числе у 13 панкреатодуоденальные резекции, у 104 – обходные холецистоэнтеро- или гепатикоэнтероанастомозы.

**ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ
ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ
ХОЛЕЦИСТИТОМ, ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ И
МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ**

*Шамирзаев Б.Н., Расулов У.А., Фазилов Н.Х.,
Абдулахатов Б.Ш., Сиддиқов Т.А.*
Центральный военный клинический госпиталь
МО РУз

С 1994 по 2005 гг. по поводу хронического и острого калькулёзного холецистита нами оперированы 855 пациентов в возрасте от 18 до 90 лет, из них 35 больных холедохолитиазом, осложненным механической желтухой.

При дооперационном УЗИ у 26 (92,85%) из 28 пациентов были выявлены признаки желчной гипертензии, у 23 (82,14%) из них обнаружен холедохолитиаз. При эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии (ЭРПХГ) диагноз холедохолитиаза установлен у 23 (100%) больных, стеноз большого дуоденального сосочка – у 3. Этим пациентам было выполнено двухэтапное лечение. Первым этапом произведена эндоскопическая ретроградная папиллосфинктеротомия (ЭРПСТ) и литоэкстракция, вторым этапом, спустя 3-5 суток после удаления конкрементов из холедоха и ликвидации стеноза – лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ).

У 2 пациентов первым этапом лечения была ЛХЭ с дренированием брюшной полости (подпеченочного пространства и малого таза), вторым этапом – ЭРПСТ и литоэкстракция через 3 и 5 дней после операции. На основании накопленного опыта мы выделяем ряд принципиальных тактических моментов в лечении больных с желчнокаменной болезнью, осложнённой холедохолитиазом и стенозом большого дуоденального сосочка.

Выявление холедохолитиаза, стриктуры общего желчного протока и папиллостеноза у больных хроническим и острым калькулёзным холециститом является показанием к дооперационной коррекции желчеоттока – эндоскопической папиллосфинктеротомии и литоэкстракции, выполняемой на первом этапе лечения, и ЛХЭ – на втором этапе, спустя 3-5 дней.

При интраоперационном выявлении холедохолитиаза без нарушения желчеоттока и широкого пузырного протока на сегодняшний день мы считаем предпочтительным удаление конкрементов при холедохоскопии через пузырный проток без вмешательства на БДС. При сочетании холедохолитиаза с нарушениями желчеоттока, а также при изолированном папиллостенозе и стриктуре терминального отдела холедоха – папиллосфинктеротомия и ретроградная литоэкстракция. Однако в ситуациях, когда полную эндоскопическую литоэкстракцию выполнить не удаётся, приемлемо дренирование холедоха по Холстеду с последующей отсроченной эндоскопической папиллосфинктеротомией. Отсутствие технических трудностей, связан-

ных с канюляцией БДС, без контрастирования протока поджелудочной железы сводят к минимуму частое развитие острого панкреатита.

Таким образом, при выявленном холедохолитиазе и стриктурах терминального отдела холедоха оптимальным мы считаем двухэтапное лечение – ретроградную папилосфинктеротомию с литоэкстракцией в предоперационный период и ЛХЭ, но и не исключаем возможность одноэтапного лечения – интраоперационную ретроградную папилосфинктеротомию и антеградную литоэкстракцию во время ЛХЭ. Все вышеизложенное указывает на большие возможности эндоскопической техники, которые все шире и глубже внедряются в повседневную практическую медицину.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ОСЛОЖНЕННОГО МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Шепетько Е.Н.

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев, Украина

Введение. Рак головки поджелудочной железы (РГПЖ) является сложно диагностируемым заболеванием, на поздних стадиях развития опухоли часто осложняется механической желтухой либо нарушением гастродуоденального пассажа. Панкреатодуоденальная резекция (ПДР) является единственным методом радикального лечения больных с опухолями органов панкреатодуоденальной зоны.

Цель. Изучить методы оперативных вмешательств при РГПЖ, осложненном механической желтухой и нарушением гастродуоденального пассажа.

Материалы и методы. В клинике кафедры хирургии № 3 НМУ имени А.А. Богомольца выполнено 139 операций у пациентов со злокачественными образованиями билиопанкреатодуоденальной зоны. Из них мужчин – 74 (53,2%), женщин – 65 (46,7%), в возрасте от 19 до 88 лет. Средний возраст пациентов – 58,4±7. Рак головки поджелудочной железы обнаружен у 130 (93,5%) больных, большого дуоденального соска – 8 (5,8%), дистального отдела общего желчного протока с распространением на головку панкреаса – 1 (0,7%). Стадийность опухолевого процесса при выполнении 14 ПДР: IIA ст. – 2 (14,3%), IIB ст. – 7 (50%), III ст. – 5 (35,7%), а при паллиативных вмешательствах и пробных лапаротомиях (125 пациентов): IA ст. – 2 (1,6%), IB ст. – 5 (4%), IIA ст. – 13 (10,4%), IIB ст. – 9 (7,2%), III ст. – 44 (35,2%), IV ст. – 52 (41,6%).

Результаты. Основными клиническими симптомами у пациентов с опухолями головки поджелудочной железы и периапулярной зоны были желтуха 92 (66%), боль в верхнем отделе брюшной полости – 75 (54%), слабость – 59 (43%), снижение массы тела – 84 (60,5%), гастродуоденальная непроходимость – 7 (9%). На фоне желтухи ПДР была выполнена у 8 (57,1%) пациентов, а паллиативные операции – у 84 (67,2%). Технология

выполнения операций ПДР предусматривает 3 основных этапа: мобилизация, резекционный этап и реконструктивный этап. В ходе реконструктивного этапа операции панкреато-еюноанастомоз (ПЕА, 10 или 71,4%) формировался в 2,5 раза чаще, чем панкреато-гастроанастомоз (ПГА, 4 или 28,6%) ($p=0,0255$; $\chi^2=4,993$). Радикальные операции: ПДР (14) по Виплу–Шалимову – 5 (35,7%), модифицированная ПДР с сохранением привратника по Траверсо и панкреатогastroанастомозом – 4 (28,6%) (Пат. UA № 21098, 2007 г.), по Маллеги – 4 (28,5%), на двух тонкокишечных петлях с формированием резервуарного аппаратного панкреато-еюноанастомоза (Пат. UA № 105534, 2016 г.) – 1 (7,1%). ПДР по Виплу–Шалимову и по Маллеги с ПЕА (9 или 64,3%) применялись в 2,2 раза чаще, чем с сохранением привратника по Траверсо с ПГА (4 или 28,6%) ($p=0,0629$, $\chi^2=3,459$), и в 9 раз чаще, чем на двух тонкокишечных петлях с формированием резервуарного аппаратного ПЕА (1 или 7,1%), ($p=0,0019$, $\chi^2=9,621$). Недостатком метода ПДР по Виплу–Шалимову является относительно высокая частота несостоятельности швов панкреато-еюноанастомоза (15-20%) с развитием перитонита. Разработанные модифицированные варианты операции ПДР (Пат. UA № 21098, 2007 г.; Пат. UA № 105534, 2016 г.) устраняют недостатки других способов, где сохраняется высокий риск недостаточности швов ПГА и ПЕА, подтекание панкреатического содержимого между швами анастомоза при недостаточно четком укрытии культи ПЖ стенкой желудка или тощей кишки.

Паллиативные операции в виде билиодигестивных анастомозов (БДА) произведены у 87 (82,1%) из 106 пациентов, в виде дигестивных анастомозов – у 39 (36,8%), в том числе в сочетании с БДА – 20 (18,9%). Условно-радикальные операции (папилэктомию) – у 2 (1,6%), пробные лапаротомии – у 17 (13,6%). Из 106 больных (76,2%) БДА выполнены у 87 (82,1%): холецисто-еюноанастомоз + Брауновское соустье (ХЦЕА+БР) – 43 (49,4%), в т.ч. с холецистэктомией (ХЭ) – 3 (3,4%), с дренированием холедоха по Пиковскому (ДрХП) – 1 (1,1%), с назобилиарным дренированием (НБДр) – 1 (1,1%); холецисто-еюноанастомоз по Ру (ХЦЕА+РУ) – 5 (5,7%), в т.ч. с ХЭ – 1 (1,1%); холедоходуоденоанастомоз (ХДА) – 23 (26,4%), в т.ч. с ХЭ – 7 (8,0%), с ДрХП – 3 (3,4%), по Вишневскому (ДрХВ) – 1 (1,1%), с НБДр – 1 (1,1%); холедохо-еюноанастомоз + Браун (ХЕА+БР) – 5 (5,7%)/+ Ру – 8 (9,2%); гепатико-еюноанастомоз по Ру (ГепЕА+Ру) – 3 (3,4%), в т.ч. с ХЭ – 1 (1,1%). Отмечено, что ХЦЕА+БР и ХЦЕА+Ру (48 или 55,2%) достоверно накладывались в 3 раза чаще, чем ХЕА+БР/+Ру и ГепЕА+Ру (16 или 18,4%) ($p<0,0001$, $\chi^2=25,212$), и в 2,1 раза чаще, чем ХДА (23 или 26,4%) ($p=0,0001$, $\chi^2=14,755$). Для восстановления пассажа по ЖКТ наложены дигестивные анастомозы у 39 (36,8%): передний гастроэнтероанастомоз + Браун (ПГЭА+БР) – 32 (82,1%), в т.ч. с операцией Стронга – 1 (2,6%), с ДрХВ – 1 (2,6%); задний гастроэнтероанастомоз по Гаккеру-Петерсену (ЗГЭА) наложен у 7 (17,9%). Сравнительный анализ показал, что ПГЭА+БР (32 или 82,1%) достоверно накладывался в 4,6 раз

чаще, чем ЗГЭА (7 или 17,9%) ($p < 0,0001$, $\chi^2 = 31,737$). Общая летальность составила 15,8% (ум. 22): при паллиативных операциях – 13,2% (ум. 14 из 106), ПДР – 3 (21,4%), пробных лапаротомиях – 5 (29,4%). Причины летальных исходов: раковая интоксикация – 8 (36,4%), полиорганная недостаточность – 5 (22,7%), печеночно-почечная недостаточность – 5 (22,7%), острая сердечная недостаточность – 4 (18,2%).

Выводы. 1. РГПЖ чаще всего встречается в возрасте 40-80 лет. 2. На ранних стадиях РГПЖ трудно диагностируется, а на поздних стадиях (III ст. – 35,3%, IV ст. – 41,6%) ограничены возможности выполнения радикальной операции. 3. Осложнение РГПЖ механической желтухой диагностируется у 66% пациентов. 4. Радикальная операция ПДР выполнима у ограниченного количества больных (10%), среди которых ПЕА применялся в 2,5 раз чаще, чем ПГА. 5. Целесообразно выполнение разработанных функционально выгодных операций, снижающих количество послеоперационных осложнений и послеоперационную летальность.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ УЩЕМЛЕННОГО КАМНЯ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА

*Юнусов Р.С., Мамаджанов А.А.,
Рузматов А.Э., Убайдуллаев Ф.О.*
Наманганский филиал РНЦЭМП

Ведущей причиной в развитии острого билиарного панкреатита является холедохолитиаз, осложненный обструкцией общего желчного протока и большого дуоденального сосочка (БДС).

Эндоскопическое вмешательство при ущемленном камне БДС направлено в первую очередь на раннюю диагностику и устранение билиарной и панкреатической гипертензии.

Цель: улучшение результатов диагностики и лечения ущемленного камня большого дуоденального сосочка.

Материал и методы: в период с 2009 г. по сентябрь 2017 г. в Наманганский филиал РНЦЭМП поступили 163 больных с ущемленным камнем большого дуоденального сосочка. Мужчин было 68, женщин – 95. Средний возраст больных – 56 лет. Всем больным при поступлении в приемном отделении произведены клинико-биохимические анализы крови, ультразвуковое исследование гепатобилиарной системы и эзофагодуоденоскопия.

Результаты: основным эндоскопическим признаком ущемленного камня БДС явилась обтурация желчным конкрементом с полным отсутствием поступления желчи и панкреатического сока в просвет двенадцатиперстной кишки (ДПК). При этом БДС был резко увеличен в размерах и напряжен, поверхность его была гладкая и блестящая. При выраженном выбухании БДС занимал до 2/3 просвета ДПК, сосочек имел плотную консистенцию и при давлении на него практически не

смещался. Продольная складка, являющаяся контуром интрадуоденальной части холедоха, была утолщена и напряжена. При длительной фиксации камня появлялись признаки некроза слизистой оболочки в области устья БДС, возникала и нарастала имбибиция слизистой парапапиллярной зоны панкреатическим соком.

После выявления обтурации БДС конкрементом проводили комбинированную эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ). Вначале рассечение производилось с помощью игольчатого или торцевого электрода на 11-12 часах по крыше БДС по направлению продольной складки до вскрытия ампулярной полости. При этом в подавляющем большинстве случаев наблюдалось отхождение вколоченного в ампулу БДС конкремента. При ликвидации обтурации отмечалось поступление в просвет кишки мутной желчи и панкреатического сока. После устранения дистального блока БДС выполняли селективную эндоскопическую ретроградную холангиографию (ЭРПХГ), во время которой оценивалось состояние желчевыводящей системы. У 102 больных после ЭПСТ наблюдалось отхождение конкрементов после папиллотомии. У 61 больного конкремент был удален с помощью корзинки Dormia. После устранения блока всем больным проводилась консервативная терапия для профилактики развития билиарного панкреатита. Несмотря на устранение блока терминального отдела холедоха, у 26 больных развился отечный панкреатит. Консервативная терапия была эффективной у 20 больных. У 6 пациентов развился тотальный панкреонекроз с забрюшинной флегмоной и сепсисом. Больные были оперированы. Умерли 4 больных от полиорганной недостаточности и панкреатогенного сепсиса. Осложнения, связанные с эндоскопическими вмешательствами, не наблюдались.

Таким образом, своевременное применение эндоскопических методов при остром билиарном панкреатите позволяет в ранние сроки более эффективно выявлять и устранять причину заболевания, купировать синдром механической желтухи, предупреждает развитие деструктивных форм острого панкреатита, его осложнений.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

*Юсупов Ш.И., Мамаджанов А.А.,
Рузматов А.Э., Убайдуллаев Ф.О.*
Наманганский филиал РНЦЭМП

Цель: улучшение результатов лечения холедохолитиаза.

Материал и методы: за период с января 2009 г. по сентябрь 2017 г. в Наманганском филиале РНЦЭМП прошли обследование и лечение 2346 больных холедохолитиазом (1330 женщин, 1016 мужчин). Ущемленный камень большого дуоденального сосочка (БДС) диагностирован у 163 человек, гнойный холангит – у 234, синдром Мириззи – у 89. Диагноз у всех больных

подтвержден комплексным клиническим обследованием, включающим компьютерную томографию, УЗИ, ЭРПХГ и лабораторные исследования.

Результаты: основными критериями механической желтухи являлись повышение уровня прямой фракции билирубина выше нормы в два раза, щелочной фосфатазы, расширение гепатикохоледа с наличием конкремента и внутрипеченочных желчных протоков при ультразвуковом и ЭРПХГ-исследовании. Эндоскопическую папилосфинктеротомию (ЭПСТ) выполняли типичным способом 2156 пациентам, нетипичным (предрассечение, СДХДС) – 290. Всем больным после ЭПСТ проводили механическую литоэкстракцию. Успешная литоэкстракция выполнена у 2112 больных, в один этап – у 2019, в два – у 65, в три – у 27. При крупных конкрементах холедоха размерами более 1,5 см использовали механическую внутрипротоковую литотрипсию с последующей литоэкстракцией (84 б-х). Назобилиарный дренаж установлен 62 пациентам с гнойным холангитом для адекватной санации желчных путей. 56 больным с наличием больших размеров конкремента в холедохе было произведено стентирование билиарного протока. Трудности возникают также при парафатериальных дивертикулах, стенозах выхода желудка. У большинства больных после проведенных эндобилиарных вмешательств наблюдалось

улучшение состояния больных и нормализация биохимических показателей. Осложнение после ЭПСТ наблюдалось у 68 больных. У 39 пациентов был отечный панкреатит, который удалось купировать консервативными методами. У 6 больного с ущемленным камнем БДС развился панкреонекроз, потребовавший оперативного лечения. Кровотечение после ЭПСТ отмечалось у 22 больных. У 20 из них кровотечение остановлено эндоскопическим способом, 2 пациентам из-за неэффективности этого метода произведено ушивание папиллотомной раны открытым способом. Вклинение корзинки зонда Dormia при литоэкстракции, потребовавшее оперативного лечения, наблюдалось у 1 больного. Умерли 6 больных: 5 – после оперативного лечения по поводу панкреонекроза, 1 – после ушивания папиллотомной раны. Эффективность эндоскопических вмешательств составила 96%. Общее осложнение после ЭПСТ – 2,8%. Летальность – 0,2%. Таким образом, эндоскопические транспапиллярные методы лечения являются методами выбора у больных холедохолитиазом, осложненным механической желтухой. Учитывая эффективность данного метода, которая в нашем случае составила 96%, рекомендуем более широкое внедрение данного метода во всех звеньях неотложной помощи.

III. ТРАВМЫ, ЯТРОГЕННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ И УРГЕНТНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

РЕЗУЛЬТАТЫ СПЛЕНЭКТОМИИ С ГЕТЕРОТОПИЧЕСКОЙ АУТОТРАНСПЛАНТАЦИЕЙ СЕЛЕЗЕНОЧНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С ТРАВМАМИ СЕЛЕЗЕНКИ

Акилов Х.А., Примов Ф.Ш.

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

Несмотря на многочисленные способы лечения после спленэктомии, открытие возможности трансплантации органов подняло хирургию и медицину в целом на качественно новый уровень.

В определенных хирургических ситуациях сохранить селезенку не представляется возможным, в таких ситуациях единственным способом сохранить функцию после удаления органа является аутотрансплантация ее ткани.

Цель: улучшение результатов лечения детей при травмах селезенки.

Материал и методы: в сроки от 3-х месяцев до 3-х лет после операций были амбулаторно обследованы 7 пациентов после ОСО, 16 – после СЭ+ГАТ, 40 – после СЭ. Таким образом, проанализированы отдаленные результаты у 61 (78,5%) пациента с травмами селезенки, оперированных в РНЦЭМП в 2005-2015 гг., перенесшего операции на органе.

Результаты: при изучении течения отдаленного послеоперационного периода у больных, оперированных по поводу травматического повреждения органа, выявлено, что на развитие осложнений в отдаленном послеоперационном периоде непосредственное влияние оказывает вид выполненной операции.

У пациентов с СЭ в отдаленные сроки наблюдения было выявлено повышение концентрации тромбоцитов более чем в 1,5 раза по сравнению с донорами и больными с ОСО. При этом тромбоцитоз у больных с СЭ достоверно свидетельствует о более выраженных нарушениях тромбоцитарного звена гемостаза, чем в группе с ОСО ($p < 0,05$).

У больных после СЭ происходит статистически достоверное снижение (по сравнению с группой контроля) концентрации IgG и IgM, системы комплемента, количества Т-лимфоцитов, Т-хелперов и Т-киллеров. Вместе с тем только в группе с изолированной СЭ отмечается повышение количества Т-цитотоксических лимфоцитов и В-лимфоцитов.

Изменения иммунного статуса у больных после СЭ, несомненно, сопровождаются клиническими проявлениями. У 51% больных отмечались частые респираторные заболевания. У 28,5% больных в патологический процесс вовлекались легкие и бронхи, а у 16,3% обследованных наблюдалась предрасположенность к гнойничковым заболеваниям кожи.

При клиническом изучении течения отдаленного послеоперационного периода больных с СЭ+ГАТ нами установлена склонность к частым респираторным заболеваниям у 31,3% из них, склонность к гнойничковым заболеваниям кожи у 12,5%. Обнаруженные изменения иммунного статуса можно объяснить недостаточной компенсаторной функцией аутолиентранспланта.

При анализе клинических данных склонность к респираторным заболеваниям выявлена у 17,1% больных с ОСО, а предрасположенность к гнойничковым заболеваниям кожи имела лишь у 2,4%.

Таким образом, основными причинами развития послеоперационных осложнений в отдаленном послеоперационном периоде у больных, оперированных по поводу травмы селезенки, являются изменения коагуляционного звена системы гемостаза, изменения реологических свойств крови и иммунного статуса. Выявленные изменения приводят к развитию осложнений после СЭ у 81,6% пациентов; при дополнении СЭ аутолиентрансплантацией – у 56,2%.

ЗАКРЫТЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ. ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Акилов Х.А., Примов Ф.Ш., Урмонов Н.Т.

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

С ростом детского травматизма, который имеет явную тенденцию к увеличению, в последние годы возрастает количество сочетанных и комбинированных повреждений органов брюшной полости. При этом непосредственно угрожают жизни пациента внутрибрюшные кровотечения, связанные с повреждением обильно васкуляризованных паренхиматозных органов – печени и селезенки.

Проведен детальный анализ результатов лечения 165 больных детей, оперированных в 2006-2016 гг. с диагнозом закрытая травма живота с повреждением печени и селезенки. Изолированное повреждение селезенки встречалось у 72 (44%) детей), печени – у 53 (32%), комбинированное повреждение печени и селезенки – у 40 (24%).

40% пострадавших получили травму в результате ДТП, 24,6% – при падении с высоты, 11% – при падении тяжелого предмета, тупая травма живота имела место в 24,4% случаев. Большинство были мальчики (76,1%). В первые 1-4 часа после травмы поступили 69,9% пострадавших.

Лапароскопические вмешательства произведены у 135 пациентов с закрытыми травмами живота, из них у 120 – при повреждениях паренхиматозных органов.

Наряду с общеклиническими лабораторными методами исследования для топической диагностики всех повреждений у ребенка использовались лучевые методы диагностики (полипозиционная рентгенография, ультразвуковое исследование, компьютерная томография), а также диагностическая лапароскопия.

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, критическое состояние. Все это позволило выделить 3 группы травмированных детей в зависимости от гемодинамических показателей: артериальное давление и показатели крови: стабильные, условно-стабильные и нестабильные.

Стабильность гемодинамики – основополагающая предпосылка к расширенному лучевому обследованию и эндодиагностике.

Стандарт диагностики начинается с экстренной ультрасонографии органов брюшной полости, при которой у 92% пациентов лоцирован источник внутрибрюшного кровотечения, но чаще определяется относительно неспецифический, но информативно достоверный признак: уровень свободной жидкости в малом тазу. Стабильное и условно-стабильное состояние дает возможность произвести МСКТ брюшной полости или при необходимости – тотальную МСКТ (при сочетанной травме).

При закрытых повреждениях паренхиматозных органов лапароскопия играет важную как диагностическую, так и лечебную (хирургическую) роль.

При повреждениях селезенки произведены следующие вмешательства: лапароскопическая электрокоагуляция ран селезенки – 10 пострадавшим, лапароскопическая аргоноплазменная коагуляция ран селезенки – 4.

При повреждениях печени произведены следующие оперативные вмешательства: лапароскопические – электрокоагуляция печени с использованием моно- и биполярного коагулятора – 31 пациенту, **электрокоагуляция раны печени и фиксация к ней сальника** – 4, электрокоагуляция раны печени с аппликацией гемостатической губки «Тахокомб» – 11, аргоноплазменная коагуляция раны печени – 6, лапароскопическое ушивание печени – 11.

У 8 больных при диагностировании забрюшинной гематомы ограничили дренированием брюшной полости и дальнейшей консервативной терапией.

У остальных 41 пострадавшего наличие большого объема гемоперитонеума и тяжелых повреждений печени, селезенки и поджелудочной железы послужило показанием к конверсии и соответствующей традиционной операции.

Таким образом, наша тактика при повреждениях печени и селезенки основана на первичности лапароскопии и максимальном использовании ее возможностей. Второй основополагающий принцип – это органосохранность, независимо от хирургического доступа.

РОЛЬ НЕОТЛОЖНОЙ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМАХ ЖИВОТА

Акопджанов Н.С., Ботиралиев А.Ш., Хожиев Х.М.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Закрытая (или тупая) травма живота в urgentной хирургии относится к патологии, которая часто бывает сложна и затруднена из-за множества причин, но чаще всего из-за сочетания травмы живота с повреждением других органов и систем. При этом диагностические проблемы встают еще более остро из-за ограничения возможности полноценного контакта с больными, находящимися в бессознательном состоянии при открытых и закрытых черепно-мозговых травмах.

В нашем центре в 2012-2016 гг. на лечении находились 147 больных с диагнозом «закрытая (или тупая) травма живота». Диагноз повреждения органов брюшной полости или забрюшинного пространства подтвержден у 106 (72,1%) больных. У 72 (49%) из 147 травмированных больных повреждения в брюшной полости были настолько серьезными, что всем им установлены показания к срочной лапаротомии. Такие показания выставлены на основании явных признаков повреждения паренхиматозных или полых органов, диагностированных традиционными клиническими, рентгенологическими, ультразвуковыми и лабораторными методами исследования. При операции диагноз подтвержден у 69 больных, у 3 пациентов повреждений, требовавших хирургической коррекции, не обнаружено и лапаротомии оказались диагностическими.

Диагностика травм живота с применением лапароскопии активно применяется в нашем центре. Из всех 147 больных, поступивших с диагнозом «закрытая (или тупая) травма живота», у 34 (23,1%) дифференциальный диагноз проводился с применением лапароскопии. Показаниями к лапароскопическому обследованию были сомнения в диагнозе и необходимости оперативного лечения. Из 34 больных после лапароскопии диагноз «закрытая травма живота» подтвержден у 30 (88,2%). У 25 пациентов лапароскопически определены повреждения органов брюшной полости, в частности 20 паренхиматозных, 5 полых органов. Таким образом, 25 (75%) больных оперированы по срочным показаниям, и лапаротомия во всех случаях подтвердила эндоскопический диагноз. У 5 (14,7%) больных диагностированы гематомы передней брюшной стенки и забрюшинные гематомы, кровоизлияния в сальник и брыжейку, но без продолжающегося кровотечения. Эти больные после лапароскопии не оперированы, им успешно проводилось консервативное лечение. У 4 (11,7%) больных повреждений в брюшной полости при лапароскопии не обнаружено.

Таким образом, у 9 (26,4%) из 34 пациентов эндоскопическое обследование позволило избежать диагностической лапаротомии, значительно ускорило проведение дифференциального диагноза, т.к. время, затраченное на получение достоверного диагноза, со-

ставило от 10 до 30 мин. Следует отметить, что продолжительность лапароскопии возростала до 40-50 мин в случаях эндоскопической санации гемоперитонеума.

Таким образом, лапароскопия является ценным диагностическим методом при закрытых (тупых) травмах живота. К ней следует прибегать у больных с неясным диагнозом, когда необходимо определить показания к оперативному вмешательству, а все использованные доступные приемы не позволяют установить диагноз острой хирургической патологии или отвергнуть предполагаемый.

Диагностическая неотложная лапароскопия – достоверный, быстрый и достаточно простой метод дифференциальной диагностики закрытой травмы живота.

ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ

Аллаев М.Я., Косимов З.Н., Усмонов Ш.А., Тургунов Ш.Ш., Косимов О.З.

Андижанский филиал РНЦЭМП, Андижанский государственный медицинский институт

Повреждения поджелудочной железы (ППЖ) у детей встречаются относительно редко. Они могут быть изолированными или сочетанными с травмами органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

Последствия ППЖ всегда считаются грозными из-за развития острого панкреатита, панкреонекроза, гнойно-септических осложнений, образования вторичных кист или свищей с высокой активностью панкреатического сока.

Причиной травмы у детей в большинстве случаев являются дорожно-транспортные происшествия, падения с велосипеда в результате сдавления органа между рукояткой руля и телом позвоночника. В таких случаях всегда отмечаются кровоизлияния на коже в виде «монетообразного пятна» в эпигастральной области.

Цель: улучшение результатов хирургического лечения ППЖ у детей.

Материалы: в последние 10 лет в детское хирургическое отделение АФ РНЦЭМП поступили 9 детей с ППЖ в возрасте от 10 до 18 лет. Мальчиков было 8, девочек – 1. У 6 пострадавших была сочетанная травма в виде разрыва печени и перелом костей верхней конечности. У 3 детей было изолированное ППЖ.

Результаты: во всех случаях травма локализовалась в теле поджелудочной железы. У 5 пострадавших были ушиб и гематома органа, у 3 отмечался разрыв капсулы. Всем больным произведена тщательная ревизия салниковой сумки и дренирование.

В послеоперационном периоде установлен мониторинг за количеством амилазы в выделяемой из дренажа жидкости и в крови. На фоне антиферментативной терапии на 8-10-е сутки активность амилазы снизилась до нормы, и дренажная трубка была удалена.

У 3 больным с разрывом капсулы ПЖ под капсулой установлен микроиригатор для проведения лимфо-

стимуляции и антибиотикотерапии в послеоперационном периоде.

Все больные выписаны с выздоровлением. У 2 больных в отдаленном периоде образовалась вторичная киста ПЖ. Обоим больным произведена операция марсупиализация капсулы ПЖ.

Таким образом, успех лечения ППЖ зависит от правильной тактики во время и после операции, диспансерного наблюдения за больными для своевременно выявления осложнений и реабилитации.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ РЕЗЕКЦИИ ТРУДНОДОСТУПНЫХ СЕГМЕНТОВ ПЕЧЕНИ ПРИ ГЕАНГИОМЕ

Атаджанов Ш.К., Курьязов Б.Н., Якубов Ф.Р.
Хорезмский областной многопрофильный медицинский центр

Цель: улучшение результатов хирургического лечения больных с гемангиомой печени с высоким риском кровотечения с использованием радикальных методов лечения.

Материал и методы: на базе отделения абдоминальной хирургии Хорезмского областного многопрофильного медицинского центра находилась больная Г., 48 лет, с диагнозом: «Гемангиома VII-VIII сегментов печени». При поступлении больная жаловалась на тяжесть и умеренные боли в правом подреберье. Анамнез не отягощен. Состояние больной при поступлении удовлетворительное. Кожа слегка бледная, подкожно-жировая клетчатка развита нормально. В легких везикулярное дыхание. Сердечные тоны умеренно приглушены. Артериальное давление 130/80 мм рт. ст. Пульс 88 уд. в минуту.

Обследование: анализ крови: Нв 94 г/л, л. 10300, с. 62%, эоз. 1%, лимф. 26%, СОЭ 10 мм/ч. Ферменты крови: АЛТ 21 U/L, АСТ 48 U/L, в анализе мочи: белок 0,033%, лейкоциты 1-2-3, цилиндры 5-8 в поле зрения. Анализ кала: без особенностей.

Рентгенограмма грудной клетки и брюшной полости без патологии. УЗИ брюшной полости: эхо-признаки структурных образований печени (гемангиома). Целомическая киста. Хронический бескаменный холецистит. МРТ органов брюшной полости: МРТ-признаки объемных образований правой доли печени (гемангиома) VII-VIII сегментов печени размерами 8x9 см. Единичная киста обеих долей печени с высоким содержанием белка. Хронический холецистит.

Выполнена операция: «Диагностическая лапароскопия. Лапаротомия. Резекция VII-VIII сегментов печени вместе с гемангиомой. Дренирование брюшной полости». Для полного обзора патологического очага и определения точного объема резекции сначала проводили диагностическую лапароскопию. При этом обнаружена гемангиома размером 15,0x10,0x6,5 см в VII-VIII сегментах печени. Предположительно определен объем резекции печени, произвели лапаротомию верхнесрединным разрезом длиной 16 см, продолжая

этот разрез под прямым углом, в поперечном направлении от пупка к правой половине живота больной. В послеоперационном периоде проводили антикоагулянтную, антибактериальную и общеукрепляющую терапию.

Результаты: патологогистологический диагноз: гемангиома печени. Продолжительность операции – 125 мин. Кровопотеря – 400 мл. Потребность в свежзамороженной плазме составила 750 мл, в эритроцитарной массе – 200 мл. Длительность послеоперационного пребывания в стационаре – 8 койко-дней. Контрольное УЗИ – через 8 дней после операции: «Состояние после операции VII-VIII сегментов печени. Эхокартина хронического гепатита». Больная чувствует себя хорошо. Выписана домой под наблюдение хирурга и онколога.

Таким образом, радикальный резекционный метод хирургического лечения гемангиомы печени является наиболее обоснованным в лечении гемангиомы и предотвращении таких грозных осложнений, как внутреннее кровотечение.

ВЛИЯНИЕ РАСТИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ НА ИММУНОГЕНЕЗ ПРИ ОСТРОМ ТОКСИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ

Атажанова Н.М.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

Цель: оценка эффекта ряда растительных средств на иммунный статус при остром токсическом гепатите (ОТГ) в эксперименте.

Материал и методы: в опытах использовали белых беспородным мышей массой 18-22 г. ОТГ вызывали путем подкожного введения в область бедра 20% масляного раствора четыреххлористого углерода (CCl_4) по 0,2 мл в течение 3-х дней. В день последнего введения CCl_4 их однократно внутрибрюшинно иммунизировали эритроцитами барана (ЭБ) в дозе 2×10^8 . Затем в течение 4-х дней животным внутрижелудочно вводили исследуемые растительные средства. На 5-е сутки после иммунизации определяли число антителообразующих клеток (АОК) в селезенках прямым методом локального гемолиза по Jerne, Nordin (1963).

1-я контрольная группа получала только ЭБ, 2-я – ОТГ+ЭБ, 3-я – ОТГ+ЭБ+экстракт штокроды в дозе 75,0 мг/кг, 4-я – ОТГ+ЭБ+экстракт корня солодки в дозе 75,0 мг/кг, 5-я – ОТГ+ЭБ+глицирофит (смесь экстрактов штокроды и корня солодки в соотношении 1:1) в дозе 75,0 мг/кг. В селезенках мышей контрольной группы в среднем образуется $3200,0 \pm 227,8$ АОК. При ОТГ формируется вторичный иммунодефицит. Количество АОК в селезенке у мышей с ОТГ уменьшается в 4,82 раза. У животных с ОТГ, получавших экстракт штокроды, иммунный ответ к ЭБ по сравнению с иммунодефицитной группой достоверно повышается в 2,20 раза. В селезенках мышей, получавших в течение 4-х дней экстракт корня солодки, образуется $1528,6 \pm 111,7$ АОК, что в 2,30 раза выше, чем в иммунодефицитной группе. Более выраженный иммуностимулирующий эффект выявлен

у глицирофита: число АОК на всю селезенку у мышей с ОТГ по сравнению с нелечеными животными, достоверно повышается в 3,27 раза ($2171,4 \pm 158,8$). По своей иммуностимулирующей активности глицирофит достоверно выше, чем экстракт штокроды и экстракт корня солодки. В то же время активность экстракта штокроды и корня солодки одинаковы. Следовательно, можно утверждать, что у глицирофита происходит взаимоусиление активностей исходных компонентов.

Таким образом, изученные растительные средства являются эффективными иммуностимуляторами, способными корректировать нарушения в иммунном статусе при ОТГ.

ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПОСЛЕ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ ПРИ ХОЛАНГИОЦЕЛЛЮЛЯРНОМ РАКЕ

*Ахаладзе Д.Г., Цвиркун В.В., Алиханов Р.Б.,
Елизарова Н.И., Казаков И.В., Исхаги С.Х., Ким П.П.,
Ванькович А.Н., Грендаль К.Д., Ефанов М.Г.*
ГБУЗ Московский клинический научный центр
им. А.С. Логинова ДЗМ, Москва, Россия

Отдаленные результаты минимально инвазивных резекций печени при различных видах холангиоцеллюлярного рака изучены недостаточно.

Цель: изучение выживаемости пациентов, перенесших минимально инвазивные резекции печени по поводу внутривенной, воротной холангиокарциномы и рака желчного пузыря.

Материал и методы: за период с марта 2013 по октябрь 2017 года лапароскопические и робот-ассистированные резекции печени выполнены 16 пациентам, из них 5 страдали воротной холангиокарциномой, 5 – внутривенным холангиоцеллюлярным раком, 6 – раком желчного пузыря. Резекция внепеченочных желчных протоков выполнена 5 больным. 64% составляли женщины. Средний возраст пациентов – 64 года (48-79 лет).

Результаты: R0-резекции выполнены 15 больным. При среднем сроке наблюдения за пациентами в 12 месяцев безрецидивная выживаемость прослежена у 6 (37,5%) больных. Общая трехлетняя выживаемость достигла 40%.

Заключение: резекции печени по поводу различных видов холангиокарциномы обеспечивают благоприятную отдаленную выживаемость. Для подтверждения преимуществ миниинвазивного подхода требуется дальнейшее накопление опыта.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Баймурадов Ш.Э., Зувайтов Ш.Г.
Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

Проанализированы результаты лечения 92 больных с травматическими повреждениями поджелудоч-

ной железы, госпитализированных в КФ РНЭМП в 2005-2015 гг. Тактика обследования и лечения зависела от самой травмы, степени повреждения органа и гемодинамических показателей при поступлении. Больные были в возрасте от 18 до 72 лет. Отмечался высокий процент множественных и сочетанных повреждений – до 56%. В условиях приемно-диагностического отделения при клиническом осмотре диагноз закрытой травмы поджелудочной железы был выставлен у 42 больных. У всех 92 больных было произведено УЗИ, у 72 из них были выявлены эхографические признаки повреждения поджелудочной железы. У 52 пациентов выполнена МСКТ, при котором в 23% случаев были выявлены различного рода повреждения поджелудочной железы. У 42 больных была выполнена диагностическая лапароскопия с выявлением в 31% признаков повреждения железы. Консервативные мероприятия применялись у 63 больных. Хирургическим вмешательствам подверглись 37 больных, которым в зависимости от степени повреждения и состояния гемодинамики было выполнено дренирование сальниковой сумки, гемостаз. В раннем послеоперационном периоде в связи с продолжающимся панкреонекрозом одного больного подвергли релапаротомии.

В послеоперационном периоде у больных с травмой ПЖ наблюдался ряд осложнений, которые возникали в ранние сроки и в основном являлись следствием сочетанных повреждений.

Таким образом, хирургическая тактика при травме ПЖ определяется характером повреждения органа и развитием травматического панкреатита. Профилактика развития травматического панкреатита способствует снижению количества осложнений и летальных исходов.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ КОЛОТО-РЕЗАННЫХ РАНАХ ПЕЧЕНИ

**Ботиралиев А.Ш., Махмудов Н.И.
Ферганский филиал РНЦЭМП**

При ранениях и травмах живота печень повреждается особенно часто (56-60%), летальность составляет 30-40%, а при сочетанных и комбинированных травмах достигает 78-84,6%.

Цель: оптимизация хирургической тактики при повреждениях печени.

Проанализирован клинический материал 1-го абдоминального хирургического отделения ФФ РНЦЭМП за 2012-2016 гг. В экстренном порядке были прооперированы 550 больных с травмами живота различного генеза, при этом повреждения печени встречались у 145 (26,4%). У 89 (61,4%) больных было изолированное повреждение печени, у 56 (38,6%) травма печени сочеталась с повреждениями других органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Колото-резаные раны имели место у 77 (53,1%) больных, закрытые травмы – у 46 (31,7%), огнестрельные ранения – у 22 (15,2%).

В диагностике закрытой травмы широко применялись УЗИ брюшной полости, лапароскопия и лапароцентез, что позволило резко уменьшить число напрасных лапаротомий.

В тех случаях, когда на первый план выступала клиника внутрибрюшного кровотечения и шока, минимальные диагностические приемы перед экстренной операцией осуществлялись прямо на операционном столе, параллельно с предоперационной подготовкой и противошоковыми мероприятиями. При колото-резаных повреждениях печени применялись узловое П-образные и разработанные нами комбинированные ПХ-образно-обвивные непрерывные швы.

Полученные положительные результаты экспериментальных исследований позволили нам внедрить способ наложения комбинированного ПХ-образно-обвивного непрерывного шва в хирургическом отделении ФФ РНЦЭМП где в период с октября 2007 по июль 2009 гг. этим способом были прооперированы 4 больных из 12 поступивших с проникающими колото-резаными ранами живота и повреждением печени.

Повреждения печени являются тяжелой травмой, а пострадавшие нетранспортабельны и требуют скорейшего проведения оперативного вмешательства как главного элемента противошокового реанимационного пособия.

Широкое использование УЗИ брюшной полости, лапароскопии и лапароцентеза является наиболее значимым в экстренной диагностике этой категории больных.

Результаты клинического исследования дают нам право говорить о том, что применение способа наложения комбинированного ПХ-образно-обвивного непрерывного шва при колото-резаных ранах печени, в отличие от П-образных узловых швов, позволяет повысить прочность и надежность шва, прецизионно и герметично сопоставить раневые поверхности, а также исключить риск оставления остаточных полостей в глубине раны, где могут формироваться центральные гематомы под швом, осложняющиеся нагноением, образованием кист и гемобилии. Максимально снижена возможность кровотечения и желчеистечения, а также возможность прорезывания швов. Данный шов имеет 4 точки фиксации на поверхности печени, обвивной перехлест и Х-образный перекрест в центре раневого канала, в связи с чем сила тяги на каждую точку уменьшается, что значительно снижает риск прорезывания нитью ткани печени с одновременным достижением полного сопоставления краев раны.

Своевременная, адекватная, в сочетании с противошоковыми мероприятиями интенсивная послеоперационная терапия снижает осложнения и летальность пострадавших в послеоперационном периоде.

В клиническом аспекте проблема повреждений печени в неотложной хирургии мирного времени далека от своего решения и не менее актуальна, чем в военной полевой хирургии, в связи с чем необходимо проведение углубленных исследований.

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СПОСОБОВ
УШИВАНИЯ РАН ПЕЧЕНИ
ПРИ ЕЕ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ**

*Буриев А.А., Янгиев Б.А., Деванов Х.Р.,
Хайитов А.А., Самадов Э.В.
Сурхандарьинский филиал РНЦЭМП*

При закрытых и открытых травмах живота повреждения паренхиматозных органов занимают второе место среди всех травм органов брюшной полости. Из них повреждения печени занимают второе место по частоте, составляя 15-20%, а при этом летальность равняется 12-20%.

Необходимо отметить, что одной из актуальных проблем при травмах паренхиматозных органов брюшной полости является поиск оптимальных способов ушивания разрыва и обеспечения надежного гемостаза.

Под нашим наблюдением находились 74 пострадавших различного возраста и пола с сочетанными травмами живота, находившихся на стационарном лечении в Сурхандарьинском филиале РНЦЭМП в 2012-2016 гг. Средний возраст пострадавших 28,2±3,5 года.

При изучении результатов и сравнительной оценке использованных методов ушивания ран печени при разрывах печени все пострадавшие были рандомизированы на две группы, сопоставимые по полу, возрасту, характеру сопутствующей патологии.

В 1-ю группу вошли 38 пациентов с травмами живота, у которых при повреждениях печени было выполнено ушивание раны традиционными П-образными швами и электрокоагуляцией. 2-ю группу составили 36 пациентов с травмами живота, у которых при повреждениях печени выполнено ушивание предложенным способом (изобретение РФ №211114631, авторы Чарышкин А.Л., Гафиулов М.Р., Демин В.П. ФГБОУВПО «Ульяновский государственный университет», 2010 г.). По данному способу при ушивании паренхиматозных органов в зависимости от длины раны накладывают несколько поверхностных и глубоких П-образных швов в виде замка.

Результаты: в 1-й группе у 38 пациентов с закрытыми травмами живота при повреждениях печени выполнено ушивание ран традиционными П-образными швами и электрокоагуляцией.

Разрывы печени у большинства больных были представлены ранами правой доли диафрагмальной поверхности печени длиной до 10,0 см, глубиной до 6,0 см. Не во всех наблюдениях удалось обеспечить надежный гемостаз, у 14 больных линию швов печени укрывали прядью большого сальника с гемостатической целью.

Во 2-й группе при ушивании разрыва печени использовали вышеуказанный способ у 36 (56,2%) больных с закрытой травмой живота.

Разрывы печени во 2-й группе у 36 больных с закрытой травмой живота были представлены ранами длиной до 8,0 см, глубиной до 6,0 см правой доли диафрагмальной поверхности печени, выполнено ушивание предложенным способом.

Во всех наблюдениях у пациентов 2-й группы удалось обеспечить надежный гемостаз.

С целью раннего выявления послеоперационных осложнений со стороны как поврежденной печени, так и других травмированных органов применяли динамическое УЗИ органов брюшной полости, начиная со вторых суток после операции. Наибольшее количество осложнений развилось у больных 1-й группы: надпеченочные абсцессы – у 3 (7,8%), желчные свищи – у 6 (15,3%), нагноение послеоперационной раны – у 8 (21,0%).

Во 2-й группе осложнений со стороны брюшной полости не было, нагноения послеоперационной раны наблюдались у 3 (8,3%) больных.

Проведенные клинические наблюдения показали эффективность предложенного способа гемостаза при хирургическом лечении повреждений печени, что позволило значительно улучшить результаты операций.

Таким образом, данный способ обеспечивает возможность ушивания ран разной длины и глубины, что предупреждает прорезывание швов, обеспечивает полный гемостаз и надежное сопоставление раневых поверхностей, сокращает время операции и улучшает процессы заживления в области шва, тем самым сокращая сроки пребывания больных в стационаре.

**МЕСТО ЭНДОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ
ПАЦИЕНТОВ С КИСТОЗНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ**

*Вишневский В.А., Балалыкин А.С., Ефанов М.Г.,
Барбадо Мамедова П.А., Вербовский А.Н.,
Федоткин Е.С., Ястребов В.Г.*

**ФГБУ «Институт хирургии имени А.В. Вишневского»
Минздрава России, Москва, Россия,
ГБУЗ МО Нарофоминская республиканская больница
№1, НароФоминск, Россия**

Кисты желчных протоков (КЖП) – одиночные или множественные расширения желчных путей – являются редким заболеванием. Основа патогенеза – недоразвитие мышечного слоя стенки желчного протока в сочетании с дисфункцией сфинктера Одди, аномальным панкреатобилиарным соустьем. Клинические проявления: объемное образование брюшной полости, боль в животе, желтуха, лихорадка. Преимущественно встречается у женщин, манифестирует в молодом возрасте. В диагностике КЖП информативны УЗИ, ЭРХПГ, МРТ. Основной метод лечения – хирургический.

Приводим собственные наблюдения. С 2012 г. по настоящее время проведено лечение 2 пациентам с КЖП.

Наблюдение 1. Больная Ч., 30 лет, поступила в НРБ №1 04.07.12 с жалобами на боли в животе, желтушность кожи, недомогание. Заболела 3 суток назад.

При осмотре состояние тяжелое. Кожа желтушная. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье. При УЗИ 04.07.2012 г.: расширение общего желчного протока (ОЖП) 10 мм, холедохолитиаз. Диагноз: ЖКБ,

холедохолитиаз, острый калькулезный холецистит. Получала консервативное лечение.

06.07.2012 г. выполнена ЭРПХГ, ЭПСТ, литоэкстракция: явления желтухи уменьшились, однако боли в правом подреберье усилились. При УЗИ выявлены признаки деструктивного холецистита. 10.07.2012 г. выполнена лапароскопическая холецистэктомия. Отмечалась гектическая лихорадка. По данным СКТ органов брюшной полости (13.07.2012 г.): холангит, холангиогенные абсцессы печени.

24.07.2012 г. выполнена ЭРХГ. Контрастирован терминальный отдел ОЖП, правый долевого протока.

С трудом удалось ввести инструменты, визуализировать систему левого печеночного протока, образующую полость 4x8 см, заполненную камнями. Удалось разрушить, удалить камень, блокировавший левый печеночный проток. После неудачной попытки НБД левого печеночного протока выполнено НБД правого печеночного протока.

26.07.2012 г. проведено контрастирование через НБД: получена система правого печеночного протока, короткий дистальный отдел левого печеночного протока. При эндоскопии проведено НБД левого печеночного протока. При холангиографии: в полости кисты множество камней до 5 мм. 30.07.2012 г. проведена холангиография через НБД: контраст из кисты соединяется с системой правого печеночного протока. Выполнена экстракция камней, НБД кисты.

Диагноз: болезнь Кароли, киста левого печеночного протока, заполненная множеством камней, внутрипеченочный свищ между системами правого и левого внутрипеченочных протоков, гнойный холангит.

Консультирована профессором В.А. Вишневым. При МРТ: кистозное расширение желчных протоков левой доли печени, холангиолитиаз, гепатоспленомегалия. По срочным показаниям 07.08.2012 г. выполнена левосторонняя гемигепатэктомия, резекция первого сегмента печени, резекция внепеченочных желчных протоков, бигепатикоюноанастомоз.

Заключительный диагноз: кистозное расширение внутри- и внепеченочных желчных протоков (тип IV Todani), внутрипеченочный холангиолитиаз, острый холангит, холангиогенное абсцедирование левой доли печени.

При контрольной МРТ: картина минимальной билиарной гипертензии на уровне дистальных внутрипеченочных желчных протоков. В течение 6 месяцев наблюдения состояние пациентки удовлетворительное, жалобы отсутствуют.

Наблюдение 2. Больная Г., 52 лет, поступила в хирургическое отделение 24.9.016 г. с диагнозом обострение хронического панкреатита с жалобами на тянущие боли в животе. Проводили консервативное лечение. При УЗИ 25.09.2016 г.: дилатация холедоха, холедохолитиаз. При эндоскопии, ЭРХГ 28.09.2016 г.: ОЖП расширен до 4 см, кистозные расширения области конfluence. Внутрипеченочные протоки не расширены.

ЭПТ. Ревизия ОЖП – данных за холедохолитиаз нет. От рекомендованного хирургического лечения пациентка отказалась.

БИЛИАРНАЯ АТРЕЗИЯ КАК ПРИЧИНА МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

*Акилов Х.А., Урманов Н.Т., Акилов Б.Б.,
Примов Ф.Ш., Асадав Ш.Я., Ходжаяров Н.Р.*
Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи

Внедрение новых технологий в педиатрическую практику привело к существенному улучшению диагностики аномалий развития желчевыводящих путей. Однако проблемы ранней диагностики и современного лечения остаются актуальными, т.к. от их решения во многом зависит дальнейшая тактика. У детей первых 6 месяцев жизни билиарная атрезия занимает ведущее место, составляя 45%. Дифференциальная диагностика желтух у младенцев вызывает определенные трудности, с чем связано позднее направление ребенка в хирургический стационар. По разным данным, пятилетняя выживаемость пациентов с билиарной атрезией после операции Kasai составляет 40-60%, десятилетняя – до 25-33%, двадцатилетняя – до 10-20%.

Материал и методы: в исследование включены 32 ребенка в возрасте до 6 месяцев, находившихся на стационарном лечении в отделении детской хирургии РНЦЭМП с клиникой механической желтухи в 2005-2017 гг. У всех детей отмечались клинические признаки холестаза: желтуха, выявленная у 29 (90,6%) пациентов с 1-4-х суток жизни, у 3 (9,4%) – в возрасте 2-х недель. У 12 (37,5%) больных имелась стойкая ахолия стула, у остальных 20 (62,5%) периодически отмечался окрашенный стул. Дифференциальная диагностика пациентов проводилась на основании анамнеза жизни, анамнеза заболевания, семейный анамнез, результатов лаборатории и инструментальных исследований. Всем больных выполняли общий анализ крови, мочи, кала, биохимию крови и УЗИ печени, желчевыводящих путей. На основании анамнеза – желтуха с 1-4-х суток жизни, стойкий ахоличный стул, прогрессивное нарастание клиники цирроза печени (увеличение объема живота, появление на передней брюшной стенки расширенных подкожных вен, потеря массы тела и т.д.), а также результатов лабораторных исследований (снижение показателей красной крови, отсутствие стеркобилина в кале, повышение уровня билирубина за счет прямой фракции, повышение содержания ферментов крови и печеночных проб) и инструментальных исследований (на УЗИ желчный пузырь в виде тяжа, отсутствие наружных желчных ходов, расширение внутрипеченочных желчных ходов, у детей старше 2-х мес. наличие цирроза печени) – у 12 (37,5%) больных выставлен диагноз атрезии желчевыводящих путей.

Из этих пациентов до 2-месячного возраста обратились 5 (41,6%), остальные 7 (58,3%) детей были старше 3-х месяцев. У них имел место билиарный цирроз с его осложнениями. Эти больные были неоперабельными и направлены к гепатологам. Дети в возрасте до 2-х месяцев после кратковременной предоперационной

подготовки оперированы. После интероперационной холангиографии и биопсии печени данным детям произведена операция портоэнтеростомия по Kasai. После операции больные получали антибиотики широкого спектра в течение длительного периода, желчегонные (холедексан), а также гормоны по схеме.

После операции в сроки до 3-х лет выжили 2 больных. Причиной летальных исходов явился холангиогенный сепсис на фоне билиарного цирроза печени. У одного больного выживаемость составила до 5 лет, ему была произведена трансплантация печени (Индии), 2 пациента в возрасте 2-х лет находятся под контролем и ожидают трансплантацию печени.

Выводы. 1. Патогномичным признаком АЖВП независимо от возраста ребенка является постоянный характер ахолии стула и отсутствие визуализации желчного пузыря или его определение в виде тяжа при УЗИ натошак. 2. С целью уточнения диагноза и прогноза заболевания необходимо проведение морфологического исследования биоптата печени и желчевыводящих путей. 3. Анализ наиболее информативных методов диагностики, таких как УЗИ, РПХГ и интероперационная холангиография, позволят выявить конкретные топографические варианты аномалий желчевыводящих путей.

СОВРЕМЕННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ВЫСОКИХ РУБЦОВЫХ СТРИКТУРАХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Вишневский В.А.¹, Ефанов М.Г.², Икрамов Р.З.¹, Варва А.Б.¹, Трифонов С.А.¹

**ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России, Москва, Россия¹
ГБУЗ Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова ДЗМ, Москва, Россия²**

В последние годы наблюдается широкое внедрение в повседневную практику специализированных отделений хирургической гепатологии чрескожных и ретроградных эндобилиарных вмешательств, направленных на коррекцию желчеоттока у пациентов с высокими рубцовыми стриктурами с хорошими ближайшими результатами. Отдаленные результаты этих операций недостаточно изучены.

Цель: оценка современных тенденций в хирургии рубцовых стриктур желчных протоков на основе анализа отдаленных результатов различных вариантов вмешательств на желчных протоках, выполненных в крупном федеральном хирургическом центре в течение длительного периода времени.

Материал и методы: представлены отдаленные результаты 296 из 349 пациентов, получивших лечение по поводу рубцовых стриктур желчных протоков в Институте хирургии им. А.В. Вишневского за период более 30 лет. Восстановление желчеоттока посредством открытого формирования билиодигестивных анастомозов произведено 301 (86%) пациенту. Антеградные чрескожные эндобилиарные вмешательства

(ЧЧХС+баллонная дилатация стриктуры) выполнены 48 (14%) пациентам. У 83 (32%) пациентов, перенесших открытые варианты формирования БДА, имелись наиболее сложные и прогностически неблагоприятные типы стриктур с разобщением долевого протока: тип «-2» и тип «-3» (соответственно 26 и 6%). Разобщающая стриктура имела место у 10 (21%) пациентов, перенесших эндобилиарную коррекцию желчеоттока. Отдаленные результаты прослежены у 258 пациентов с открытыми операциями и у всех 48 пациентов с эндобилиарными вмешательствами.

Результаты: у 214 (83%) больных в отдаленном периоде получены хорошие результаты, заключавшиеся в отсутствии атак холангита. Рецидив стриктуры имел место у 44 (17%) больных. Частота рецидива стриктур находилась в прямой зависимости от возможности формирования широкого анастомоза, иссечения рубцовых тканей, а также от типа стриктуры. С повышением уровня стриктуры частота рецидивов достоверно увеличивалась. Наиболее часто рецидивы имели место у больных с типом стриктуры «-2» (n=42). Эндобилиарная коррекция желчеоттока проводилась в сроки от 6 месяцев до 2,5 лет (в среднем лечение 17±10 мес.). У 12 (25%) пациентов лечение закончено, транспеченочные дренажи удалены. Признаков рецидива стриктуры нет (сроки от нескольких месяцев до 2-х лет). Лечение на различных этапах продолжается у 26 пациентов.

Заключение: полученные данные позволяют отнести чрескожные эндобилиарные вмешательства к одному из эффективных методов восстановления проходимости билиарного тракта. Традиционные восстановительные операции являются единственным методом лечения у пациентов с полным блоком желчеоттока и невозможностью наружно-внутреннего дренирования, но при наличии возможности формирования анастомоза в воротах печени. Необходимо дальнейшее накопление опыта применения эндобилиарных вмешательств при высоких стриктурах и сравнительный анализ их эффективности с традиционными реконструктивными операциями на желчных протоках.

ТАКТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕЧЕНОЧНЫМИ МЕТАСТАЗАМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Дарвин В.В., Онищенко С.В., Лысак М.М.

**ГБОУ ВПО Сургутский государственный университет, Сургут, Россия
БУ ХМАО – Югры Сургутская областная клиническая больница, Сургут, Россия**

Актуальность проблемы лечения больных с метастазами колоректального рака обусловлена частотой распространения патологии и неоднозначными взглядами на тактику лечения. От 20 до 50% больных колоректальным раком при первичном обращении имеют метастазы в печень. Среди больных, подвергшихся потенциально радикальному лечению, впоследствии

почти у 55% выявляются метастазы в печень. При комбинированном лечении пятилетняя выживаемость повышается до 30-40%.

Цель: анализ ближайших и отдаленных результатов лечения больных с колоректальными метастазами печени при применении различных хирургических подходов и технологий.

Материал и методы: проанализированы ближайшие и отдаленные результаты лечения 214 больных в возрасте от 38 до 72 лет с изолированными колоректальными метастазами печени. Объем поражения паренхимы печени составил от 7 до 55%. Солитарные и единичные метастазы в печени выявлены у 122 (57,0%) пациентов, множественные – у 92 (43,0%). Монолобарное поражение имело место у 87 (40,7%) больных, биллобарное – у 127 (59,3%). Диагностическая программа включала оценку физикальных, лабораторных методов и определение онкомаркеров, а также использования всего арсенала инструментальных методов: ультразвукового исследования, КТ, МРТ и ангиографии. Онкомаркеры РЭА, СА 19,9 СА 242 определяли у пациентов после комбинированного лечения метастазов печени с целью выявления рецидива, внутривеночного или внепеченочного метастазирования. Резекции печени в различных объемах выполнены у 168 (78,5%) больных; изолированные методики локальной деструкции (РЧА, криодеструкция) использованы у 134 (62,6%); сочетание обоих методов – у 88 (41,1%).

Результаты: для оценки влияния различных хирургических технологий в составе программы комбинированного лечения на ближайшие и отдаленные результаты больные были разделены на 3 группы. 1-ю группу составили 80 (37,4%) пациентов с резекционными методами лечения: атипичные резекции выполнены 25 (31,3%) больным, анатомические сегментэктомии – 31 (38,8%), лобэктомии – 24 (30,0%). Для сечения паренхимы печени использовали гармонический ультразвуковой скальпель, сочетание ультразвукового фрагментатора Cusa Excel и Liga Sure, а также радиотермоабляцию по линии сечения паренхимы. Прием Прингла в данной группе не применялся. Осложнения отмечались у 11 (13,8%) больных. Послеоперационная летальность составила 2,5%. Средняя величина интраоперационной кровопотери составила 480 мл. Одногодичная общая выживаемость составила 83,7%, трехлетняя – 58,8%, пятилетняя – 37,5%.

Во 2-ю группу включены 88 (41,1%) пациентов с резекцией печени в сочетании с методом деструкции. При сочетанных воздействиях у больных с резекцией печени использовалась только РЧА, объемы резекции – аналогичны таковым в предыдущей группе. Послеоперационные осложнения имели место у 15 (17,0%) больных, послеоперационная летальность составила 2,3%. Анализ отдаленных результатов: одно-, трех- и пятилетняя выживаемость составила соответственно 80,7, 45,5 и 26,1%. Безрецидивная одно-, трех- и пяти-

летняя выживаемость – 65,9, 38,6 и 19,3%.

В 3-ю группу вошли 46 (21,5%) больных, подвергшихся только воздействию локальных методов деструкции. Для проведения РЧА использовали генератор с одиночными или кластерными электродами «Cool Tip» с рабочей частью 25-30 мм. Данная процедура выполнена 28 больным, при этом лапароскопически – у 6, чрескожным доступом под УЗ-навигацией – у 12; всего проведено РЧА 134 метастазов. Пациентов, перенесших криодеструкцию (КД), было 18. Процедуру выполняли открытым доступом, аппаратом «Erbe Cryo 6». Осложнения наблюдались у 9 (19,6%) больных. Летальных исходов не было. Одногодичная общая выживаемость составила 71,7%, трехлетняя – 23,9%, пятилетняя – 13,0%.

Выводы: 1. Использование диагностического комплекса в виде УЗИ, КТ, МРТ или ПЭТ, пункционная биопсия под любым визуальным контролем, позволяют получить полную информацию о морфологической структуре, количестве, локализации и размерах метастазов в печени, а также оценить объем и функциональные резервы планируемого остатка паренхимы. 2. Резекцию печени следует рассматривать как единственный метод, значительно улучшающий показатели выживаемости больных с метастазами колоректального рака. В контексте комбинированного лечения анатомические резекции печени в объеме R0 в сочетании с ПХТ являются эффективным методом хирургического лечения больных с колоректальными метастазами в печень, позволяющим увеличить безрецидивную и общую выживаемость. 3. РЧА и КД, являясь методами локального воздействия на метастатические очаги в комбинированном лечении метастазов колоректального рака в печени, обладают малой травматичностью и отсутствием фатальных осложнений, но в качестве самостоятельных методов в лечении колоректальных метастазов не являются альтернативой резекции.

ВОЗМОЖНОСТИ МУЛЬТИСЛАЙСНОЙ СПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ВЫЯВЛЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОРГАНОВ ЖИВОТА И ТАЗА

*Икрамов А.И.¹, Халибаева Г.Б.¹,
Ярмухамедова Д.С.¹, Гулямов Б.Т.²*

¹Ташкентский институт усовершенствования врачей,
²Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи

Трудности диагностики закрытой травмы живота, высокая частота осложнений, неудовлетворительные результаты лечения позволяют отнести изучение повреждений органов живота и таза к актуальным проблемам неотложной хирургии. На сегодняшний день мультислайсная спиральная компьютерная томография (МСКТ) является современным, достаточно чувствительным методом исследования, позволяющим

получить более подробную информацию при закрытой травме живота благодаря скорости исследования и послойному сканированию.

Цель: определение возможностей мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) в выявлении повреждений органов живота и таза.

Материал и методы: анализу подвергнуты результаты лечения 35 пациентов с закрытой травмой живота, находившихся в РНЦЭМП, которым было проведено МСКТ-исследование. Исследование проводилось при поступлении (после стабилизации гемодинамических показателей больного) на мультиспиральных томографах «Somatom emotion-64» (фирма Siemens, Германия) и «Brilliance-40» (фирма Philips, Нидерланды). В 2-х случаях была выполнена МСКТ-ангиография. При подозрении на повреждение почек и мочевого пузыря проводились также МСКТ-урография и цистография. При выявлении повреждений оценивали форму, размеры, контуры, структуру органов, состояние окружающих тканей, проводили оценку денситометрических показателей.

Первое место по частоте занимали повреждения в результате дорожно-транспортного происшествия – у 25 (73%) обследованных, затем следовали травмы при падении с высоты – у 7 (20%), на третьем месте были повреждения от сдавления – у 3 (7%). Закрытая травма органов живота и таза наиболее часто сочеталась с черепно-мозговой травмой – в 22 (65%), травмой груди – в 12 (35%) случаях, переломами костей таза и позвоночника – в 19 (55%).

Результаты: по данным МСКТ-исследований, повреждение паренхиматозных органов выявлялось у 29 (83%) обследованных; среди них изолированные повреждения печени встречались у 8 (25%), селезенки – у 10 (35%), почек – у 11 (40%). Одномоментное повреждение нескольких паренхиматозных органов встречалось у 8 (30%) больных. КТ-семиотика повреждений паренхиматозных органов включала разрыв капсулы и кровоизлияние в окружающие ткани, субкапсулярную и интраорганный гематому, ушиб и размозжение органа. Косвенными признаками повреждений паренхиматозных органов при нативном исследовании являлись нечеткость контуров, неоднородность структуры, свободная жидкость вокруг. У 6 (17%) пациентов КТ-признаки повреждений органов живота и таза отсутствовали, однако определялась свободная жидкость в брюшной полости. После проведения МСКТ-ангиографии был выявлен разрыв паренхимы печени, селезенки в отсроченную паренхиматозную фазу.

Повреждение полых органов включало повреждение кишечника у 5 (14%) пациентов, повреждение мочевого пузыря – у 6 (17%). КТ-семиотика повреждений кишечника основывалась на выявлении свободного газа в брюшной полости при перфорации кишки, а также ограниченного участка повышения плотности

брыжейки и жировой клетчатки живота. Среди повреждений мочевого пузыря внутрибрюшной разрыв встречался у 4 (67%) обследованных, внебрюшинный разрыв – у 2 (33%). По данным КТ-цистографии, при внутрибрюшном разрыве мочевого пузыря определялось затекание контрастного вещества в брюшную полость. Внебрюшинный разрыв мочевого пузыря сочетался с повреждениями костей таза, при котором определялось затекание контрастного вещества в тазовую клетчатку.

У 15 (43%) пациентов выявлено забрюшинное кровоизлияние, обусловленное повреждениями почек, сочетанными переломами костей таза и позвоночника.

Таким образом, МСКТ обладает высокой информативностью в выявлении повреждений органов живота и таза. МСКТ-ангиография с высокой чувствительностью позволяет обнаружить повреждения паренхиматозных органов. Учитывая скорость сканирования и зону охвата большой анатомической области, можно утверждать, что МСКТ является наилучшей методикой диагностики повреждений органов живота и таза, при применении которой можно определить дальнейшую тактику ведения больных.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Икрамов Р.З., Вишневецкий В.А., Чжао А.В.
ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневецкого»
Минздрава РФ, Москва, Россия

Цель: анализ опыта радикальных операций при первичном и резидуальном эхинококкозе печени и оценить результаты хирургического лечения.

Материал и методы: в Институте хирургии им. А.В. Вишневецкого МЗ РФ в 1976-2016 гг. лечение по поводу эхинококкоза печени проведено 425 больным. Операцией выбора считали субтотальную и тотальную перицистэктомия, т.е. эхинококкэктомия с субтотальным или тотальным иссечением фиброзной капсулы паразитарной кисты, а также резекцию печени.

Результаты: При анализе результатов лечения пациенты были разделены на две группы: 1-я группа – 75,8% пациентов были с первичным эхинококкозом; 2-я группа – 24,2% больных с резидуальным и рецидивным эхинококкозом. Операции с максимально возможным удалением фиброзной капсулы выполнены у 79,7% больных. Нерадикальные первичные операции в объеме различных вариантов эхинококкэктомии явились основной причиной резидуального эхинококкоза печени. Во 2-й группе пациенты перенесли от 1 до 8 операций. Достоверных различий в ближайших и отдаленных результатах хирургического лечения первичного и резидуального эхинококкоза не

наблюдалось.

Заключение: радикальное хирургическое лечение первичного и резидуального эхинококкоза печени позволяет в большинстве случаев добиться хороших результатов. Низкая частота рецидивов и относительно безопасный послеоперационный период позволяют считать, что в условиях растущей заболеваемости эхинококкозом печени, в том числе осложненными формами, необходимым и достаточным является применение радикальных операций в объеме тотальных и субтотальных перицистэктомий, при необходимости дополненных сегментарными и субсегментарными резекциями печени. Тотальную перицистэктомию целесообразно применять при краевом расположении кист и отсутствии их контакта с крупными сосудисто-секреторными элементами. Обширные резекции печени, оставаясь в арсенале радикальных методов лечения эхинококкоза печени, должны осуществляться по строгим показаниям. При неосложненных кистах с отсутствием дочерних пузырей эффективны пункционно-дренажные методы. Однако использование этих методов лечения при центрально расположенных кистах нуждается в тщательной оценке.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У БЕРЕМЕННЫХ

*Маткаримов О., Кучкаров О.О.
Хорезмский филиал РНЦЭМП*

Сочетание беременности острым аппендицитом является одним из самых сложных пограничных вопросов между хирургами и акушер-гинекологами. Более чем в 50% наблюдений аппендицита у беременных допускается диагностическая ошибка, непрофильная госпитализация больных. В связи с трудностями клинической диагностики острого аппендицита, у каждой третьей беременной аппендэктомия выполняется более чем через сутки от начала заболевания. По данным Рихтера и Грабнера в 2/3 случаев при ранней беременности производится напрасная аппендэктомия. Летальность при остром аппендиците у беременных в 10 и более раз выше, чем вне беременности, и составляет 2,5-3,0%. В послеоперационном периоде отмечается значительное число случаев преждевременного прерывания беременности, которое доходит до 14-28%. О целесообразности применения лапароскопической диагностики при беременности однозначного мнения нет.

Нами проведен анализ больных, которые лечились с 2010-2015 г.г. в хирургическом отделении Хорезмского филиала РНЦЭМП. С диагнозом острый аппендицит было доставлено 57 беременных. Средний возраст пациенток – 24 ± 6,7 лет. После динамического наблюдения совместно с гинекологом у 22 из них диагноз аппендицит исключен. У 3 оказалась внематочная бе-

ременность, у 16 – установлен диагноз кишечная колика, а у остальных угроза прерывания беременности. Диагностическая лапароскопия проведена 8 беременным, у которых при клиническом наблюдении на основании клинического проявления, УЗИ, консультации гинеколога диагноз острого аппендицита был сомнительным. В 3 случаях при диагностической лапароскопии острый аппендицит исключен. Из них оперированы 35 пациенток, в 30 случаях с использованием традиционного доступа по Волковичу-Дьяконову, в 5 случаях проведена лапароскопическая аппендэктомия при первой половине беременности. При гистологическом исследовании у 26 выявлен острый аппендицит, а у 9 – по типу обострения хронического процесса. Послеоперационный период у всех оперированных протекал без осложнений. Все больные после выписки из стационара направлены на дальнейшее наблюдение у гинеколога.

Выводы: беременность в случаях развития острой хирургической патологии не является противопоказанием для видеолапароскопических вмешательств.

Показаниями для диагностической лапароскопии являются случаи, когда исключить острый аппендицит клиническими, лабораторными и УЗ-методами не представляется возможным в течение 2-4 часов.

Осложнений, связанных с выполнением видеолапароскопии со стороны матери и плода, не наблюдались.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ЦИРРОЗ-АССОЦИИРОВАННОЙ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ КАРЦИНОМЫ

Каниев Ш.А., Баймаханов Ж.Б.

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

Цель: ретроспективный анализ результатов лечения больных с гепатоцеллюлярной карциномой (ГЦК).

Материал и методы. В период с 2011 по декабрь 2016 гг. в ННЦХ им. А.Н. Сызганова на лечении находились 80 пациентов с ГЦК, 21 из которых были выполнены радикальные операции, в том числе резекция печени – у 16, трансплантация печени – у 5. Паллиативные операции произведены 59 пациентам: трансартериальная химиоэмболизация (ТАХЭ) – 56 и радиочастотная абляция (РЧА) – 3. Критериями для выполнения обширных резекций были Child – Pugh A, оптимальный остаточный объем печени, достаточный функциональный резерв печени. Показаниями к трансплантации печени служили ГЦК с Child – Pugh B и C в пределах миланских критериев.

Результаты: анатомические резекции выполнены в 13 случаях, атипичная резекция печени – в 3. Осложнения отмечались у 3 пациентов: билиарные осложнения – у 2, панкреонекроз – у 1. Умер 1 больной вследствие панкреонекроза. После трансплантации печени рецидива опухоли не наблюдалось. Летальный исход был 1

в связи с васкулярным осложнением в раннем послеоперационном периоде. После выполненных паллиативных вмешательств (РЧА и ТАХЭ) регресс опухолевого очага достигнут у 19 больных.

Выводы: выживаемость пациентов после трансплантации печени при циррозе с ГЦК лучше, чем после резекций печени. Для выполнения резекций печени необходимо придерживаться критериев: цирроз печени класс Child – Pugh A, паренхимосохраняющие резекции, сегментарные резекции при небольших ГЦК.

ДУОДЕНУМСОХРАНЯЮЩАЯ ТОТАЛЬНАЯ ПРОКСИМАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Козлов И.А., Вишневский В.А.,
Байдарова М.Д., Чжао А.В.*

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского»
МЗ РФ, Москва, Россия

Цель: изучение возможности выполнения и результатов органосохраняющих резекций головки поджелудочной железы (ПЖ) как альтернативы панкреатодуоденальной резекции при доброкачественных заболеваниях периампиллярной зоны.

Материал и методы: в 2001-2017 гг. в Институте хирургии оперированы 48 больных, которым выполнена тотальная резекция головки ПЖ с полным сохранением или сегментарной парапапиллярной резекцией двенадцатиперстной кишки (ДПК).

Тотальная резекция головки ПЖ с сохранением ДПК произведена 24 (50,0%) больным с серозными (6) и муцинозными (6) цистаденомами, внутривисцеральными папиллярными муцинозными опухолями боковых ветвей протока железы (7), нейроэндокринными аденомами (4) и метастазом рака почки (1) в головке железы. Реконструкция пищеварительного тракта после тотальной резекции головки ПЖ с сохранением ДПК была завершена панкреатоюноанастомозом с дистальной культей ПЖ на выключенной по Ру петле тонкой кишки (21), панкреатогастроанастомозом (3). Лапароскопический способ хирургического лечения применен у 7 больных. У 1 пациента при мультифокальной внутривисцеральной папиллярной муцинозной опухоли боковых ветвей головки и тела ПЖ выполнена комбинированная лапароскопическая резекция головки и срединная резекция ПЖ. Сформирован двойной панкреатоюноанастомоз с сохраненными участками тела и хвоста ПЖ.

Тотальная резекция головки ПЖ с сегментарной циркулярной резекцией ДПК выполнена у 24 (50,0%) больных хроническим панкреатитом (19), осложненным дуоденальной дистрофией, серозными цистаденомами (2) больших размеров и нейроэндокринной опухолью (1). Реконструкция пищеварительного тракта после тотальной резекции головки ПЖ с циркулярной резекцией парапапиллярного сегмента ДПК во всех случаях завершалась дуоденодуоденоанастомозом «конец в конец». Операция дополнялась

формированием панкреато- и билиодигестивных соустьев – панкреатоюно- и холедохоеюноанастомоза на одной выключенной по Ру петле тонкой кишки (7), панкреатогастро- и холедоходуоденоанастомоза (15), панкреатикодуоденоанастомозом по типу «проток со слизистой» и холедоходуоденоанастомозом (2). Во всех случаях наложение холедоходуоденального соустья осуществлялось ниже уровня дуоденодуоденоанастомоза.

Результаты: при этих двух способах хирургических вмешательств статистически достоверных различий в продолжительности операции и степени кровопотери по сравнению с пилоросохраняющей панкреатодуоденальной резекцией не зарегистрировано. Ни в одном случае полное удаление головки ПЖ с сохранением ДПК не сопровождалось развитием ишемических изменений ее стенки. Для сохранения адекватного кровоснабжения пристальное внимание уделяли сохранению верхней задней поджелудочно-двенадцатиперстной артерии, что считаем достаточным для профилактики ишемии ДПК.

После резекции головки ПЖ с сохранением ДПК внутрибрюшное кровотечение возникло у 2 больных. После резекции головки ПЖ с сегментарной резекцией ДПК желчный свищ наблюдался у 1 больного, у 3 пациентов отмечалось продолжительное нарушение эвакуации из желудка, сроки которого не превышали 3-х недель.

У 6 пациентов наблюдался неполный наружный панкреатический свищ по дренажу, который закрывался самостоятельно на 7-23-е сутки после операции.

В отдаленные сроки после резекции головки ПЖ с сохранением ДПК у 3 больных сформировалась стриктура дистального отдела общего желчного протока, которая у 2 из них была устранена с помощью чрескожного эндобилиарного стентирования.

В отдаленные сроки после резекции головки ПЖ с сегментарной резекцией ДПК сахарный диабет, не требующий инсулинотерапии, развился у 2 больных хроническим панкреатитом. Внешнесекреторная недостаточность отмечалась у 2 пациентов после резекции головки ПЖ с сегментарной резекцией ДПК.

Летальных исходов в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде не было.

Заключение: резекция головки ПЖ с сохранением ДПК может быть рекомендована как операция выбора при доброкачественных опухолевых поражениях проксимального отдела железы.

Резекция головки ПЖ, дополненная сегментарной резекцией ДПК, является надежным патогенетически обоснованным вмешательством при хроническом панкреатите, осложненном дуоденальной дистрофией с локальными кистозными изменениями дуоденальной стенки.

Мы полагаем, что эффективность обоих способов оперативных вмешательств является надежной альтернативой пилоросохраняющей панкреатодуоденальной резекции.

ИНТРА- И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

*Красильников Д.М., Миргасимова Д.М.,
Малова И.И., Захарова А.В., Имамова А.М.*
ГБОУ ВПО «Казанский государственный
медицинский университет» Минздрава РФ,
Казань, Россия, ГАУЗ «Республиканская
клиническая больница» МЗ РТ, Казань, Россия

Цель: определение причин развития интра- и послеоперационных осложнений при лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ), выбор методов их профилактики и лечения.

Материал и методы: в клинике хирургии №1 в 2011-2015 гг. оперированы 3715 пациентов с калькулезным холециститом, в том числе по поводу острого холецистита – 1525 (41,1%), хронического – 2190 (58,9%). Возраст больных варьировал от 18 до 93 лет, женщин было 3184 (85,7%), мужчин – 531 (14,3%). Послеоперационная летальность составила 0,27% (10 больных). После ЛХЭ в нашей клинике ятрогенное повреждение желчных протоков наблюдалось у 4 (0,12%) пациентов, у 15 (0,4%) возникли ранние послеоперационные осложнения: желчеистечение, подпеченочные абсцессы, в одном случае подкожная эвентрация тощей кишки в ране первого доступа, которые устранены при использовании малоинвазивных операций. 8 пациентов с повреждением желчных протоков были доставлены из больниц РТ в сроки от 3-х до 9 суток после ЛХЭ.

Результаты: необоснованная настойчивость в сложных ситуациях продолжать видеолапароскопическое выполнение операции способствует возникновению интра- и послеоперационных осложнений, поздней диагностики повреждений внепеченочных протоков. Так, во время ЛХЭ в нашей клинике повреждение протока установлено у 3 (0,08%) из 4 больных. У 8 пациентов при ЛХЭ в районах РТ повреждение не было выявлено ни в одном случае. Конверсия была осуществлена у 84 (2,26%) пациентов, показаниями к ней послужили аномальное расположение внутренних органов (1-1,2%), профузное кровотечение (2-2,4%), повреждение внепеченочного протока (3-3,6%), синдром Мирizzi (5-5,9%), атипичное расположение элементов гепатодуоденальной связки (5-5,9%), холецистодуоденальный свищ (7-8,3%), деструкция желчного пузыря с образованием подпеченочных абсцессов (15-17,9%), воспалительный инфильтрат (46-54,8%). Из 4 больных с повреждением холедоха в нашей клинике у 2 выполнено наружное дренирование протока, у 1 сформирован билиодигестивный анастомоз, в другом произведена восстановительная операция – холедохохоледохостомия. Однако через 4 месяца после билиобилиостомии возникла стриктура анастомоза, в связи с чем выполнена дренирующая операция, через 2 месяца реконструктивная операция – гепатикоеюностомия. Из 8 пациентов с повреждениями протоков при ЛХЭ в районах РТ только у 1 удалось в ранние сроки произвести реконструктивную операцию, у 7 ограничились

наружным дренированием с последующим формированием билиодигестивного анастомоза.

Заключение: анализ результатов ЛХЭ показал, что основными причинами, приводящими к развитию осложнений, прежде всего к ятрогенным повреждениям желчных протоков, являются атипичное расположение структур гепатодуоденальной связки, воспалительные инфильтраты в подпеченочном пространстве, настойчивые попытки выполнения ЛХЭ, остановки кровотечений из сосудов желчного пузыря или его ложа, гепатодуоденальной связки и несвоевременный переход на открытое вмешательство. При выявлении повреждения внепеченочных протоков следует в зависимости от диаметра протока изначально производить реконструктивную операцию, в остальных случаях – наружное дренирование с последующей ранней операцией билиодигестивного шунтирования. При возникновении интраабдоминальных послеоперационных осложнений преимущество в лечении имеют малоинвазивные вмешательства под УЗ-наведением.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ДИСТРОФИИ

*Кригер А.Г., Берелавичус С.В., Калдаров А.Р.,
Горин Д.С., Смирнов А.В.*

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского»
Минздрава РФ, Москва, Россия

Дуоденальная дистрофия (ДД) – неопухоловое воспалительное кистозное поражение стенки двенадцатиперстной кишки (ДПК) с характерной локализацией в нисходящей части кишки. При описании ДД в литературе используют различные термины – парадуоденальный панкреатит, «groove» (бороздчатый) панкреатит, миоаденоматоз ДПК, кистозная дистрофия гетеротипичной поджелудочной железы; панкреатическая гаммартома ДПК; парадуоденальная киста; параампулярные кисты стенки ДПК. Патогенез изменений стенки ДПК при ДД до конца не ясен. Лечебная тактика при ДД также далека от разрешения и варьирует от консервативной терапии и эндоскопических вмешательств до панкреатодуоденальной резекции (ПДР).

Цель: изучение патогенеза кистозно-воспалительной трансформации стенки двенадцатиперстной кишки (ДПК) при хроническом панкреатите (ХП), описываемой как «дуоденальная дистрофия» (ДД), и повышение эффективности хирургического лечения при данном заболевании.

Материал и методы: в период с 2004 по октябрь 2016 г. в Институте хирургии им. А.В. Вишневского находилось на лечении 90 больных, у которых была диагностирована ДД. Диагноз установлен по данным УЗИ, КТ, МРТ и эндоУЗИ. Оперировано 80 пациентов после консервативного лечения с медианой продолжительности 2 года. Панкреатодуоденальная резекция (ПДР) произведена 37 больным, органосохраняющие операции – 37 больным: различные резекции ДПК – 21, резекция головки поджелудочной железы (ПЖ) в раз-

личных модификациях – 18. Паллиативные операции выполнены 4 больным. Диагнозы ХП и ДД верифицированы при морфологическом исследовании операционного материала. Не оперированы и находятся под наблюдением 10 больных. Отдаленные результаты лечения изучены у 50 человек, медиана наблюдения составила 47 мес.

Результаты: при гистологическом резидуальные протоковые структуры ПЖ в луковице и дистальном отделе ДПК (истинная гетеротопия) обнаружены в 34,5% наблюдений, в остальных случаях гистологическая картина соответствовала бороздчатому панкреатиту. ДД сочеталась с ХП по результатам морфологического исследования в 90,8% случаев. Клинические проявления ДД не зависели от причины ее возникновения и манифестировали симптомокомплексом, характерным для ХП: боли были у 98,9% больных, потеря массы тела – у 65,5%, нарушения проходимости ДПК – у 64%, билиарная гипертензия – у 36%. Осложнения развились у 27 (33,8%) оперированных больных: после ПДР – у 33,3%, резекций ДПК – у 66,7% (умер 1 больной). Общая послеоперационная летальность составила 1,25%. При оценке отдаленных результатов полное исчезновение симптоматики отмечалось у 66% человек, значительное улучшение наступило у 32%, эффект отсутствовал у 2%.

Выводы: в большинстве наблюдений ДД ассоциирована с бороздчатым панкреатитом, реже – с эктопией ткани поджелудочной железы в стенку ДПК. В подавляющем большинстве случаев ДД возникает у больных ХП. Лечение больных, страдающих ХП и ДД, должно начинаться с консервативной терапии. Хирургическое лечение показано при стойком болевом синдроме и наличии осложнений ХП, нарушении проходимости ДПК. Операциями выбора являются ПДР и резекции головки ПЖ.

ПРИМЕНЕНИЕ ФТОРУРАЦИЛА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПАНКРЕАТИТА ПРИ ЭРПХГ И ЭПСТ

*Кузиев В.В., Отабоев И.Х.,
Хасанов Б.Т., Махмудов Н.И.
Ферганский филиал РНЦЭМП*

В последнее время нам, как и другим врачам, довольно часто приходится наблюдать случаи тяжелого течения панкреонекроза в молодом возрасте при отсутствии патологии внепеченочных желчных путей, атеросклероза и других заболеваний, приводящих к нарушению кровообращения в поджелудочной железе. Безусловно, нельзя объяснить увеличение числа этих больных врожденной анатомической предрасположенностью к рефлексу дуоденального содержимого и желчи в панкреатические протоки.

В патогенезе острого панкреатита в настоящее время большое значение придается роли аутоагрессии, от степени выраженности которой зависит тяжесть деструктивных изменений в ткани поджелудочной железы и их исход. Поскольку при панкреонекрозе про-

исходит деструкция клеток поджелудочной железы, разрушенные белковые структуры в определенных условиях могут становиться чужеродными для организма и выступать в качестве антигена. При повторных приступах острого панкреатита или предварительной сенсибилизации организма, согласно взглядам А.Д. Адо, клетки паренхимы поджелудочной железы и ее соединительнотканная строма могут стать местом протекания реакции антиген – антитело, выступить в роли клеток-мишеней и быть разрушенными.

Применение фторурацила как ингибитора липазы возможно с связи с тем, что фторзамещенное пиримидиновое основание может занимать активные участки ферментов вместо нормального урацила и тем самым подавлять их активность. В результате расщепления фторурацила из него образуется фторуксусная кислота, которая является ингибитором липазы. Кроме того, замечено некоторое избирательное накопление фторурацила в поджелудочной железе.

В 2012-2016 гг. в отделении 1-1 абдоминальной хирургии на лечении находились 12 больных (8 мужчин и 4 женщины) с деструктивными формами панкреатитов после ЭРПХГ и ЭПСТ. Возраст больных – от 36 до 72 лет. Из них 6 больных оперированы, диагноз подтвержден во время операции. У одной больной обнаружен тотальный смешанный некроз поджелудочной железы, у остальных – геморрагический панкреонекроз. У 6 больных диагноз поставлен клинически (на основании тяжелого течения заболевания и данных лабораторных исследований).

Всем больным в качестве профилактики послеоперационного панкреатита проводилась инфузионная терапия раствором фторурацила в дозе 5 мг/кг внутривенно, капельно на 200 мл 5% раствора глюкозы. Введение назначали больным с 1-х суток после ЭРПХГ и ЭПСТ.

На 3-4-е сутки после назначения фторурацила мы наблюдали заметное улучшение состояния больных: уменьшились явления интоксикации, боль в животе, прекратилась рвота, тошнота. Заметна положительная динамика лабораторных показателей, снизился уровень амилазы в сыворотке крови и моче, уменьшился лейкоцитоз крови. Особенно эффективно было применение фторурацила совместно с чрезжелудочной гипотермией. У 6 пациентов благодаря применению локальной гипотермии совместно с фторурацилом удалось избежать лапаротомии.

ЧАСТОТА И КЛИНИКО-ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ У ЛИЦ С ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ

*Мадамина Н.Э., Ибрагимова З.А.
Андижанский государственный
медицинский институт*

Частота хронических заболеваний печени растет с каждым годом. Это связано с ухудшением состояния окружающей среды, изменением качества потребляе-

мых пищевых продуктов, широким распространением вирусных и метаболических заболеваний, а также в связи с ростом наркомании и алкоголизма.

Сейчас установлено, что причиной 30-40% заболеваний печени является злоупотребление спиртными напитками. Доказано, что у лиц, злоупотребляющих алкоголем, цирроз печени выявляется в 7-10 раз чаще, чем у непьющих. Алкогольный гепатит протекает часто скрыто и под маской заболевания других органов.

Цель: изучение частоты и клинико-эхографических особенностей проявления поражения печени у лиц с хроническим алкоголизмом для раннего выявления гепатопатии с субклиническим и латентным течением.

Материал и методы: под наблюдением находились 60 мужчин в возрасте от 30 до 50 лет (средний возраст 41 год), находящиеся на диспансерном учете в городском наркологическом диспансере. Контрольную группу составили 60 здоровых мужчин, не употребляющих в анамнезе спиртные напитки.

Результаты: клиническое обследование лиц с хроническим алкоголизмом выявило наличие астеновегетативного синдрома в виде немотивированной слабости и утомляемости у 33,3% больных, диспепсического синдрома с проявлениями вздутия живота, ощущением быстрого насыщения – у 25%, болевого синдрома – у 48,3%, геморрагического, в виде носовых кровотечений или кровоточивости десен – у 5%, эндокринного, в виде половой слабости – у 16,7%.

При изучении эхографической характеристики морфологии печени у лиц с хроническим алкоголизмом обнаружена гепатопатия с латентным течением. При этом увеличение толщины правой, левой и хвостатой доли печени в среднем на 6, 10 и 10% выявлено соответственно у 36,7, 33,3 и 26,7% обследованных. Изменения высоты правой доли печени на 5% обнаружены у 25%, левой доли – у 22,8%, хвостатой доли – у 19,5%. Диаметр воротной вены у 14 больных был расширен в среднем на 10%, печеночной вены – на 4,5% у 15, селезеночной вены – на 5% у 11 больных.

Таким образом, установлено: все параметры печени у 10-25% больных были нарушены в среднем на 5-10%. При этом эхографическая картина гепатопатии выражалась утолщением капсулы, неоднородностью печеночной ткани, повышением эхогенности, выраженностью стенок внутрипеченочных желчных протоков, инфильтрацией печеночных сосудов, расширением сосудистой сети, деформацией контуров печени. Биометрические показатели печени соответствовали минимальной активности хронического гепатита.

Выводы: 1. У лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, в 20-30% случаев выявлено поражение печени с латентным течением. 2. В эхограмме печени отмечалось увеличение размеров, повышение эхоплотности паренхимы печени, диффузная неоднородность, крупная зернистость, закругление нижнего края левой доли печени. 3. Отмеченные эхографические изменения соответствуют жировой дистрофии пече-

ни I степени. 4. Ультразвуковое исследование печени является чувствительным и информативным способом выявления ранних признаков гепатопатии донозологической стадии у лиц, страдающих хроническим алкоголизмом.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИЗОЛИРОВАННЫХ ТРАВМ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

**Маматов С.О., Улугмуратов А.А.,
Мардиев П.А., Юсупов А.С.
Самаркандский филиал РНЦЭМП**

Изолированные повреждения двенадцатиперстной кишки (ДПК) в хирургии детского возраста являются актуальной проблемой вследствие несвоевременного распознавания. Данная патология отличается высокой летальностью (30-50%) и большим количеством послеоперационных осложнений (50-70%) в виде перитонита, дуоденальных свищей, забрюшинных гематом, профузных гастродуоденальных кровотечений.

Материал и методы: под нашим наблюдением были 8 детей в возрасте от 4 до 14 лет с изолированным повреждением ДПК кишки. Мальчиков было 6, девочек 2. Причинами травм явились тупая травма, удар в область живота и падение с высоты на спину. 4 ребенка поступили в первые 6 часов после травмы, 4 – спустя 24 часа после получения травмы.

Всем больным, помимо общеклинических исследований, проводилась полипозиционная рентгеноскопия, УЗИ и КТ брюшной полости.

Результаты: у 3 (37,5%) больных была выявлена забрюшинная эмфизема, скопление жидкости в околопочечной клетчатке на стороне поражения. 2 детям хирургическая коррекция проведена в первые 8-10 часов. При выделении ДПК по Кохеру были выявлены пятна Винивартера, забрюшинная гематома с эмфиземой и желчь. У 2 больных разрыв ДПК был ушит однорядным швом монофиламентной нитью. У 6 детей отмечалось обильное истечение желчи и имбибиция стенки ДПК гематомой. Им произведена дивертикулляция двенадцатиперстной кишки с наложением заднего еюногастроанастомоза с браунским соустьем, холецистома и дренирование брюшной полости и забрюшинного пространства. Обязательным было установление трансназального зонда с проведением его в начальный отдел тощей кишки через анастомоз. У 1 ребенка наблюдалась несостоятельность анастомоза, что потребовало повторной операции.

В послеоперационном периоде стандартное лечение было направлено на восполнение кровопотери, профилактику и лечение инфекционных осложнений. Кормление осуществлялось только по зонду, проводимому в тощую кишку.

Таким образом, при лечении повреждений двенадцатиперстной кишки методом выбора при ранней диагностике является ушивание разрыва кишки, а при

поздних сроках – дивертикулизиция ДПК с наложением гастроэнтероанастомоза с браунским соустьем, холецистостома и декомпрессия желудочно-кишечного тракта.

ОСЛОЖНЕНИЯ И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

*Назыров Ф.Г., Акбаров М.М.,
Нишанов М.Ш., Сайдазимов Е.М.*

Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В. Вахидова

За последние 2 десятилетия как во многих странах мира, так и в Узбекистане отмечается увеличение числа больных с заболеваниями желчевыводящих путей. Увеличилось и количество операций, проводимых на желчном пузыре и протоках. Вместе с тем наблюдается увеличение частоты повреждений желчных протоков в 2-4 раза, которые варьирует от 0,22 до 1,86%. Внедрение лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) повлекло за собой заметное увеличение частоты и тяжести повреждений желчных протоков. При травме желчных протоков её лечение представляет исключительную сложность, требующую длительного времени, дорогостоящих лечебно-диагностических манипуляций, что приводит к серьезной инвалидизации больных. Летальность составляет 8-17%, осложнения при операциях возникают до 47%, посттравматические стриктуры желчных протоков встречаются в 30-55% случаев.

Цель: улучшение результатов хирургического лечения больных с повреждениями и рубцовыми стриктурами желчных протоков после ЛХЭ.

Материал и методы: за период с 2000 по 2017 гг. проанализированы результаты хирургического лечения 48 больных с повреждениями и рубцовыми стриктурами магистральных желчных протоков (МЖП) после ЛХЭ. Мужчин было 12 (25%), женщин – 36 (75%). Возраст пациентов – от 19 до 80 лет. По нашим данным, повреждения МЖП отмечались у 17 (0,26%) больных на 6521 холецистэктомий. 31 пациент поступил из других стационаров. У 12 (25%) больных повреждения МЖП выявлены интраоперационно, у 36 (75%) обнаружены в раннем послеоперационном периоде. Всем больным проведено комплексное обследование, включая РПХГ, ЧЧХС и МРТ-холангиографию.

Результаты: при интраоперационном повреждении желчных протоков (n=12) у 7 больных имелось полное пересечение протока, у 5 отмечалось краевое повреждение. У 14 больных операции, направленные на восстановление анатомии желчных протоков, были выполнены сразу, у 3 в 2 этапа. При выявлении повреждений желчных протоков в послеоперационном периоде (n=36) выполняли одно- или двухэтапные операции в зависимости от наличия инфильтративно-воспалительных изменений подпеченочной обла-

сти. Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде наблюдали у 10 (20,8%) больных, из них у 2 (4,1%) с летальным исходом. В отдаленном периоде неудовлетворительные результаты наблюдали у 15 (31,2%) больных, причем стеноз ГепЕА у 5 (33,3%) больных, стеноз ББА у 10 (66,6%). Повторные оперативные вмешательства потребовались 11 (22,9%) больным. Лучшие результаты получены в группе больных, у которых операции выполнялись при интраоперационном обнаружении травм МЖП. Из 12 больных этой группы хорошие ближайшие и отдаленные результаты получены у 84,3% больных. Основной операцией при полном пересечении и рубцовой стриктуре МЖП является ГепЕА на выключенной петле тонкой кишки по Ру с применением прецизионной техники, что выполнено у 29 больных с хорошим отдаленным результатом в 95,3% случаев. ГепЕА без каркасного дренирования значительно сокращает сроки лечения больных, однако эту методику удалось выполнить только у 11 больных этой группы.

Заключение: причиной неудач в лечении повреждений и рубцовых стриктур после ЛХЭ являются несвоевременность диагностики и выполнение неадекватных по объему операций, которые могут привести к ухудшению качества жизни и инвалидизации больных, а также к летальным исходам.

ОГРАНИЧЕНИЯ ПОРТОКАВАЛЬНОГО СБРОСА ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ПОРТОСИСТЕМНОГО ШУНТА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

*Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х.,
Раимов С.А., Султанов Л.Л., Мардонов Л.Л.,
Байбеков Р.Р.*

АО «Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В. Вахидова»

В современной хирургической гепатологии у больных циррозом печени (ЦП) с портальной гипертензией (ПГ) портосистемное шунтирование (ПСШ) остается в разряде приоритетных направлений профилактики кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ). Возможность наложения ПСШ в условиях чрезмерно выраженного расширения селезеночной вены и большой вероятности скоротечного развития депортализации воротного бассейна требует совершенствования технических особенностей в аспекте профилактики этого осложнения. Внедрение оригинальной технологии ограничения портокавального сброса при помощи ограничительной манжеты позволило применять эту методику не только при центральной декомпрессии, но и при значительном расширении селезеночной вены при формировании ПСШ. Ранее это считалось противопоказанием, так как, помимо возможной депортализации, обуславливало обвальное снижение скорости кровотока по анастомозу с развитием тромбоза уже в раннем послеоперационном периоде.

Цель: улучшение результатов хирургического лечения больных ЦП путем разработки и внедрения новых технологий портосистемного шунтирования ПСШ и разобщающих операций.

Материал и методы: оригинальные методики ограничения портокавального сброса при выполнении центрального типа ПСШ использованы у 38 больных (у 36 пациентов применена парциальная декомпрессия с помощью манжеты ограничителя, выполненной из дакронового сосудистого протеза, у 2 способ управляемого ограничения портокавального сброса). Проксимальный спленоренальный анастомоз наложен 16 больным, спленоренальный анастомоз Н-типа со вставкой из внутренней яремной аутовены 22.

Результаты: формирование центрального парциального анастомоза при помощи манжеты ограничителя способствует максимальному сохранению гепатопортального кровотока, снижая частоту печеночной недостаточности с 36,8 до 11,1%. В отличие от истинных парциальных шунтов (сужение камеры анастомоза до 10 мм и менее), повышающих риск развития тромбоза анастомоза до 29%, формирование ограничения на протяжении приводящего сосуда или поверх Н-вставки позволяет наложить анастомоз на весь диаметр, сохраняя принцип парциальности и снижая частоту тромбоза шунта до 5,6%. Адекватность декомпрессии портальной системы при использовании оригинальной методики ограничения портокавального сброса доказывает регрессия ВРВПЖ, что обуславливает наложенный центральный анастомоз.

Особое внимание заслуживает предложенный способ управляемого ограничения портокавального сброса, который целесообразно использовать у больных с высоким риском варикозного кровотечения в прогностических неблагоприятных группах. Способ был применен у 2 больных ЦП после наложения ПСРА со спленэктомией. Обеспечение дозированного и регулируемого портокавального сброса достигалось путем стандартного сосудистого катетера типа Фогарти, установленного между приводящим венозным сосудом и дакроновым протезом. Катетер выводили изолированно на передней брюшной стенке. При выраженном снижении воротного кровотока в катетер вводили 1,5-2,5 мл глицерина, что обеспечивало частичную компрессию проксимального участка селезеночной вены и соответственно снижало отток по анастомозу.

Заключение: оригинальное ограничение портокавального сброса не только эффективно в профилактике кровотечения из ВРВПЖ, но и снижает частоту развития гепатодуоденального воротного кровотока с 87,5 до 19,4%, частоту печеночной недостаточности с 36,8 до 11,1%, энцефалопатии с 21,2 до 13,9%, тромбоза парциального анастомоза с 29,0 до 5,6%.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДИК РАЗОБЩЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО КОЛЛЕКТОРА У ПАЦИЕНТОВ С КРОВОТЕЧЕНИЕМ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

*Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х.,
Салимов У.Р., Байбеков Р.Р., Хакимов Д.М.,
Файзуллаев О.А.*

**АО «Республиканский специализированный центр
хирургии им. акад. В. Вахидова**

Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ) у больных портальной гипертензией (ПГ) отличаются особой тяжестью клинического течения, серьезными осложнениями и высокой вероятностью летального исхода. Так, уровень летальности в развивающихся странах на высоте кровотечения, по сообщению различных авторов, может достигать 60%. Первичная профилактика в виде эндоскопических пособий, таких как лигирование и склерозирование ВРВПЖ, существенно снижают количество осложнений и летальных исходов, однако остаются безуспешными у 12-15% пациентов. В то же время применение порто-системного шунтирования удается выполнить далеко не всем пациентам с синдромом клинически значимой ПГ. В этой связи сегодня различные методики разобщающих операций сохраняют свою актуальность. Разработанные в РСЦХ им. акад. В. Вахидова и внедренные в практику оригинальные технологии тотального разобщения гастроэзофагеального коллектора (ТРЕК), обладая высокой эффективностью в плане контроля кровотечения, направлены на ликвидацию основных недостатков известных аналогичных оперативных вмешательств. 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 57 больных причиной ПГ явился ЦП, у 41 больного диагностирована внепеченочная форма ПГ. Возраст больных колебался от 13 до 65 лет, средний возраст – $33,6 \pm 1,7$ года. Мужчин было 65, женщин – 33. 72 больных госпитализированы в плановом порядке, 26 доставлены в экстренном порядке с клиникой гастроэзофагеального кровотечения.

Отдаленный период прослежен у 46 больных с первичной методикой и у 98 пациентов с модифицированной техникой ТРЕК. Рецидив кровотечения отмечался у 13,2% больных, причем у 6,5% на фоне анастомозита. Явления гастростаза выявлены у 3 из 46 пациентов. Явления печеночной недостаточности развились у 21,9% больных. На фоне указанных осложнений умерли 11,2% пациентов. В группе с модифицированной методикой кровотечения имело место 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 соответственно 22,2 и 13,4%.

Анализ выживаемости больных ЦП с ПГ после ТРГЭК показал, что самый низкий показатель был 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 гастрозофагеального венозного коллектора путем лигатурной трансекции 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, а также грубых функциональных нарушений желудка в отдаленном периоде. Усовершенствованная оригинальная технология ТРГЭК является перспективным оперативным пособием в условиях urgentной хирургии и при проведении плановых вмешательств у больных с синдромом ПГ, подвергшихся повторному оперативному лечению, или может явиться альтернативным портосистемному шунтированию методом при невозможности выполнения последнего.

ХИРУРГИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ

*Разумовский А.Ю., Алхасов А.Б.,
Митупов З.Б., Чумакова Г.Ю.*

**ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава РФ,
ГБУ ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова ДЗМ, Москва**

Оперативные вмешательства на поджелудочной железе (ПЖ) являются одной из сложнейших областей детской хирургии. Как правило, залогом успешного хирургического лечения различной патологии ПЖ является ее эффективное дренирование.

Цель: определение хирургической тактики при лечении детей с патологией ПЖ.

Материал и методы: В 2011-2016 гг. различные оперативные вмешательства на ПЖ были выполнены у 18 детей в возрасте от 10 месяцев до 15 лет (средний возраст – 9 лет). Мальчиков и девочек было одинаковое число. Спектр хирургической патологии поджелудочной железы был весьма разнородным. Так, у 5 (33,3%) больных показаниями к операции была посттравматическая киста ПЖ, у 4 (26,6%) – киста ПЖ, у 3 (20%) – псевдопапиллярная опухоль, у 1 (6,7%) – тупая травма живота с повреждением ПЖ, у 1 (6,7%) – врожденный фиброзный панкреатит, у 1 (6,7%) – панкреатолитиаз, у 1 (5,6%) – сосудистое образование поджелудочной железы, инсулинома – у 2 (11,1%). 10 (55,5%) детей, в основном с травматическим повреждением ПЖ, первично оперированы по месту жительства.

Цистозантероанастомоз по Ру выполнен у 6 (33,3%) больных, панкреатозантероанастомоз по Ру – у 7

(38,8%), удаление опухоли железы – у 2 (11,1%), лапароскопическое удаление опухоли ПЖ с формированием панкреатозантероанастомоза – у 1 (5,5%), лапароскопическое удаление инсулином ПЖ – у 2 (11,1%). Нужно отметить, что при выполнении панкреатозантероанастомоза ПЖ рассеклась на всем протяжении со вскрытием вирсунгова протока. После этого формировался максимально широкий на всю длину ПЖ анастомоз с петлей кишки по Ру.

Результаты: длительность операции в среднем составляла 116 минут (от 60 до 235 мин). Без осложнений послеоперационный период протекал у 14 (77,7%) пациентов. У 4 больных после создания панкреатозантероанастомоза наблюдались различные осложнения: кровотечение ЖКТ, кровотечение из брюшной полости, абсцессы брюшной полости и забрюшинного пространства, несостоятельность панкреатозантероанастомоза. Повторные операции в раннем послеоперационном периоде в связи с осложнениями выполнены у 3 пациентов. У 2 произведен панкреатозантероанастомоз после наложения цистозантероанастомоза в ближайшем послеоперационном периоде.

Контрольное обследование проведено всем детям в сроки от 6 месяцев до 2-х лет после оперативного лечения. У всех больных за исключением 1 по данным МРТ, УЗИ, КТ, биохимии крови отмечались удовлетворительные результаты. У 1 пациента через 6 месяцев после выполнения цистозантероанастомоза был произведен панкреатозантероанастомоз в связи с расширением панкреатического протока и высоким уровнем амилазы.

Таким образом, после выполнения панкреатозантероанастомоза большинство больных имеют отличные непосредственные и отдаленные результаты. Части пациентов после выполнения цистозантероанастомоза в связи с неудовлетворительными результатами необходима повторная операция – панкреатозантеростомия. Несмотря на большую техническую сложность, панкреатозантероанастомоз можно считать операцией выбора при необходимости эффективного дренирования поджелудочной железы.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С СОЧЕТАНИЕМ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА С ЯЗВЕННЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Рахимов Р.И.

**Городская клиническая больница
скорой медицинской помощи, Ташкент**

В структуре билиарной патологии острый калькулезный холецистит (ОКХ) является одним из самых распространенных заболеваний, который встречается у 7-20% больных с urgentной патологией. При этом 2/3 больных, поступивших в стационар с ОКХ, составляют лица пожилого и старческого возраста. Актуальность проблемы обостряется при сочетании ОКХ с признаками язвенного кровотечения, являющегося нередким у пациентов пожилого и старческого возраста.

Цель: анализ результатов лечения ОКХ, сочетающихся с язвенными кровотечениями, у больных пожилого и старческого возраста в ГКБСМП.

Материал и методы: анализу подвергнуты результаты лечения 120 больных с ОКХ, находившихся в отделении экстренной хирургии ГКБСМП в 2010-2016 гг. Мужчин было 42, женщин – 78. Средний возраст – 68,2 года. Согласно разработанному диагностическому алгоритму, всем больным при поступлении проводили клиническое обследование, соответствующие лабораторные исследования, ультразвуковое сканирование гепатопанкреатобилиарной зоны, эндоскопические вмешательства. Это позволяло нам определить общее состояние больных, продолжительность и выраженность приступа ОКХ, характер сопутствующей язвенной геморрагии и степень кровопотери, изменения показателей центральной гемодинамики и микроциркуляции.

Результаты: всем 120 больным после подтверждения диагноза с целью купирования приступа ОКХ и гемостаза имеющегося язвенного кровотечения проводилась комплексная консервативная терапия в виде обезболивающих, спазмолитиков, инфузионной и гемостатической терапии. У 88,3% больных кровотечение сопровождалось острыми язвами. Наряду с этим в осуществлении гемостаза у обследованных больных применялись эндоскопические вмешательства. Последние осуществлялись в виде эндоскопической электрокоагуляции (66), инъекционного введения 70° раствора этилового спирта вокруг язвы (54).

После проведенных мероприятий у 67 больных приступ более удалось купировать, а надежный клинично-эндоскопический гемостаз достигнут у 90,8%. У 44,1% больных в связи с неэффективностью проводимого консервативного лечения в экстренном и срочном порядке были произведены различные формы холецистэктомий. В качестве оперативных вмешательств применялись традиционные (ТХЭ) – у 34, минилапаротомные холецистэктомии (МХЭ) – у 19. По морфологическим формам у 42 больных имел место флегмонозный желчный пузырь, у 11 – гангренозно измененный желчный пузырь.

У 11 пациентов во время традиционной холецистэктомии нами одновременно осуществлялся хирургический гемостаз паллиативного (8) и радикального (3) характера.

В послеоперационном периоде у 12 больных наблюдались послеоперационные осложнения в виде нагноения раны (7), послеоперационной пневмонии (2), наружного желчеистечения (1), несостоятельности швов анастомоза (1), острого коронарного синдрома (1). Летальность после холецистэктомий составила 1,2%, а при сочетании последней с хирургическими способами гемостаза – 3,8%.

Выводы: 1. Лечение больных ОКХ, сочетающихся с язвенными кровотечениями, у пациентов пожилого и старческого возраста представляет сложную задачу. 2. Для улучшения результатов лечения у больных данной категории, наряду с включением в число опера-

тивных вмешательств ОКХ малоинвазивных способов, большое значение имеет максимальное использование возможностей эндоскопических способов гемостаза.

ТРАВМА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ

Рузиев П.Н., Карабаев Х.К., Холмирзаев О.М., Шоназаров И.Ш., Турсунов О.А., Кулиев Й.У., Авазов А.А.

Самаркандский филиал РНЦЭМП,
Самаркандский государственный
медицинский институт

Частота травм поджелудочной железы (ПЖ) невелика и составляет от 4,3 до 10,7%. Послеоперационные осложнения возникают у 32-75% пострадавших. Летальность достигает 73%. Своевременная диагностика и лечение пострадавших с травмами ПЖ является актуальной проблемой хирургии поврежденных (Самохвалов И.М. и др., 2011; Васильев М.А., 2011).

Цель: изучение особенностей течения острого посттравматического панкреатита у больных с сочетанной травмой живота.

Материал и методы: в 2005-2016 гг. в Самаркандском филиале РНЦЭМП на лечении находились 55 пострадавших с повреждением поджелудочной железы, осложненным острым посттравматическим панкреатитом. Мужчин было 35, женщин – 20, возраст больных – от 27 до 60 лет (40,1±1,0 года).

Закрытая травма живота как причина острого посттравматического панкреатита была у 45 (81,8%) пациентов (прямой удар в эпигастральную область – 24, падение с высоты – 8, дорожно-транспортная травма – 13). У 10 (18,2%) больных причиной ОП явилось колото-резаное ранение. У всех пострадавших травма поджелудочной железы сочеталась с повреждениями других органов и систем (печень, селезенка, желудок, тонкий и толстый кишечник, забрюшинная гематома, травма головного и спинного мозга, повреждение груди и др.).

Для диагностики и лечения пострадавших использовали как традиционные клинично-лабораторные методы, так и эндохирургические технологии.

Результаты: у всех больных развивался острый посттравматический панкреатит, обусловленный общими (травматический и постгеморрагический шок) и местными изменениями. При механическом повреждении местные изменения в поджелудочной железе обусловлены травматическим некрозом паренхимы, вторичной деструкцией в результате повреждения сосудов и повреждением протоков с поступлением активного панкреатического секрета.

По тяжести повреждения мы различали:

I степень – ушиб и отек, подкапсульная гематома – у 10 (18,2%) больных;

II степень – поверхностный разрыв, глубокий разрыв с повреждением ткани, но без разрыва протока – у 30 (54,5%);

III степень – травма железы с разрывом главного панкреатического протока – у 9 (16,4%);

IV степень – панкреатодуоденальная травма, разрыв или отрыв части железы – у 6 (10,9%).

Чаще посттравматический панкреатит отмечался у пациентов с III и IV степенью повреждения ПЖ (соответственно 90,5 и 89,6%). Установлено, что при открытой травме ПЖ панкреатит развился у 49,8% больных, при закрытой – у 87%.

Клиническая картина травмы поджелудочной железы характеризуется явлениями травматического шока (у 27), внутреннего кровотечения (у 18) и перитонита (у 10 больных).

Необходимо подчеркнуть, что все варианты повреждений поджелудочной железы требуют проведения антисекреторной, антиферментной, антибактериальной и дезинтоксикационной терапии.

В зависимости от характера и локализации поражения применяли следующие виды оперативного лечения травм поджелудочной железы (острого посттравматического панкреатита), основанные на принципах адекватного дренирования зоны повреждения, удаления явно нежизнеспособных тканей железы, восстановления пассажа или рационального отведения панкреатического сока:

- гемостаз, ушивание ткани железы и дренирование зоны повреждения – у 25 (45,4%) больных,
- вскрытие и опорожнение забрюшинных гематом – у 17 (30,9%),
- ушивание ткани железы, холецистостома и дренирование поврежденного панкреатического протока – у 10 (18,2%),
- левосторонняя резекция поджелудочной железы и отключение двенадцатиперстной кишки – у 3 (5,5%) больных.

Из 55 пострадавших с доминирующим повреждением поджелудочной железы умерли 10 (18,2%). У 6 из них был тяжелый деструктивный посттравматический панкреатит, у 1 – парапанкреатит и перитонит, а также множественные осложнения сопутствующих сочетанных повреждений (живота, груди, головного мозга).

Выводы: улучшение результатов лечения пациентов с травмой поджелудочной железы напрямую связано с адекватно проведенным оперативным вмешательством, а также назначением в послеоперационном периоде всем пациентам профилактической патогенетической терапии.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ

*Сайдалиев С.С., Норматов У.Э., Махмудов Н.И.
Ферганский филиал РНЦЭМП*

Несмотря на достаточное количество научно-исследовательских работ, посвященных диагностике, предоперационной подготовке и лечению сочетанных

повреждений паренхиматозных органов брюшной полости и забрюшинного пространства у детей, до сих пор остаются сравнительно высокими показатели осложнений и летальных исходов среди данной категории больных.

В отделении детской хирургии ФФРНЦЭМП в 2015-2016 гг. находились на лечении 28 детей (19 мальчиков, 9 девочек) в возрасте от 1 года до 14 лет с сочетанными повреждениями паренхиматозных органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Состояние всех больных было тяжелым. 11 детей получили травмы вследствие автотравмы, 9 – при падении с высоты, 8 – при ударе в живот. Кроме того, у 16 был установлен перелом костей верхней конечности, у 8 – перелом нижней конечности, у 4 – переломы верхней и нижней конечности одновременно. Необходимо подчеркнуть, что у 5 из 28 пациентов наблюдалась закрытая черепно-мозговая травма. После проведения комплексных диагностических мероприятий у 11 детей установлен разрыв печени, у 5 – разрыв печени и селезенки, у 8 – разрыв печени и повреждение почки одновременно, у 4 повреждение паренхиматозных органов было под сомнением. После проведения противошоковой терапии, соответствующей иммобилизации поврежденных конечностей этим 2 пациентам произведена диагностическая лапароскопия, в результате которой обнаружена кровь в левом боковом канале.

Все пострадавшие дети после кратковременной комплексной предоперационной подготовки, включающей инфузионную, гемотрансфузионную, противошоковую, обезболивающую терапию, были оперированы. У 19 выявлены разрывы печени различной степени, которые были ушиты и герметизированы сальником. У одного ребенка с разрывом печени обнаружен разрыв верхнего полюса правой почки, произведено ушивание разрыва почки, у 2 больных был ушиб почки, который лечили консервативно. У 3 пострадавших выполнено ушивание печени, у 2 пациентов произведена спленэктомия.

Все пациенты в послеоперационном периоде получали комплексное интенсивное инфузионное лечение, включая лимфотропную терапию. Необходимо отметить, что послеоперационный период у всех детей протекал гладко, без осложнений, восстановительный период прошел достаточно быстро. Все больные были выписаны в сроки от 9 до 16 дней на амбулаторное лечение.

Таким образом, своевременная диагностика, которая стала возможной в условиях современного оснащения службы экстренной медицинской помощи, адекватное хирургическое вмешательство, оптимальное комплексное интенсивное инфузионное лечение, включая лимфотропную терапию, позволило значительно уменьшить количество послеоперационных осложнений.

ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ

Сайдалиев С.С., Махмудов Н.И., Норматов У.Э.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Травма поджелудочной железы (ТПЖ) занимает особое место среди повреждений органов брюшной полости, т.к. отличается тяжестью, развитием многочисленных осложнений и высокой летальностью. Повреждения поджелудочной железы у детей встречается относительно редко. Частота ТПЖ в структуре травм живота колеблется от 1 до 4,8. Относительно небольшая частота ТПЖ объясняется ретроперитонеальным расположением органа и хорошей защищенностью его от воздействий внешней силы.

В 2012-2016 гг. в отделении экстренной хирургии детского возраста ФФ РНЦЭМП мы наблюдали 8 детей с закрытым повреждением и 1 ребенка с открытым ранением поджелудочной железы. ТПЖ в основном возникает у мальчиков. Соотношение мальчиков и девочек – 7:1. У 6 пострадавших тупая травма поджелудочной железы возникла от удара рулем велосипеда, у 1 – при ударе в живот торцом бедра, у 1 – при падении с высоты. Причиной открытого проникающего ранения поджелудочной железы стала разбитая стеклянная банка, на которую ребенок упал животом.

Сочетанные повреждения поджелудочной железы преобладали над изолированными. Наиболее часто, наряду с поджелудочной железой, травмируются желудок, селезенка, двенадцатиперстная кишка, крупные сосуды в области травмы. Большинство пострадавших с сочетанной травмой поджелудочной железы поступили в состоянии шока I-II ст., что ухудшает течение послеоперационного периода и увеличивает риск летального исхода.

Среди повреждений поджелудочной железы мы выделяем ушибы, подкапсулярную гематому, разрыв без повреждения вирсунгова протока, разрыв с повреждением протока, разможнение или отрыв части железы.

По локализации принято различать повреждения в области хвоста, тела и головки железы. У 5 из 8 пострадавших с травмами поджелудочной железы было повреждение тела, у 2 – хвоста, у 1 – головки железы. Причем летальный исход наблюдался у пострадавшего с травмой головки.

Таким образом, классификационными признаками ТПЖ многие авторы считают степень тяжести, лечебную тактику и прогноз травм поджелудочной железы.

Диагностика закрытой ТПЖ представляет значительные трудности, особенно при сочетанной травме, бессознательном состоянии и шоке, тогда как диагностика открытых повреждений поджелудочной железы не представляет трудностей.

Клиническими синдромами тупой травмы поджелудочной железы являются шок, кровопотеря и пе-

ритонит, а в более поздние сроки – травматический панкреатит, который развивается после «светлого промежутка», продолжающегося до 5 суток. Обращают на себя внимание выраженная бледность больного, частое двигательное беспокойство, неоднократная рвота по типу «кофейной гущи», когда имеется повреждение слизистой желудка. Симптом исчезновения пульсации брюшной аорты над пупком по нашим наблюдениям отмечается редко. Свободная жидкость в отлогих местах живота не определяется.

Значительную помощь в диагностике ТПЖ оказывают исследования амилазы в крови, моче и в перитонеальном содержимом. Правильный диагноз ТПЖ был установлен до операции у 5 из 8 пациентов, на операции – у 3.

У 2 больных имелись места разрыва тела и разможнения хвостовой части, которыми произвели резекцию железы и культю железы ушивали капроновыми швами и перитонизировали сальником на ножке с последующим подведением к месту травмы через отдельный разрез дренажей. Рану ушивали наглухо.

Наиболее ответственными являются действия хирурга при полных разрывах поджелудочной железы с повреждением вирсунгова протока, которые встречались у 2 наших больных детей. Произведена левосторонняя резекция поджелудочной железы.

Поэтому большинство хирургов при полных разрывах тела или хвоста поджелудочной железы операцией выбора считают лапароскопическую резекцию поджелудочной железы, которая надежно предупреждает тяжкие осложнения, не приводит к нарушениям внешней и внутренней секреции органа.

Осложнения травм поджелудочной железы встречались у 2 больных, на первом месте среди них стоит травматический панкреатит. Панкреатические свищи возникали у 1 из 8 больных, а панкреатические кисты – у 1.

Летальных исходов среди больных с травмой поджелудочной железы не было.

Пути снижения осложнений и летальности при ТПЖ могут заключаться в дальнейшем изучении методов ранней диагностики повреждений и рационального хирургического лечения пострадавших, а также профилактики и своевременного лечения осложнений ТПЖ, особенно некротического панкреатита.

НОВАЯ ГЕМОСТАТИЧЕСКАЯ КОЛЛАГЕНОВАЯ ПЛЕНКА ГЛИЛАГИН ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ ПРИ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

*Саидханов Б.А., Туракулов А.Б.,
Далимов Д.Н.¹, Матчанов О.Д.¹.*
АО «РСЦХ им. акад. В. Вахидова»,
Национальный университет Узбекистана¹

Ранения и травмы паренхиматозных органов – один из наиболее тяжелых видов хирургической патологии (Алисов П.Г., 1995; Бокарев М.И., 2004; Абакумов

М.М., 2005; Beckingham I.J., 2001). В мирное время при проникающих ранениях живота повреждения печени наблюдаются у 37% раненых, а при закрытой травме живота – у 16%. Повреждения селезенки отмечаются соответственно у 7 и 26% пострадавших, почек – у 17 и 6% (Гуманенко Е.К., 1998; Литвин А.А., 2003). Основными причинами травм являются дорожно-транспортные происшествия (65%), падение с высоты (20%), криминальные действия (10%), прижатие тяжелыми предметами (4%), прочие причины (1%) (Давлатян А.А., 2003). Попытки надежно остановить кровотечение из внутренних органов занимают иногда до 85% операционного времени. Поэтому огромный интерес представляют лекарственные средства, способствующие свертыванию крови, то есть гемостатические препараты внутреннего и наружного применения.

Цель: апробация новой формы гемостатических коллагеновых пленок на основе Глилагина (супрамолекулярный комплекс моноаммониевой соли глицирризиновой кислоты с лагохилином) в эксперименте.

Материал и методы: в экспериментальном отделе РСЦХ им. акад. В. Вахидова проведены предварительные доклинические исследования с использованием гемостатической пленки Глилагин. Изучение специфической активности проводилось на модели паренхиматозного кровотечения (травматическое кровотечение из печени, атипичные резекции печени). В эксперименте было использовано 12 крыс линии вистар, 10 кроликов шиншилла и 6 беспородных собак. У животных на 7-е, 14-е и 21-е сутки после применения для остановки кровотечения гемостатической пленки из органов брали срезы для морфологического исследования и кровь для определения клинико-лабораторных изменений.

Результаты исследования: механизм гемостатического действия препарата связан с его влиянием на сосудисто-тромбоцитарный гемостаз, увеличением в крови количества и адгезивно-агрегационной способности тромбоцитов. Наряду с активацией тромбоцитарной системы происходит снижение проницаемости капилляров, что приводит к повышению ретракции образовавшегося сгустка. Препарат останавливает кровотечение у экспериментальных животных за 1,5-2,0 мин. Этот препарат относится к VI классу практически нетоксичных соединений.

Заключение: новый гемостатический материал в виде гемостатической коллагеновой пленки Глилагин (Патент на изобретения IAP №05109) может применяться для остановки паренхиматозных кровотечений при травмах и операционных кровопотерях. Он не обладает местно-раздражающим, аллергенным действием. Пленка не оказывает токсического действия на показатели периферической крови, функцию почек и печени.

ЖИГАР ЭХИНОКОККЭКТОМИЯ ОПЕРАЦИЯСИДАН КЕЙИНГИ ПЛЕВРАЛ АСОРАТЛАРНИ ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОЛАШ

Сапаев Д.Ш., Курьязов Б.Н., Якубов Ф.Р.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Эхинококкоз оғир паразитар, сурункали кечувчи эндемик касаллик бўлиб, ҳаётий муҳим аъзоларнинг шикастланишига ва оғир асоратларга сабаб бўлади. Жигар эхинококкэктомия операциясидан кейин кузатиладиган асоратлар турли хил адабиётларда 4-10% гача учраши қайд қилинган. Уларнинг ичида плеврал асоратлар алоҳида аҳамият касб этиб, асосан жигарнинг диафрагмал юзасида амалиёт бажарилганда келиб чиқиши нисбати юқоридир.

Тадқиқотнинг мақсади: жигар эхинококкэктомиясидан кейинги плеврал асоратларни диагностикаси ва даволашни такомиллаштириш.

Материал ва услуб: Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали «Умумий жарроҳлик, травматология ва ортопедия» кафедраси базаси (Хоразм вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази, абдоминал хирургия бўлими) да 2010-2016 йиллардаги жигар эхинококкози билан операция қилинган беморлар ўрганиб чиқилди. Ўрганилган беморлар сони 178 нафар. Шундан 144 (80,9%) нафар бемор бирламчи, 34 (19,1%) нафар бемор қайталанган жигар эхинококкози билан операция бўлган. 117 (65,7%) нафар беморда эхинококк киста жигарнинг олдинги ва орқа диафрагмал юзаларида жойлашган, шундан 25 та беморда қайталанган жигар эхинококкози аниқланди. 61 (34,3%) нафар беморда эхинококк киста жигарнинг бошқа сегментларида жойлашган. 20 (17,1%) нафар беморда диафрагмал юзада жойлашган йиринглаган эхинококк кистаси аниқланди, шундан 4 беморда йиринглаган эхинококк кистаси плевра бўшлиғига ёрилган, 28 (23,9%) та беморда жигар диафрагма билан чандиқ ҳосил қилиб ёпишган. 69 (59%) беморда асоратланмаган бир ва кўп камерали эхинококк кисталари аниқланди. Эхинококкэктомия аънавий ёпиқ ва ярим ёпиқ усулларда қилинган.

Тадқиқот натижаси: операциядан 3-5 кундан кейин 20 беморда ўнг томонлама плеврит аниқланди. Шу беморларнинг ўнг кўкрак қафаси пастки соҳаларида оғриқ, йўтал, тана ҳароратининг ошиши кузатилди. Беморларни кўкрак қафасини умумий рентгенография ва КТ текширувлари қилинганда ўнг плевра бўшлиғида эркин суюқлик сатҳи аниқланди. Объектив усуллар билан текширилганда ўнг томонлама базал плевритга хос белгилар аниқланди. Уларнинг барчасида плеврал пункция ўтказилди, сероз ажралма чиқди ва антибактериал препаратлар плевра бўшлиғига юборилди. 12 нафар беморда биринчи пункциядан кейин аҳволи яхшиланди, 5 нафар беморда эса икки марта плеврал пункция ўтказилди. 3 нафар беморда торакоцентез қилиниб дренаж найча қўйилди, 5 кундан кейин дренаж найча олиб ташланди. Плеврал пункция билан биргаликда беморлар тезроқ актив ҳаракатлантирилди, вертикал ҳолатга ўтказилди ва нафас гимнастикаси комбинациялашган ҳолда олиб борилди. Барча беморлар қайта умумий рентгенография қилинди ва плевра бўшлиғида эркин суюқлик

аниқланмади. Беморлар операциядан кейин 8-9 куни амбулатор даволанишга чиқарилди ва кузатув остида бўлишди.

Хулоса: операциядан кейин плеврал асоратларни олдини олиш ва даволашда нафақат плеврал пункция, балки у билан биргаликда беморни активлаштириш, нафас гимнастикаси ва беморларни максимал қисқа муддат ичида вертикал ҳолатга ўтказиш, юқоридаги асоратни даволаш ва олдини олишда самараси анча юқори бўлади.

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ ЦЕНТРЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

*Туляганов Д.Б., Тожибоев М.П., Юлдашев М.Х.,
Ахмедов Х.Э., Гофуров А.Н., Холмирзаев Б.Ф.,
Алимов А.К.*

Джизакский филиал РНЦЭМП

По данным ВОЗ, в мире от травм ежегодно погибают более 5 млн человек, 70% из которых – пострадавшие с политравмой. В настоящее время негативные последствия научно-технического прогресса, интенсивной урбанизации, неуклонного увеличения количества транспорта и других травмоопасных механизмов, техногенных катастроф, террористических актов, высокого уровня суицида превратили проблему политравмы в социально значимую медицинскую проблему всего человечества.

При оказании помощи пострадавшим с политравмами отмечается запоздалая диагностика, большое количество ошибок и осложнений, что обусловлено такими факторами, как тяжёлое состояние пациентов, отсутствие сознания, нередко на фоне алкогольного опьянения, повреждение жизненно важных органов, кровопотеря, шок, наличие тяжёлой черепно-мозговой травмы с отёком головного мозга, неадекватная оценка тяжести состояния на догоспитальном этапе.

В свете вышесказанного становится очевидной необходимость совершенствования существующей системы организации экстренной специализированной помощи пострадавшим, подходов к качественному и быстрому определению прогноза течения заболевания, вероятности развития осложнений, коренного пересмотра традиционных способов диагностики и лечения при политравме.

Цель: описание опыта Джизакского филиала РНЦЭМП в комплексном лечении пострадавших с политравмой с широким применением миниинвазивных хирургических методик и современных принципов интенсивной терапии.

Материал и методы: систематизированы наши подходы к ведению пострадавших с политравмой на основе анализа результатов лечения 150 больных, госпитализированных в Джизакский филиал РНЦЭМП в 2002-2017 гг. В структуре причин политравмы преобладали ДТП (117 человек; 78,0%) и кататравма (32; 21,3%), только 1 (0,7%) больной получил множествен-

ные повреждения вследствие криминальной травмы. Мужчин и женщин было примерно одинаковое число (соответственно 78 и 72). Практически все пациенты поступили на лечение в первые сутки после травмы, только 13 (8,7%) больных были переведены из отделений экстренной медицинской помощи районных медицинских объединений (бывшие ЦРБ) после стабилизации их состояния в последующие сутки после получения травмы.

В структуре сочетанных повреждений преобладали ЧМТ (128; 85,3%), различные повреждения таза (92; 61,3%), органов брюшной полости (61; 40,7%) и грудной клетки (31; 20,7%), а также переломы бедренной кости (27; 18,0%) и костей голени (26; 17,3%).

При ведении пострадавших с политравмой придерживались следующих принципов: мультидисциплинарный подход к диагностике и выбору тактики хирургического лечения (коллегияльный прием решения с участием хирурга, реаниматолога, нейрохирурга, травматолога и других специалистов), использование унифицированных систем оценки тяжести повреждений и состояния (шкалы ISS, APACHE-II), соблюдение принципов «damagecontrol», применение в остром периоде травматической болезни миниинвазивных методов гемостаза, декомпрессии черепа и остеосинтеза.

В период травматического шока проводили обследование пациента в шоковом зале с применением УЗИ, мобильного рентгеноаппарата и компьютерного томографа. Наряду с оперативным лечением выявленных повреждений органов брюшной полости и грудной клетки, удалением субдуральных и внутримозговых гематом выполняли стабилизацию тазового кольца и поврежденных сегментов конечностей аппаратами внешней фиксации. Окончательный остеосинтез костей поврежденных сегментов осуществляли в отсроченном порядке после стабилизации состояния пострадавших.

Хорошие результаты лечения получены у 115 (76,7%) пострадавших, у которых наблюдалось полное восстановление функции поврежденных внутренних органов и консолидация переломов. Удовлетворительные результаты констатированы у 19 (12,7%) больных, у которых развились различные осложнения травмы и/или хирургического вмешательства (тромбоз глубоких вен нижних конечностей, дефекты костей черепа, кишечные свищи, несросшиеся переломы, посттравматический деформирующий артроз суставов). Летальный исход наступил у 16 (10,7%) пострадавших с политравмой.

Таким образом, применение мультидисциплинарного подхода к диагностике и выбору тактики хирургического лечения больных с политравмой и расширение показаний к миниинвазивным методам гемостаза (при повреждениях внутренних органов), декомпрессии черепа и остеосинтеза способствуют улучшению результатов комплексного лечения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ

*Улугмуратов А.А., Мирзаев З.Х.,
Нормуродов Д.К., Исламов А.Р.*
Самаркандский филиал РНЦЭМП

Печень представляет собой один из наиболее крупных органов человеческого тела, который играет важную роль в функции пищеварения и обмене веществ (Хаджибаев А.М. и др., 2012). По консистенции печень – достаточно плотный орган, однако легко поддается травматизации даже при незначительном воздействии на него. Брюшной покров печени оказывает небольшую защиту при внешних воздействиях, поэтому после повреждения серозного покрова легко разрушается рыхлая ткань печени в любом направлении, чем объясняются сравнительно частые разрывы печени (от 13,2 до 24,3%) при закрытой травме живота (Каримов Ш.И. и др., 2010).

Закрытые повреждения селезенки и печени и составляют от 20 до 30% всех повреждений органов брюшной полости (Черкасов И.Ф. и др., 2009). Несмотря на то, что селезенка хорошо защищена грудной клеткой и окружающими органами, по частоте повреждений при закрытой травме живота она занимает первое место у детей (Баиров Г.А. и др., 2000; Nielsen L. et al., 2002).

Ткани печени получают огромное количество крови (через 100 г печеночной паренхимы проходит 90-100 мл крови в минуту). Через селезенку ежеминутно протекает 750-800 мл крови, что соответствует 5 мл крови на 1 г селезенки. Эти данные необходимо учитывать при повреждениях печени и селезенки.

Цель: улучшение результатов диагностики и лечения при закрытых повреждениях паренхиматозных органов брюшной полости у детей с помощью видеолaparоскопии.

Материал и методы: в отделении экстренной детской хирургии Самаркандского филиала РНЦЭМП за последние 3 года видеолaparоскопия произведена у 31 ребенка с закрытой травмой живота. Возраст детей – от 5 месяцев до 18 лет. Мальчиков было – 22 (70,9%). Причинами травмы у 17 (54,9%) пострадавших были дорожно-транспортные происшествия, у 5 (16,1%) – удар в живот тупым предметом, у 9 (29,0%) – падение с высоты (кататравма). 21 (67,7%) ребенок поступил в течение 3-х часов с момента травмы, 10 (32,3%) – от 4 до 10 часов.

Для диагностики повреждений органов брюшной полости использовались анамнестические данные, клинично-лабораторные исследования, УЗИ, рентген, компьютерная томография (КТ) и экстренная диагностическая видеолaparоскопия. Для определения степени тяжести повреждений печени использована классификация Moore.

Результаты: Повреждения печени имели место у 23 (74,2%) пострадавших I, II и III степени по Moore, в том числе изолированные – у 15 (65,2%). Разрыв селезенки был у 8 (25,8%) больных, из них I степени – у 3, II степени – у 5. У 5 детей с разрывом селезенки травма была сочетанной. У всех пациентов выполнялась экстренная диагностическая лaparоскопия, при этом у 2 (6,5%) из них были выставлены показания к лaparотомии. У 29 пациентов удалось произвести гемостаз и разрешить гемоперитонеум, избежав ненужной лaparотомии. Кроме того, используя минилaparотомный доступ, мы в двух случаях произвели ушивание ран левой доли печени и желудка, а в одном – ушивание обширного разрыва правой доли печени. Каких-либо осложнений у подвергшихся такому лечению больных мы не наблюдали.

Виды видеолaparоскопических вмешательств у наших пациентов:

- лaparоскопическая электрокоагуляция ран печени и селезенки, санация и дренирование брюшной полости – у 19 (61,3%);
- электрокоагуляция раны печени и селезенки и фиксация к ней сальника – у 10 (32,2%);
- конверсия – у 2 (6,5%).

Основными факторами, определяющими успех органосохраняющих операций, являются стабильная гемодинамика, объем гемоперитонеума до 150-200 мл, отсутствие тяжелых повреждений других органов брюшной полости. Производили тщательную её электрокоагуляцию до образования сплошного струпа на раневой поверхности. К ранам печени и селезенки подводили 1-2 дренажа. В одном случае произвели релaparоскопию нагноившейся гематомы печени (7 сегмента), после чего на 6-е сутки наступило выздоровление.

Заключение: лечебно-диагностическая лaparоскопия позволила у 29 (93,5%) пострадавших отказаться от традиционной в таких случаях широкой лaparотомии, при этом осложнений и летальных исходов не наблюдалось.

ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ

*Улугмуратов А.А., Маматов С.О.,
Исламов А.Р., Нормуродов Д.К.*
Самаркандский филиал РНЦЭМП

Цель: улучшение диагностики и выбор хирургической тактики при повреждениях поджелудочной железы (ПЖ).

Материал и методы: в последние 10 лет в Самаркандском филиале РНЦЭМП на лечении находились 22 ребенка с травмой поджелудочной железы. Изолированные повреждения органа выявлены у 6 детей, у 16 пострадавших была сочетанная травма органов брюшной полости (желудка, большого сальника, забрюшинная гематома). Мальчиков было 15, девочек – 7, возраст – от 5 до 18 лет.

Результаты: у 9 детей причиной повреждений ПЖ был прямой удар в эпигастральную область, 5 пострадавших получили травму при падении с высоты (3-5 м), 5 – в результате автотравмы, 3 – вследствие проникающего ранения живота. В течение первых 6 часов после травмы доставлены в стационар 17 пострадавших, до 12 часов – 3, после 12 часов – 3. Правильный диагноз до операции на основании данных лапароцентеза, лапароскопии и компьютерной томографии (КТ) установлен у 8 пострадавших. Ещё у 2 пострадавших повреждение ПЖ предполагалось на основании механизма травмы, повышенного содержания диастазы в моче, высокого содержания амилазы в перитонеальном экссудате, полученном при лапароцентезе. Остальные 12 пострадавших были оперированы с предварительным диагнозом: повреждение органов брюшной полости, а повреждения ПЖ выявлены у них лишь во время операции.

Частичный разрыв органа в области головки и тела отмечался у 6 пострадавших, надрыв капсулы – у 4. У 12 больных была выявлена обширная забрюшная гематома, у 2 – ранение желудка по малой кривизне.

Ушивание ткани железы, тампонирование зоны разрыва и дренирование осуществлено у 6 пациентов, ушивание раны желудка, ткани железы, холецистостома – у 1. Объективная интраоперационная оценка повреждения поджелудочной железы в сочетании с другими органами возможна лишь при условии широкого вскрытия сальниковой сумки.

Во время оперативного вмешательства осуществляли блокаду перипанкреатической клетчатки 0,25% раствором новокаина в количестве 75-100 мл с добавлением антибиотиков, антиферментных препаратов и подведением двухпросветного дренажа в сальниковую сумку через оментобурсостому. У 1 из 4 оперированных образовался панкреатический свищ, который закрылся самостоятельно на 21-й день после операции.

Выводы: выбор метода операции при повреждении ПЖ должен зависеть не только от характера повреждения органа, но и от формы сопутствующего травматического панкреатита и сочетанной травмы. В послеоперационном периоде необходимо учитывать возможность прогрессирования панкреатита.

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РЕТРОГРАДНОЙ ХОЛАНГИОПАНКРЕАТОГРАФИИ И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПАПИЛЛОТОМИИ

*Умаров О.М., Мирзакаримов А.А., Махмудов Н.И.
Ферганский филиал РНЦЭМП*

В последние годы отмечается рост заболеваемости желчнокаменной болезнью и её осложненными формами (холедохолитиаз, стенозирующий папиллит, стриктуры терминального отдела холедоха, сочетающиеся с непроходимостью желчных путей) за счет

ухудшения экологии, малоподвижного образа жизни, обильного переедания, употребления разных пищевых химических добавок (консервантов), а также за счет улучшения медицинской диагностики. В современной медицине прослеживается тенденция к широкому применению малоинвазивных, эндоскопических методов диагностики и лечения желчнокаменной болезни и ее осложненных форм, позволяющих добиться максимального результата при минимальной травме. При некоторых обстоятельствах, однако, могут возникнуть осложнения, такие как кровотечение, панкреатит, перфорация холедоха и дуоденума, невозможность изъятия корзинки Dormia и камня при больших размерах.

Цель: улучшение результатов и минимизация осложнений комплексного лечения и диагностики больных с патологией внепеченочных желчных протоков и большого сосочка двенадцатиперстной кишки с использованием эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии и эндоскопической папиллотомии.

Проанализированы результаты диагностики и лечения 105 больных с патологией внепеченочных желчных протоков и большого сосочка двенадцатиперстной кишки, находившихся на стационарном лечении в отделении абдоминальной хирургии ФФ РЦЭМП в 2016 г. Возраст больных – от 20 лет до 73 года, средний возраст – 46,5 года. Женщины составляли 68,5%, мужчины – 31,5%. Длительность симптомов внепеченочных желчных путей – с от одного до трех месяцев. У 64% больных имелась желтуха различной степени выраженности и продолжительности.

Обследование проводилось с использованием общеклинических и специальных методов. К общеклиническим относились общий анализ крови и мочи с определением диастазы, биохимический анализ (билирубин, его фракции, АЛТ и АСТ), из специальных методов – УЗИ желчевыводящих путей.

УЗ-критериями желчной и панкреатической гипертонии при холедохолитиазе и стенозе большого сосочка двенадцатиперстной кишки мы считаем расширение общего желчного протока более 10 мм. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография выполнена у 105 больных. Из эндоскопических транспапиллярные оперативные вмешательства произведены у 78 (74,2%) больных. У 59 (56,0%) больных механическая желтуха протекала на фоне хронического калькулезного холецистита, у 12 (11,4%) – на фоне острого калькулезного холецистита.

У 23 (20,0%) больных при поступлении в клинику наблюдались явления постхолецистэктомического синдрома. Холецистэктомия у больных в анамнезе отмечалась в сроки от 1-го месяца до 18 лет.

Осложнения при ЭПСТ имели место у 2 больных в виде кровотечения, которое было остановлено с помощью диатермокоагуляции и промывания холодной водой. У 5 больных в последующем наблюдался острый панкреатит, который потребовал консервативного лечения (инактивация ферментов ингибитором про-

теаз контрикалом 20000 ЕД 4 раза в день, цитостатики 5-фторурацил 10,0, гордокс, инфузионная терапия, промывание желудка холодной водой, антибиотикотерапия, спазмолитики, стимуляция диуреза, для улучшения реологических свойств крови – реополиглюкин и гепарин 5000 ЕД).

Перфорация двенадцатиперстной кишки отмечалась у 2 больных, которые нуждались в экстренном хирургическом вмешательстве.

Таким образом, для профилактики осложнений ЭРПХГ и ЭПСТ рекомендуется проводить соответствующее обезболивание, премедикацию, вводить ингибиторы протонной помпы, гемостатики, осуществлять инфузионную терапию 12-14 мл/кг, борьбу с ферментной токсемией, адекватную коррекцию гидронных расстройств и кислотно-щелочного состояния. Количество вводимых растворов, необходимое для восстановления нормального объема внутрисосудистого и внеклеточного секторов, должно быть достаточно большим – 4-5 л/сут.

СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНОЧНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ ЭЛЕКТРОТЕРМИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЯХ

*Фаязов А.Д., Камиллов У.Р.,
Туляганов Д.Б., Ажиниязов Р.С.*
**Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи**

Развитие электроэнергетики, широкое использование электричества в промышленности и быту, сельском хозяйстве и на транспорте привело к росту частоты электротермических поражений. Хотя пострадавшие с поражениями электричеством составляют 3,9-5,7% от общего числа госпитализируемых в специализированные комбустиологические отделения, по показателям летальности и инвалидности они занимают одно из ведущих мест.

Как известно, при электротермических поражениях происходит процесс электролиза, вследствие которого развивается поляризация клеточных мембран – у анода возникает кислая реакция. Кислота отнимает воду, и наступает коагуляция белков. У катода скапливаются отрицательно заряженные ионы с возникновением щелочной реакции, где происходит набухание коллоидов, и возникает колликативный некроз тканей. Наряду с этим возникновение нарушений функции внутренних органов связано с расстройством кровообращения в результате поражения эндотелия микроциркуляторного русла. Эти нарушения приводят к развитию очаговых некрозов в печени, слизистой оболочке желудочно-кишечного тракта, желчного пузыря. Вследствие этого отмечаются изменения функций печени.

Нами проанализированы результаты лечения 100 пациентов с поражениями электричеством, находившихся в отделении комбустиологии РНЦЭМП в 2015-2016 гг. Как показал анализ, основные показатели пе-

ченочной функции оказались нарушенными, что было связано в ранних периодах после травмы с реактивными изменениями, а в последующем – с нарастанием синдрома эндогенной интоксикации.

Трансаминазы (АСТ и АЛТ) участвуют в процессе глюконеогенеза и содержатся в клетках различных тканей организма. Наибольшая часть АСТ находится в клетках печени, сердца, скелетной мускулатуры и почек. АЛТ в основном содержится в цитоплазме гепатоцитов и миоцитов. Высокие показатели этих ферментов у пострадавших с электротермическими поражениями были обусловлены массивным некрозом клеток вышеуказанных органов. Повышение уровня этих ферментов свидетельствует о гибели как мышечной ткани, так и клеток внутренних органов.

Показатель АСТ оказался повышенным с самых ранних периодов после травмы (1-3-и сут) в 4,3 раза (157,3 у/л), который, имея тенденцию к снижению в периоде септикотоксемии ожоговой болезни, составил 2,3 раза (85,7 у/л). В то же время показатель АЛТ в ранних периодах после травмы повышался в 2,1 раза (87,5 у/л). В последующем этот показатель постепенно повышался, и к периоду септикотоксемии был выше нормы в 2,8 раза (117,7 у/л).

У этой категории пострадавших уровень общего белка сыворотки крови оставался пониженным во всех периодах ожоговой болезни. Если в раннем периоде после травмы этот показатель находился практически на нижней границе нормы, составляя $62,8 \pm 9,1$ г/л, то в последующем отмечалась тенденция к его снижению до $57,3 \pm 7,7$ г/л. Протромбиновый индекс во все периоды ожоговой болезни находился на уровне нижних границ нормы, составляя 81,2-84,3%.

Таким образом, действие электричества на организм вызывает значительные изменения гомеостаза, обусловленные как его физическим, так и рефлекторным влиянием. Клиническое течение ожоговой болезни, развивающейся при электротермических поражениях, имеет свои особенности, обусловленные свойствами электричества. Нарушения кровообращения в микроциркуляторном русле, связанные с повреждением эндотелиального слоя, вызывает массивные некрозы мышечной ткани, нарушения соматических и висцеральных функций организма. Несомненно, у пострадавших с обширными электротермическими поражениями в комплекс лечебных мероприятий должны быть включены препараты, обладающие гепато- и цитопротективными свойствами.

ПОВРЕЖДЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ КАТАТРАВМЕ

Хаджибаев А.М., Султанов П.К.
**Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи**

Операционная активность при сочетанной и изолированной травме живота достигает 88%. Кроме диагностических ошибок, в исходах сочетанной и изо-

лированной травм живота большое значение имеют тактические и технические ошибки при выполнении хирургических вмешательств, особенно при наличии кровотечений. В связи с этим общая летальность пострадавших с повреждением живота при сочетанной травме достигает 60%.

Цель: оценка результатов диагностики и лечения больных с повреждениями печени при сочетанных кататравмах.

Материал и методы: под нашим наблюдением в 2010-2013 гг. находились 111 пострадавших с высотной травмой живота: с сочетанными травмами – 98, изолированными – 13. Тяжесть сочетанных повреждений рассчитывали по шкале InjureSeverityScale (ISS), тяжесть повреждения паренхиматозных органов определяли по шкале AbbreviatedInjureScore (AIS). Диагностику осуществляли УЗИ-мониторингом.

Результаты: кровотечения диагностированы у 66 (59,5%) пострадавших. У 17 (15,3%) больных был установлен только разрыв селезенки, у остальных он сочетался с разрывами почек, печени, повреждением желчного пузыря, поджелудочной железы, мочевого пузыря, брыжейки тонкой или толстой кишки, яичников. У 28 (25,2%) пострадавших абдоминальные кровотечения были обусловлены разрывами печени, у 4 (3,6%) из них они сочетались с повреждениями желудка, поджелудочной железы, гастродуоденальной связки, яичников и тонкого кишечника. У 19 (17,1%) пациентов были выявлены забрюшинные гематомы.

Состояние 28 пациентов было оценено по шкале ISS до 13 баллов, у 20 – от 14 до 21 балла, у 30 – от 22 до 32 баллов, у 21 – от 33 до 46 баллов, у 12 – выше 46 баллов. 94 (84,7%) больным произведены операции в брюшной полости. У 28 (29,8%) из них для ликвидации источника кровотечения сразу была проведена лапаротомия. Остальным 66 (70,2%) пострадавшим выполнена диагностическая лапароскопия, причем у 41 имела место страховочная лапароскопия в ходе оперативных вмешательств на других анатомических областях. В результате лапароскопии у 31 (33%) пациента были выявлены повреждения органов брюшной полости с продолжающимся кровотечением. У 4 (4,3%) из этих больных осуществлена лапароскопическая коагуляция надрывов печени и селезенки, у 27 (28,7%) – конверсионная лапаротомия с завершением операции лапаротомным способом. У остальных 35 (37,2%) пострадавших при страховочной лапароскопии повреждения органов брюшной полости были исключены. Степень повреждения печени оценивалась интраоперационно. При повреждениях I степени оперативные вмешательства на печени не проводили. При повреждении печени II степени предпочтение отдавали аргоноплазменной коагуляции или электрокоагуляции (34,8%). При II и III степени повреждений печени производились ушивания разрывов печени в сочетании с коагуляцией. Общая летальность больных с сочетанными повреждениями живота при кататравме составила 27%, среди умерших были пострадавшие с тяжестью травмы по ISS

22 балла и выше с тяжелым сочетанным повреждением различных органов и систем.

Выводы: абдоминальные кровотечения различного объема при сочетанных кататравмах с повреждением живота встречаются в 60,4% случаев. Основным источником гемоперитонеума являются повреждения печени и селезенки различной степени. Особенностью травмы паренхиматозных органов живота при высотной травме является слабая взаимосвязь между механизмом травмы и степенью их повреждения. На наш взгляд, быстрое и своевременное выявление повреждений паренхиматозных органов живота при сочетанной кататравме с учетом тяжести повреждения приводит к уменьшению неоправданных лапаротомий, осложнений и летальных исходов. Поскольку при кататравме травма живота чаще сопровождается повреждением печени и селезенки с продолжающимся кровотечением в брюшную полость, одним из эффективных методов диагностики и лечения является лапароскопия.

РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЯТРОГЕНИИ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Хаджибаев А.М., Хаджибаев Ф.А., Тилемисов С.О.
Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи

Одной из самых сложных проблем неотложной хирургии органов гепатобилиарной системы остается лечение больных с интраоперационными осложнениями, число которых в течение последних десятилетий продолжает увеличиваться.

Цель: улучшение результатов лечения пациентов с интраоперационными ятрогениями внепеченочных желчных протоков.

Материал и методы: систематизированы подходы к диагностике и лечению интраоперационных повреждений внепеченочных желчных протоков (ВПЖП) у 121 больного. У 83 (68,6%) пациентов повреждение гепатикохоледоха произошло при традиционной холецистэктомии, а у 38 (31,4%) – во время лапароскопической холецистэктомии.

Результаты: рентгеноконтрастные исследования желчевыводящих путей (ЭРПХГ, ЧЧХГ, фистулохолангиография, интраоперационная холангиография), а также МРТ-холангиография позволяли определить уровень и протяженность поражения, степень блока желчных протоков. По результатам обследования были выявлены следующие типы повреждений и стриктур (Гальперин Э.И., 2002): (+2) – у 28 (23,1%); (+1) – у 35 (28,9%); (0) – у 38 (31,4%); (-1) – у 14 (11,6%); (-2) – у 6 (5%) пациентов.

Пассаж желчи в кишечник у 14 (11,6%) больных был восстановлен швом на Т-образном дренаже между поврежденными концами гепатикохоледоха. У остальных 107 (88,4%) пациентов выполнены различные варианты

билиодигестивных анастомозов: холедоходуоденоанастомоз применен у 17, гепатикодуоденоанастомоз – у 16, гепатикоэнтеро- и бигепатикоэнтероанастомоз на выключенной петле по Ру – у 35, гепатикоэнтероанастомоз смежкишечным Брауновским анастомозом – у 39. При проксимальных стриктурах для надежного формирования анастомоза использовали наружные дренажи по Фелькеру (7) или сквозной сменный дренаж по Сейпол – Куриану (6). Эти дренажи длительно (до 2 лет) сохраняли в просвете анастомоза и при необходимости заменяли (сменные дренажи) на другие.

В последние годы при проксимальных стриктурах применяем нами разработанный способ наложения гепатикоеюноанастомоза на металлическом каркасе (31).

Различные послеоперационные осложнения отмечались у 41 (33,9%) больного, умерли 11 (9,1%) пациентов. Причиной смерти были несостоятельность швов анастомоза и перитонит (4), кровотечение из острых язв желудка (1), печеночно-почечная недостаточность на фоне тяжелой интоксикации при гнойном холангите (5) и истощение при дуоденальном свище (1).

Таким образом, выбор способа хирургической коррекции ятрогенных нарушений желчеотведения основывается на результатах комплексного использования рентгеноконтрастных методов диагностики, уровня и протяженности поражения гепатикохоледоха. Выявленные травмы желчных протоков являются показанием к радикальной коррекции желчеоттока с наложением билиобилиарного или билиодигестивного анастомоза еще до развития тяжелых осложнений. Послеоперационные осложнения отмечались у 41 (33,9%) больного, умерли 11 (9,1%). Наилучшие результаты получены при наложении гепатикоеюноанастомоза на выключенной петле по Ру с применением металлического кольца в качестве каркаса.

СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ БИЛИОБИЛИАРНЫХ И БИЛИОДИГЕСТИВНЫХ АНАСТОМОЗОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТАЛЛИЧЕСКОГО КОЛЬЦА КАРКАСА

*Хаджибаев А.М., Алтиев Б.К.,
Хаджибаев Ф.А., Тилемисов С.О.*
Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи

Проанализированы результаты лечения 102 больных с патологией внепеченочных желчных протоков – с синдромом механической желтухи (МЖ). Больные были разделены на 2 группы: контрольную группу составили 60 (58,8%) больных, у которых билиодигестивные анастомозы (БДА) и билиобилиарные анастомозы (ББА) наложены традиционным способом. У 42 (41,2%) больных основной группы формирование данных анастомозов осуществлялось с применением каркасного металлического кольца.

Среди установленных заболеваний гепатопанкреатодуоденальной зоны (ГПДЗ) и внепеченочных желчных путей (ВЖП) наиболее частыми являлись ятрогенные повреждения (71,5%) и кистозное изменение холедоха (25,4%). Реже наблюдался синдром Мириizzi с холецистобилиарным свищем (ХБС) (0,9%) и опухолевые поражения (1,9%). На первом этапе проводили наружное отведение желчи и декомпрессию билиарных протоков. В дальнейшем больные в срочном и отсроченном порядке подвергались оперативным вмешательствам восстановительного и реконструктивного характера. В контрольной группе восстановительные операции выполнены 12 больным, в том числе восстановление холедоха на Т-образном дренаже – 9 (8,8%), восстановление холедоха на дренаже Вишневецкого – 3 (2,9%). В основной группе восстановительные операции произведены 2 (1,9%) больным в виде наложения ББА конец в конец.

Реконструктивные операции в контрольной группе выполнены 48 больным, в том числе ХДА, ГДА – 12 (11,7%), ХЭА, ГЭА на выключенной петле по Ру тощей кишки – 11 (10,7%), ХЭА, ГЭА с межкишечным анастомозом по Брауну – 8 (7,8%), бигепатикоэнтероанастомоз по Ру на сменном транспеченочном дренаже (СТД) по Сейпол – Куриану – 6 (5,9%), бигепатикоэнтероанастомоз по Ру на СТД по Фелькеру – 7 (6,8%), гепатикоэнтероанастомоз на ТД по Прадеру-Смиту – 3 (2,9%), ХЭА, кистоэнтероанастомоз с ЭЭА по Брауну – 1 (0,9%) больному. Реконструктивные операции в основной группе выполнены 40 больным, в том числе ХЭА, ГЭА на выключенной петле по Ру тощей кишки – 6 (5,9%), ХЭА, ГЭА с межкишечным анастомозом по Брауну – 5 (4,9%), бигепатикоэнтероанастомоз по Ру на металлическом каркасе – 4 (3,9%), ХЭА, кистоэнтероанастомоз с ЭЭА по Брауну – 8 (7,8%), резекция кисты холедоха, наложение гепатикоэнтероанастомоза с использованием металлического кольца – 15 (14,7%), погружной фистулоэнтероанастомоз с межкишечным анастомозом по Брауну на металлическом каркасе – 2 (1,9%).

Анализ данных убедительно свидетельствует о том, что благодаря применению наружного каркаса при формировании БДА и ББА у больных основной группы случаев их сужения в отдаленном послеоперационном периоде не было.

У 7 (6,8%) больных контрольной группы в эти сроки отмечалось сужение БДА или ББА с формированием наружного желчного свища. В последующем они были подвергнуты повторным реконструктивным операциям. Исследования показали, что наложение БДА и ББА с применением наружного каркаса в ближайшем послеоперационном периоде достоверно уменьшает число послеоперационных осложнений в виде их несостоятельности, а в отдаленном периоде благодаря сохранению формы и тканевой структуры позволяет максимально предотвратить рубцовое сужение анастомозов.

**СВЯЗЬ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ
ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И СФИНКТЕРА ОДДИ
ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОМ
ДИСТРЕССЕ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО
ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

Хакимов Д.П., Ахматалиева М., Голубина И.В.
Ташкентский педиатрический
медицинский институт

Актуальность: распространенность заболеваний органов пищеварения в последнее время существенно увеличилась и в настоящее время превышает 100 на 1000 детского населения. За последние 20 лет количество детей, страдающих ими, выросло более чем на 30%, и за четверть века распространенность ее увеличилась в 20-25 раз. Такой рост многие авторы связывают с влиянием неблагоприятных антропогенных факторов внешней среды, ухудшением качества питания. Но также обсуждается вопрос о влиянии психосоматических связей в этой проблеме. Особенный акцент ставится на развитии функциональных расстройств органов желчевыделения.

Цель: определить связь между развитием функциональных расстройств желчного пузыря и сфинктера Одди при хроническом эмоциональном дистрессе у детей старшего школьного возраста.

Материалы и методы: было проведено когортное исследование 179 детей в возрасте 13-18 лет. Была выделена когорта из 48 детей, отвечающих Римским критериям III для функциональных расстройств желчного пузыря и сфинктера Одди. Все дети были оценены по проективному тесту А.Л. Венгер «Рисунок человека». Личностный статус их родителей был оценен модифицированной формой В опросника FPI, также были определены психические состояния родителей методом Ч. Осгуда, был проведен транзакционный структурный анализ внутрисемейных отношений методом J. Dusay с опросником Д. Джонгварда. Эмоциональный дистресс верифицировался по вышеуказанным тестам. Были рассчитаны относительный риск влияния фактора эмоционального дистресса на развитие функциональных расстройств желчного пузыря и сфинктера Одди.

Результаты: по данным расчета относительного риска была выявлена умеренная связь эмоционального дистресса (RR – 1,8) с развитием функциональных расстройств желчного пузыря и сфинктера Одди у детей старшего школьного возраста.

Выводы: проведенное исследование подтверждает наличие связи в изучаемой проблеме и участии психосоматических механизмов в его формировании. Это указывает на необходимость дальнейшего изучения данного феномена.

**РОЛЬ ЧРЕСКОЖНОГО ЧРЕСПЕЧЕНОЧНОГО
ПУНКЦИОННО-ДРЕНАЖНОГО МЕТОДА
В ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ**

*Хакимов М.Ш., Рахманов С.У., Хасанов В.Р.,
Джафаров С.М., Ашууров Ш.Э.*
Ташкентская медицинская академия

Цель: оценка результатов пункционно-дренажного метода лечения эхинококкоза печени.

Материал и методы: анализу подвергнуты данные 24 больных с эхинококкозом печени, находившихся на стационарном лечении во 2-й клинике ТМА в 2015-2017 гг., которым выполнена аспирационно-дренажная эхинококкэктомия под рентгенологическим контролем. Возраст пациентов – от 19 до 72 лет (средний возраст – 43,4±1,8). Мужчин было 15 (63%), женщин – 9 (37%). Размер эхинококковых кист колебался от 6 до 12 см. У 22 больных было поражение правой доли, у 12 эхинококковые кисты располагались в 7 сегменте, у 4 на границе 6-7 сегментов, у 6 пациентов имела место интрапаренхиматозная локализация глубоко к воротам печени, у 2 – в левой доле. Две кисты правой доли выявлены у 3 пациентов. Рецидивная форма эхинококкоза печени установлена у 14 (58%) человек, у 4 (17%) эхинококк был осложнен механической желтухой с прорывом кисты в желчные протоки. У 1 больного желтуха была связана со сдавлением холедоха гигантской эхинококковой кистой. У 5 (21%) пациентов эхинококковые кисты были с признаками нагноения. Показаниями к данному вмешательству служили эхинококковые кисты, расположенные глубоко, требующие для оперативного лечения торакофренолапаротомию со вскрытием брюшной и плевральной полостей, особенно у ослабленных больных, при рецидивном течении, отказывающихся от проведения традиционного хирургического лечения, пациенты с высоким операционно-анестезиологическим риском, нагноившиеся формы эхинококкоза печени.

Оперативные вмешательства под рентгенологическим контролем выполнялись под местной анестезией, после обезболивания наркотическим анальгетиком и введения 8 мг дексаметазона. По данным компьютерно-томографического исследования выбирается траектория пункции. Применялась техника PAIR-PD (puncture, aspiration, injection, reaspiration, percutaneous drainage). Для дренирования кисты использовали метод стилет-катетер. После попадания в полость стилет извлекали, а дренаж фиксировали к коже. Использовали изогнутые или типа Pigtail дренажные катетеры 9 Fr с последующей заменой на 14 Fr. Через катетер производили максимальную аспирацию содержимого кисты. Далее полость неоднократно промывали 20% раствором хлорида натрия. Через 7-10 дней производили фрагментацию проводником и аспирацию хитиновой оболочки. У больных с прорывом в желчные протоки и механической желтухой одновременно устанавливали чрескожную чреспеченочную холан-

гиостомию для декомпрессии и санации желчевыводящей системы. В 2-3 сеанса проводили антеградные эндобилиарные вмешательства в виде аспирации, низведения фрагментов хитиновой оболочки с помощью баллонных катетеров и корзинки Dormia до полного очищения желчных протоков. Интраоперационных осложнений не было. В раннем послеоперационном периоде у одного пациента развилась правосторонняя нижнедолевая пневмония, а у 2 – реактивный плеврит, ликвидированные консервативными мероприятиями. Сроки полной эвакуации хитиновой оболочки при нагноившихся формах эхинококкоза печени в среднем составили $8,3 \pm 2,4$, в остальных случаях – $11,2 \pm 3,4$ дня. Средний срок пребывания больных в стационаре при чрескожных вмешательствах составил $5 \pm 2,1$ койко-дня. Летальных исходов не было. Показанием к удалению дренажа считали освобождение полости кисты от остатков хитиновой оболочки, прекращение отделяемого и инволюции остаточной полости. Все больные были выписаны с наличием катетера и систематически проходили ультразвуковое обследование и фистулографию амбулаторно. Через 2-3 месяца после пункционно-аспирационной эхинококкэктомии катетеры удалены у всех пациентов. Специфическое медикаментозное лечение проводили альбендазолом в дозе 10 мг/кг в сутки. Для профилактики рецидива препарат назначали, как правило, одним курсом продолжительностью 28 дней. В отдельных наблюдениях проводили либо непрерывный курс 56-60 дней, либо 3 последовательных курса по 28 дней с межкурсовым интервалом 7-10 дней. Для лечения первичных и рецидивных кист назначали не менее 3 курсов по 28 дней.

Оценка отдаленных результатов (6 мес. – 3 лет) чрескожной чреспеченочной пункционно-аспирационной эхинококкэктомии показала, что удовлетворительный результат получен у всех пациентов. Данных за рецидив заболевания не обнаружено.

Таким образом, методы малоинвазивных вмешательств имеют значительное преимущество перед традиционными операциями: малая травматичность, ранняя активизация больных, снижение количества послеоперационных осложнений, уменьшение сроков пребывания пациентов в стационаре. Особое значение малоинвазивные технологии приобретают в лечении эхинококкоза печени у пожилых больных, страдающих тяжелыми сочетанными заболеваниями, при высоком операционном риске. На современном этапе развития хирургии возникает необходимость в дифференцированном выборе хирургической тактики с учетом внедрения в практику новых технологий. Полученные результаты пункционно-аспирационной эхинококкэктомии позволяют рекомендовать данный метод лечения для более широкого применения по строго обоснованным показаниям, а также при дальнейшем совершенствовании техники операций и её инструментального обеспечения.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ТРАВМАХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Хакимов М.Ш., Маткулиев У.И.,
Каримов М.Р., Холматов Ш.Т., Иمامов А.А.*
Ташкентская медицинская академия

Одним из факторов, способствующих развитию острого панкреонекроза, являются травмы поджелудочной железы (ПЖ). Частота травм ПЖ в структуре экстренной хирургии достигает 2%. При этом удельный вес послеоперационных осложнений составляет 10%, а летальность – 3%.

Аналізу подвергнуты результаты обследования и хирургического лечения 42 больных, оперированных в клинике госпитальной и факультетской хирургии ТМА в 2008-2017 гг. Из них 12 пациентов оперированы по поводу травматического панкреонекроза (закрытые повреждения), а 30 – по поводу проникающих (открытые ранения) колото-резаных ранений передней брюшной стенки с повреждением ПЖ.

При закрытых повреждениях, наряду с повреждением ПЖ, у 5 пострадавших отмечалось развитие субкапсулярной гематомы печени, что не потребовало выполнения дополнительных хирургических манипуляций. При открытых ранениях ПЖ у 4 больных отмечалось ранение селезенки, петель тонкого кишечника и ободочной кишки. У 1 больного имело место торакоабдоминальное ранение с ранением нижней доли левого легкого, селезенки и толстого кишечника. У 15 больных во время операции выявлено ранение тонкого и толстого кишечника. У 2 обследованных отмечалось ранение левой доли печени. У 6 пациентов наблюдалось изолированное ранение сальниковой сумки и ПЖ. Во всех случаях ранений печени, кишечника, легкого выполнялось ушивание их дефектов; при ранениях селезенки произведена спленэктомия, у 3 больных с обширным ранением хвоста ПЖ выполнена дистальная резекция железы.

Оперативное лечение заключалось в санации сальниковой сумки с ее дренированием. Рана ПЖ не ушивалась. Через неушитую рану происходило естественное дренирование ПЖ. Гемостаз достигался либо прошиванием кровоточащего сосуда, либо тампонированием гемостатической губкой. Ни в одном случае повреждения 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 и ее 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-е сутки после операции. У 5 пациентов наблюдались осложнения со стороны послеоперационной раны. Летальных случаев не было.

Таким образом, травматический панкреонекроз и травмы ПЖ характеризуются доброкачественным течением. Адекватная и своевременная хирургическая коррекция позволяет достичь хороших результатов лечения и свести до минимума летальные исходы.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЕЧЕНИ ПРИ ТРАВМАХ ЖИВОТА

Холматов К.К., Райимов Г.Н., Набижонов О.Г.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Проанализированы результаты лечения 136 больных с повреждением печени в возрасте от 21 года до 63 лет. У 73 (54%) пострадавших повреждения были изолированные, у 39 (24%) – сочетанные. Открытые колото-резанные повреждения печени отмечались у 32 (24%) больных. Закрытые повреждения печени имелись у 67 (50%) пациентов. У 23 (17%) травма связана с прямым ударом в живот или падением с высоты. У 21 (16%) больного были автодорожные травмы. Сочетанные повреждения печени диагностированы у 49 (36%) больных, в том числе с повреждением желудка и кишечника – у 19%, поджелудочной железы – у 1%, селезенки – у 8%. У 19 (14%) пострадавших эти повреждения сочетались с травмой опорно-двигательного аппарата, у 3% – с переломом костей таза, у 9 (7%) – с тяжелой черепно-мозговой травмой. Тяжесть состояния больных в раннем периоде после травмы и до развития таких осложнений, как перитонит и печеночная недостаточность, определяется в основном объемом кровопотери, которая у 71 (53%) пострадавшего превысила 1 л. В состоянии шока поступили 36 (27%) больных.

В течение первых 2 часов с момента травмы доставлены 103 пациентов, от 2 до 6 часов – 16, позже 6 часов – 7. Наибольшие трудности для диагностики представляли повреждения печени и тяжелые степени черепно-мозговых травм, что заставляло пристальное внимание уделять инструментальным методам обследования (рентгеноскопия грудной и брюшной полости в различных позициях, лапароцентез, лапароскопия и УЗИ).

Все пострадавшие были оперированы в экстренном порядке. Пациентам в состоянии шока проводилась противошоковая терапия. Объем операции зависел от глубины, протяженности и характера повреждения целостности капсулы печени и желчевыводящих путей, наличия повреждений других органов и систем.

У 72 (52%) больных раны печени были ушиты гемостатическими кетгутowymi швами. У 21 (16%) пациента ушивание печени сочеталось с тампонадой сальником на ножке или круглой связкой печени. Операция за-

вершалась дренированием подпеченочного поддиафрагмального пространства хлорвиниловыми трубками. С целью временной остановки кровотечения во время операции использовался мягкий зажим на гепатодуоденальную связку на 8 мин с интервалом на 5 мин. 26 (20%) больным произведена реинфузия крови от 300 до 1500 мл. При сочетанном повреждении печени и других органов брюшной полости производилось восстановление повреждений, санация и дренирование брюшной полости. У 9 (7%) больных выполнена спленэктомия. При сочетанном повреждении конечностей у 3 больных под местной анестезией места перелома 0,5% раствором новокаина произведена удовлетворительная иммобилизация конечностей. Остеосинтез костей осуществлен через 2 недели.

Важным мероприятием является борьба с шоком на всех этапах лечения, а в послеоперационном периоде – на протяжении не менее 3-5 дней. Умерли 7 (6%) больных от геморрагического шока, разлитого перитонита, сердечно-сосудистой и печеночно-почечной недостаточности.

В послеоперационном периоде лечебные мероприятия были направлены на ликвидацию нарушенной гемодинамики и гиповолемии, борьбу с парезом кишечника. Проводилась также антибактериальная и дезинтоксикационная терапия. Послеоперационная летальность составила 6%.

Таким образом, наиболее важным условием для снижения летальности при повреждениях печени является быстрая доставка пострадавшего в хирургический стационар, проведение реанимационных мероприятий и щадящий характер оперативного вмешательства.

ТРАВМА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ: СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ

Цап Н.А., Огарков И.П., Чукреев А.В.
ФГБОУ ВО Уральский государственный
медицинский университет,

МАУ Детская городская клиническая больница № 9,
Екатеринбург, Россия

Закрытая и открытая травма печени у детей относятся к числу угрожающих жизни ребенка повреждений, оставаясь одной из наиболее сложных проблем в абдоминальной хирургии детского возраста. В структуре повреждений внутренних органов травма печени (ТП) составляет 18-20%, летальность колеблется от 5,1 до 50%, а на догоспитальном этапе – почти 70%. Ведущей причиной смерти являются шок и массивная кровопотеря, диагностика ТП, особенно при сочетанных, множественных повреждениях, представляет значительные трудности.

Цель: анализ результатов лечения детей с травмой печени при дифференцировке пациентов на лечебно-тактические группы.

Материал и методы: в проспективном режиме оценена лечебная тактика у 105 детей с повреждениями печени, которые, по данным нашей клиники, занима-

ют третье место в структуре закрытой травмы живота, хотя по тяжести состояния пострадавших и исходам лечения они стоят совершенно особю. ТП получили дети в возрасте от 1-го года 6 месяцев до 15 лет. Наиболее многочисленная группа – 74 (70,5%) ребенка имели возрастной интервал от 4 лет до 10 лет. Детей старшей возрастной группы от 11 до 14 лет было 23 (21,9%). Редко ТП – у детей раннего возраста. Большинство пациентов получили ТП при воздействии массивной механической силы: ДТП (41,7%), кататравму получили 29,2%, при падении с высоты собственного роста – 14,5%, при падении тяжелого предмета – 10,4%. Для определения тяжести ТП используем классификацию Е.Е. Мооре, что дает возможность учитывать характер, локализацию, глубину и количество разрывов печеночной ткани и ориентирует хирурга на выполнение определенного вида оперативного вмешательства. Для диагностики использовали клиничко-лабораторные данные, ультразвуковое исследование, лапароскопию, компьютерную томографию.

Результаты: диагностика ТП у ребенка нередко представляет значительные трудности, особенно при сочетанной травме при наличии симптомов различных стадий шока. Ведущая роль в клинической картине принадлежит внутрибрюшному кровотечению (ВБК), степень массивности которого влияет на симптоматику при обследовании живота, на темпы нарушения гемодинамики, на лечебно-диагностическую тактику. Наш предыдущий оперативный опыт показал, что более чем у 50% детей с ТП, которые отнесены к стабильной и условно-стабильной группам, к моменту ревизии брюшной полости (БП) кровотечение из раны печени уже остановилось, и требуется уже только санация БП от излившейся крови и дренирование.

Наиболее часто встречались чрескапсульные разрывы печени II-III степени – у 86 (81,9%) детей, подкапсульные гематомы выявлены у 24 (22,8%) пациентов, центральный разрыв печени, манифестирующий себя гемобилией, лечили у 1 ребенка, разномозжечие сегментов, доли печени – у 2, отрыв печеночных вен – у 2. Выбор метода лечения у ребенка с ТП – хирургический открытый, малоинвазивный или консервативный – требует решения сложных диагностических задач: определение локализации и степени тяжести повреждения паренхимы печени, массивности ВБК, определение доминирующего повреждения при сочетанной травме. Для решения задач urgentной диагностики ТП у детей в практику внедрено выполнение в круглосуточном режиме экстренного УЗИ органов БП и брюшинного пространства, в т.ч. непосредственно в палате реанимации, что является обязательным стандартом обследования во всех лечебно-тактических группах – стабильной (С), условно-стабильной (УС) и нестабильной (НС), за исключением случаев жизнеугрожающих состояний и необходимости сверхсрочного оперативного гемостаза. В группах С и УС сонография выполнена всем детям (100%), в лечебно-тактической группе НС этот показатель существенно ниже – 62,5%.

Диагностическая лапароскопия выполнена у 37 (35,2%) детей с ТП со стабильной и условно стабильной гемодинамикой и гемоглобином не ниже 60-70 г/л. У всех детей выявлено наличие различных объемов крови в БП, визуализированы размеры, количество, локализация разрывов. Во время лапароскопии у 30 детей (28,6%) констатировано отсутствие продолжающегося кровотечения из поврежденной ткани печени, что позволило осуществить лечебные этапы лапароскопии. Произведена эксфузия крови из БП в объеме от 100 мл до 800 мл в гемокон для реинфузии, окончательная верификация наличия разрыва, закрытого сгустком крови, или подкапсульной гематомы, аппликация разрыва Тахокомбом у 2 пациентов сомнительной полноценности естественного гемостаза, установление страховой дренажной трубки в БП. У 2 (5,4%) детей выполнена конверсия к лапаротомии в связи с продолжающимся ВБК (1) и множественным повреждением органов брюшной полости (1).

Таким образом, на современном этапе оказания помощи детям с закрытыми повреждениями печени экстренное УЗИ органов БП и диагностическая лапароскопия являются информативными, малоинвазивными способами диагностики, позволяющими хирургу выбрать более рациональную тактику лечения пострадавшего ребенка.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ «СВЕЖИХ» ПОВРЕЖДЕНИЙ МАГИСТРАЛЬНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Чевюкин А.Ю., Гальперин Э.И.

Городская клиническая больница им. Ф.И. Иноземцева, Москва, Россия, ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава РФ, Москва, Россия

Частота повреждений внепеченочных желчных протоков при проведении лапароскопической холецистэктомии составляет 0,2-0,4% и в последние 10-15 лет не имеет тенденции к снижению.

Материал и методы: в 1988-2015 гг. под нашим наблюдением были 179 больных с повреждением желчных протоков. Ранение мелких протоков в ложе желчного пузыря, несостоятельность культи пузыря протока («малые» повреждения) были у 84 больных, магистральных желчных протоков (МЖП) – у 95. Всем больным произведен необходимый комплекс исследований (УЗИ, КТ, фистулография, ЭРХПГ, интраоперационное УЗИ, МРТ-холангиография). На основании анализа полученных результатов было сделано заключение о важности учета трех факторов при определении тактики лечения: характера повреждения (пересечение, иссечение, краевое ранение протоков), его локализация (вне- и внутрпеченочные протоки), наличие хирурга – специалиста в реконструктивной хирургии желчных протоков. Используются два

тактических варианта: 2 – этапный метод лечения с дренированием проксимального отдела желчевыводящей системы на первом этапе и реконструктивным вмешательством на втором (72 б-х), одномоментная коррекция – у 23 больных. Введение дренажной трубки в желчные протоки на 2-3 месяца значительно «повышает» первоначальный уровень повреждения, что заставляет стремиться к проведению второго этапа операции в первые 5 суток после повреждения. Методом выбора хирургического лечения при повреждении МЖП была реконструктивная операция: наложение прецизионного билиодигестивного анастомоза (БДА) с сопоставлением неизмененных слизистых протоков и кишки и «отключением» петли кишки по Ру длиной 80 см. «Ключом» операции является подготовка площадки неизмененных желчных протоков. Разработаны методики выделения протоков в зависимости от типа повреждения (классификация Э.И. Гальперина, 2004). При повреждении «+1» и «0» площадку создавали за счет рассечения на 1,5-2 см левого долевого протока. При внутривнутрипеченочных повреждениях МЖП выполняли краевую резекцию печени у 34 больных, создавая как отдельные билиодигестивные соустья, так и «единые» с вновь сформированным конгломератом гепатикохоледоха. Прецизионный БДА без каркаса удалось наложить у 78,4% пациентов, комбинированные – у 7,8%, каркасные – у 13,8%.

Результаты: отдаленные результаты в сроки от 1,5 до 27 лет прослежены у 143 больных. Стриктуры сформировались у 3 больных (при одноэтапном лечении – у 2, двухэтапном – у 1). Больные оперированы повторно, с хорошим результатом.

Выводы: 1. Квалификация хирурга при полном пересечении или иссечении МЖП во многом определяет результаты операции. При отсутствии хирурга-специалиста оправдано дренирование желчного дерева как первого этапа лечения. 2. Прецизионный бескаркасный БДА является операцией «выбора» при лечении «свежих» повреждений МЖП. 3. Каркасное дренирование должно применяться по строгим показаниям при уровне локализации повреждения «-2» и «-3» (невозможности иссечения рубцовых тканей, узкой площадке, трудностях при наложении прецизионного анастомоза при наличии гнойных образований в портальных воротах печени).

ОСЛОЖНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Шамирзаев Б.Н., Расулов У.А.,

Саттаров А.Э., Абдулахатов Б.Ш.

**Центральный военный клинический госпиталь
МО РУз**

Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) в лечении желчнокаменной болезни становится одним из основных методов лечения различных форм калькулезного холецистита. В связи с освоением этой ме-

тодики оперирования все более широким кругом врачей-хирургов увеличивается количество и осложнений, связанных с операциями. Нами проанализированы результаты 894 операций, выполненных по поводу различных форм калькулезного холецистита. Больные были разделены на 2 группы: с хроническим калькулезным холециститом – 790 пациентов, с острым калькулезным холециститом – 104. Возраст больных варьировал от 12 до 80 лет, женщин было 762 (85,2%), мужчин – 132 (14,8%). При поступлении всем больным выполнялись общепринятые методы обследования. При необходимости – эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРПХГ) с эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ).

Осложнения во время операций в 1-й группе наблюдались у 5 (0,5%) больных. Интраоперационные осложнения наблюдались в виде пересечения гепатикохоледоха у 2 (0,25%) пациентов, кровотечения из пузырной артерии – у 2, перфорация двенадцатиперстной кишки при синдроме Мириizzi 1 – у 1 (0,13%). Перфорацию желчного пузыря мы не относим к категории осложнений.

В послеоперационном периоде осложнения были у 8 (1,01%) больных: образование подпеченочного абсцесса у 3 (0,38%), с прорывом в брюшную полость, гнойным перитонитом и летальным исходом – у 1 (0,13%). Желчный перитонит был диагностирован у 2 больных: у одного при недиагностированном на предоперационном этапе холедохолитиазе и у одного – при желчеистечении из ложа удаленного рубцово-измененного желчного пузыря. У 2 (0,25%) больных диагностирован гемоперитонит, у одного – гематома подпеченочного пространства при кровотечении из дополнительных сосудов, кровоснабжавших желчный пузырь. Последние осложнения были устранены релaparоскопией.

Осложнения во время операций во 2-й группе наблюдались у 4 (3,88%) больных, из них с летальным исходом – у 1 (0,97%). Все интраоперационные осложнения отмечались в виде кровотечений: из ствола пузырной артерии – у 3 (2,91%), из печеночных вен – у 1 (0,97%) больного.

В послеоперационном периоде осложнения были у 9 (8,74%) больных: нагноение окологупочного прокола – у 3 (2,91%), подпеченочный инфильтрат – у 4 (3,88%), желчеистечение из ложа желчного пузыря – у 2 (1,94%). Эти осложнения потребовали повторной операции в отдаленном послеоперационном периоде у 2 (1,94%) больных с окологупочными грыжами. Желчный пузырь удаляли через параумбиликальный прокол на стадии освоения методики, в последующем стали извлекать только через эпигастральный прокол, и появление послеоперационных грыж было устранено.

Все грозные осложнения и переход на традиционный метод оперирования (конверсию) произошли на начальном этапе освоения лапароскопических операций (первых двухсот). В последующем они были све-

дены к минимуму и устранялись без тяжелых последствий для пациентов.

Сроки пребывания больных в стационаре зависели от длительности заболевания до операции, выраженности воспалительного процесса, но в среднем были на порядок меньше, чем при традиционной холецистэктомии. Мы считаем, что ЛХЭ является основной хирургической методикой лечения различных форм калькулезного холецистита, при высокой квалификации оперирующего хирурга и всей операционной бригады.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

*Шамирзаев Б.Н., Расулов У.А., Фазилев Н.Х.,
Абдулахатов Б.Ш., Сиддиков Т.А.*

**Центральный военный клинический госпиталь
МО РУз**

Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) при остром холецистите остается методом выбора, но в последнее время показания к ЛХЭ все больше расширяются. Нами проанализированы результаты 103 ЛХЭ при остром холецистите. Возраст больных варьировал от 18 до 73 лет, женщин было 72 (69,9%), мужчин – 31 (30,1%). При поступлении по результатам ультразвукового исследования определяли показания к срочной операции или проводили консервативное лечение до 12-24 часов (ночное время, отсутствие выраженных деструктивных изменений в желчном пузыре, отказ больного от операции). При купировании приступа ЛХЭ выполнялась через 24-48 часов или не раньше, чем через 1 месяц.

При обтурационном холецистите операцию проводили по экстренным показаниям. При невозможности выполнения ЛХЭ переходили на лапаротомию, которая была осуществлена у 9 (8,74%) больных, страдавших острым холециститом более 8 дней. У 6 пациентов операция завершена верхнесрединной лапаротомией, у 3 – через минидоступ с применением набора «Мини-ассистент» фирмы «Лига-7». Дренаживанием подпеченочного пространства трубкой на активной аспирации на 2-5 суток считаем обязательным. Длительность нахождения дренажа зависит от количества и характера отделяемого (экссудат, желчь).

Осложнения наблюдались у 4 (3,88%) пациентов, из них с летальным исходом от ТЭЛА – у 1 (0,97%) больного с внутрипеченочным абсцессом. Все интраоперационные осложнения отмечались в виде кровотечений: из ствола пузырной артерии – у 3 (2,91%), из внутрипеченочных вен, близко расположенных к ложу желчного пузыря, – у 1 (0,97%). Интраоперационную перфорацию желчного пузыря мы не относили к категории осложнений.

В послеоперационном периоде осложнения были у 9 (8,74%) больных: нагноение окологрудичного прокола – у 3 (2,91%), подпеченочный инфильтрат – у 4 (3,88%),

желчеистечение из ложа желчного пузыря – у 2 (1,94%). Эти осложнения потребовали повторной операции в отдаленном послеоперационном периоде у 2 (1,94%) больных с окологрудичными грыжами. Перечисленные осложнения имели место в период освоения ЛХЭ. Когда мы стали извлекать желчный пузырь только через эпигастральный прокол, появление послеоперационных грыж было устранено.

Сроки пребывания больных в стационаре зависели от длительности заболевания до операции, выраженности воспалительного процесса, но в среднем были на порядок меньше, чем при традиционной холецистэктомии. Мы считаем, что ЛХЭ является хирургической методикой лечения острого холецистита, с которой необходимо начинать все операции.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Элмуродов К.С., Жуманов Ш.К.
Кашкадарьинский филиал РНЦЭМП

Травма двенадцатиперстной кишки (ДПК) остается одним из самых опасных видов повреждений, характеризующихся трудностью диагностики и высокой летальностью. Частота встречаемости повреждения ДПК невелика (от 1,7 до 5%), что обусловлено глубоким анатомическим расположением, малой протяженностью, защищенностью мышцами и другими органами брюшной полости. Летальность при повреждениях ДПК остается высокой, составляя от 20,7 до 45,4%.

В последние 5 лет в КФ РНЦЭМП на лечении были 7 пострадавших с травмами двенадцатиперстной кишки. Изолированное повреждение отмечалось у 3 пострадавших, сочетанные – у 4. Повреждения в результате проникающих ножевых ранений были у 3 пациентов, тупая травма живота – у 4. В сроки до 6 часов после травмы поступили 4 больных, от 6 до 12 ч – 2, спустя 24 часа (4 сут.) – 1. Повреждения ДПК во всех случаях были выявлены только во время операции. При ранении верхнегоризонтальной части двенадцатиперстной кишки в брюшной полости находили желчь и кровь. При повреждениях забрюшинной части желчи в брюшной полости не было. Однако во всех случаях имелась забрюшинная гематома и имбибиция забрюшинной клетчатки. В брюшной полости при изолированных повреждениях в одном случае был выявлен реактивный выпот, в другом (через 4 сут. после травмы) – разлитой фибринозно-гнойный перитонит. При сочетанных травмах в брюшной полости обнаруживали кровь или содержимое других полых органов. Все пострадавшие с повреждением двенадцатиперстной кишки были оперированы. В одном случае пострадавшему с множественными дробовыми ранениями антрального отдела желудка, ДПК, желчного пузыря была выполнена резекция желудка с ушиванием ран ДПК, холецистэктомия с холедохостомией по Пиковскому. В остальных случаях ограничили ушиванием ран ДПК с перитони-

защитой, обязательным дренированием забрюшинной клетчатки и брюшной полости, трансназальной интубацией ДПК и желудка. При позднем поступлении пострадавших (>6 ч) обязательным элементом считаем иссечение краев ран ДПК. Погибла одна больная, поступившая через 4 суток после травмы от разлитого фибринозно-гнояного перитонита, полиорганной недостаточности. Несостоятельность швов ДПК развилась у 1 больного. В процессе лечения дуоденальный свищ закрылся самостоятельно. Имбибиция забрюшинной клетчатки желчью или грязно-серым выпотом свидетельствует о разрыве ДПК с развитием флегмоны. Операцией выбора является ушивание ран ДПК с ее декомпрессией и дренированием забрюшинной клетчатки. В отдельных случаях при обширных повреждениях ДПК, развившейся забрюшинной флегмоне, когда риск несостоятельности наложенных швов очень велик, возможно выполнение операций, «выключающих» двенадцатиперстную кишку.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ СЕЛЕЗЕНКИ

Юлдашев А.А., Расулов А.Ф., Ортиков А.Б.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Травматические повреждения селезенки составляют от 15 до 35% всех повреждений органов брюшной полости. Методы лечения селезенки до сих пор вызывают споры, так как в последнее время доказана важная роль этого органа в иммунологической защите организма. Имеются сообщения о тяжелых инфекционных заболеваниях, часто с молниеносным течением, у больных, перенесших ранее спленэктомию.

Под нашим наблюдением в течение последних двух лет в отделении экстренной хирургии №2 ФФ РНЦЭМ находились 24 больных, из них 15 (62,5%) мужчин и 9 (37,5%) женщин в возрасте от 17 до 65 лет. 85% больных были в возрасте от 30 до 50 лет.

У 8 (33,4%) больных повреждения были открытыми, у 16 (66,6%) – закрытыми. Клиническая картина часто была нечеткой, особенно при сочетанной травме органов брюшной полости. Все больные поступали в стационар с клиническими признаками анемии разной степени выраженности. Болевой синдром в левом подреберье наблюдался у 80% больных, боль часто иррадиировала в левое плечо. Всем больным с закрытыми повреждениями проводилось комплексное обследование (общий анализ крови и мочи, УЗИ брюшной полости, при необходимости – обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости), при котором определялся характер и размеры повреждения, количество излившейся в брюшную полость крови. Дальнейшая тактика ведения больных, как правило, зависела от величины гемоперитонеума. В неясных случаях для уточнения диагноза проводилась диагностическая лапароскопия. В настоящее время мы придерживаемся принципов органосохраняющих операций при разрывах селезен-

ки. В то же время выполнить органосохраняющие операции удается далеко не всегда, так как удельный вес тяжелых повреждений довольно высок.

Считаем, что абсолютными показаниями к спленэктомии являются повреждения сосудов ножки селезенки, размоложения селезенки, разрывы в области ворот и неостанавливающееся кровотечение, а относительными – множественные повреждения органов и перитонит.

Спленэктомия выполнена у 7 больных. Во всех случаях удаленная ткань селезенки имплантировалась в большой сальник. При объемных кровопотерях произведена реинфузия крови.

При надрывах и малых размерах раны у 2 больных проведено ушивание раны селезенки. Во избежание прорезывания швов на края разрыва в качестве прокладок применялся участок большого сальника на питающей ножке, у 2 больных использовалась электрокоагуляция раневой поверхности и у 1 больного – гемостатическая губка.

Таким образом, при подозрении на закрытую травму селезенки УЗИ и диагностическая лапароскопия должны быть стандартом диагностики. По возможности предпочтение следует отдавать органосохраняющим операциям.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ТРАВМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ

Юлдашев А.А., Норматов У.Э., Сайдалиев С.С.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Известно, что при тупой травме живота тщательное исследование производится для исключения разрыва полых органов брюшной полости, в том числе и разрыва поджелудочной железы, а также для выявления признаков разрыва паренхиматозных органов. Если учесть тот факт, что 97% всех повреждений у детей составляет тупая травма органов брюшной полости, то неизбежным становится вопрос выбора эффективного – патогенетического подхода диагностики течения травмы в ранние сроки.

В 2012-2016 гг. через отделение детской хирургии прошел 5851 больной, из них с травмой органов брюшной полости было 242 (4,1%) больных. В возрасте до 4 лет было 42 (17,3%) больных, с 5 до 7 лет – 87 (35,9%), с 8 лет до 15 – 113 (46,6%). Девочек было 77 (31,8%), мальчиков – 165 (68,2%).

Всем больным при поступлении производилось диагностическое клиничко-лабораторное диагностическое тестирование по стандарту.

Следует отметить, что патологические процессы при травмах поджелудочной железы связаны с нарушением проходимости в зоне ампулы, которая одновременно препятствует оттоку желчи и панкреатического сока. Последняя, на наш взгляд, является патогенетическим механизмом развития клинической картины у данной

категории больных. Поэтому для ранней диагностики, а также для эффективной профилактики посттравматического острого панкреатита, следует контролировать состояние внутрисекреторной и внешнесекреторной функции поджелудочной железы.

Таким образом, патогенетический подход к диагностике является методом выбора для эффективной профилактики и лечения травм поджелудочной железы у детей.

РОЛЬ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

**Юнусов Р.С., Темиров Р.И., Саидметов Ш.М.,
Ходжаев Х.Б., Ишонходжаев Я.Н.,
Абдуллаев У.У., Джаббаров Б.А.
Наманганский филиал РНЦЭМП**

Несмотря на более чем столетний опыт лечения повреждений двенадцатиперстной кишки (ДПК), актуальность этой проблемы обусловлена развитием опасных для жизни осложнений и является серьезной задачей неотложной хирургии. Дуоденальная травма (ДТ) составляет 0,93-10% случаев при открытых и закрытых травмах живота (Иванов П.А. и др.), а среди травм желудочно-кишечного тракта – 0,43-6,5%, из них 76-80% – это трудоспособные мужчины в возрасте 20-40 лет (Фаёзов Р.Р. и др.). Сегодня частота повреждения ДПК в структуре травм органов брюшной полости составляет около 1,2-2% и не превышает 10% в структуре травм органов пищеварения (Абакумов М.М. и др.). В последние годы увеличение частоты повреждений ДПК связано с увеличением количества автодорожных травм, падений с высоты, ранений живота холодным и огнестрельным оружием (Ахмедов Ю.М. и др.).

Для уточнения наиболее оптимальной лечебно-диагностической программы и обеспечения преимущественности специализированной хирургической помощи у больных с повреждениями ДПК нами использована общепризнанная классификация Е. Мооре (1990):

I степень повреждений: небольшая гематома или неполный разрыв стенки ДПК без повреждения слизистой.

II степень повреждений: большая гематома или разрыв менее 50% окружности стенки ДПК.

III степень повреждений: большой поперечный разрыв 50-70 или 50-100% окружности стенки ДПК.

IV степень повреждений: очень большой – до 75-100% разрыв, разрыв ампулы и дистальной части ДПК.

V степень повреждений: массивная панкреато-дуоденальная рана с деваскуляризацией ДПК.

Больной Э., 17 лет, и/б № 18054/1100, поступил в Наманганский филиал РНЦЭМП 30.09.2016 г. с жалобами на боли в животе, тошноту и общую слабость. Из анамнеза: больной примерно за полчаса до поступления в больницу получил травму живота, находясь

под завалами обрушившейся стены. Общее состояние больного при поступлении тяжелое, в сознании, пассивный, бледный. В контакт больной вступает неохотно. Дыхание грудного типа, 22 раза в мин. Артериальное кровяное давление – 80/70 мм рт. ст., пульс – 100 в мин удовлетворительного напряжения и наполнения. Язык влажный, живот при осмотре овальной формы, имеются поперечные ссадины на коже в мезо- и эпигастриальной областях, отмечается отставание живота в акте дыхания. При пальпации: умеренная разлитая болезненность по всему животу, напряжения и перитонеальных симптомов нет. При инструментальном исследовании патологии со стороны органов брюшной полости не выявлено, но, несмотря на это, учитывая разлитой характер болезненности по всему животу и лейкоцитоз, было решено произвести диагностическую лапароскопию. После короткой предоперационной подготовки (катетеризация подключичной вены с инфузией, необходимые биохимические анализы) с предварительным диагнозом «Закрытая травма живота, повреждение органов брюшной полости. Травматический шок» произведена диагностическая лапароскопия. Во время лапароскопии в брюшной полости под печенью и в правом боковом канале обнаружено около 100 мл темно-коричневой жидкости, напоминающей желчь, эмфизема тканей забрюшинной области и их имбибиция темной жидкостью. Конверсия. Во время лапаротомии эмфизема тканей забрюшинной области и их имбибиция темной жидкостью выявляется на проекции нисходящей и нижнегоризонтальной частях ДПК. Произведена мобилизация ДПК по Кохеру, при ревизии обнаружен циркулярный разрыв нижнегоризонтальной части ДПК с сохранением целостности только 1 см участка её задней стенки, что соответствовало III степени повреждения по классификации E. Moore.

Участок разрыва ДПК прошит двухрядными узловыми швами атравматической нитью полипропилен № 3,0. Наложена передний гастро-энтероанастомоз и энтеро-энтероанастомоз по Брауну. Установлено два зонда, один из которых для энтерального питания проведен через энтеро-энтероанастомоз в отводящий отдел, а другой – через пилорический канал в нижнегоризонтальную часть ДПК с целью её последующей декомпрессии.

В раннем послеоперационном периоде назначено антибактериальное, инфузионно-корректирующее лечение, переливание компонентов крови и препаратов для парентерального питания. Кроме того, назначены H2-блокаторы и ингибиторы протеаз. Через дуоденальный зонд произведена регулярная активная декомпрессия с помощью аппарата «Gomco». Начиная с 3-х суток после операции начато энтеральное зондовое питание. На 7-е сутки после операции произведено рентгеноконтрастное (триомбаст 76% 20 мл) исследование ДПК: проходимость не нарушена, экстравазации контраста не обнаружено. Зонд для декомпрессии удален. Последний страховочный дренаж удален на 9-е

сутки после ультразвукового исследования брюшной полости.

На 11-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии больной выписан на дальнейшее амбулаторное лечение.

Выводы: 1. При поступлении больных с сомнительными признаками повреждений органов брюшной полости, не ограничиваясь данными инструментальных обследований, рекомендовано воспользоваться диагностической лапароскопией. 2. Наличие эмфиземы и гематомы забрюшинной области является показанием к лапаротомии для исключения разрыва полого органа, расположенного в ретроперитонеальной части брюшной полости. 3. При возможности ушивания разрыва ДПК необходимо установить зонд для проведения регулярной декомпрессии.

РОЛЬ И МЕСТО ДОПЛЕРОГРАФИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ У ДЕТЕЙ

Юсупалиева Г.А., Иноятова Ф.И.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии

Хронические вирусные гепатиты (ХВГ) у детей остаются крайне актуальной социально-экономической и клинко-эпидемиологической проблемой во многих странах мира.

Цель: улучшение диагностики хронических вирусных гепатитов печени у детей путём применения современных технологий ультразвуковых исследований в комплексной клинко-лучевой диагностике.

Материал и методы: обследованы 270 детей с хроническими вирусными гепатитами (ХВГ), у 207 (76,5%) из них установлен ХГВ, у 43 (16,0%) – ХГС, у 20 (7,5%) – ХГД. Проведено комплексное клинко-лабораторно-эхографическое обследование, которое включало серошкальную эхографию и доплерографию на ультразвуковых диагностических аппаратах SSD-630 Алока (Япония), Sterling Philips (Голландия) в РСНПМЦ педиатрии, Sonoscape 5000 (Китай) в клинике ТашПМИ, ISTYLE-TOSHIBA (Япония) с использованием мультиточастотных конвексных и линейных датчиков.

Результаты: на доплерографии у детей с ХВГ отмечались изменения резистентности и скорости кро-

вотока, что свидетельствовало о повышении тонуса сосудов, возможности сосудистой спазма как следствие поражения стенок кровеносных сосудов, о ранних или выраженных признаках, указывающих на синдром портальной гипертензии. Выявленные нарушения сосудистого русла позволяли в более ранние сроки диагностировать формирующуюся портальную гипертензию. Если по данным серошкальных УЗ-исследований портальная гипертензия была выявлена только у 58% больных детей, то по данным доплерографии она присутствовала у 93,3% обследованных. На основании данных доплерографии ряд больных был переведен в смежные группы, что имело значение для дальнейшей тактики ведения от больных: 14,0% детей с минимальной активностью были отнесены в группу умеренной, 26,0% больных с умеренной активностью – в группу выраженной, 37,0% детей с выраженными отклонениями гемодинамики сосудов были отнесены в группу риска по развитию цирроза печени.

Результаты исследования позволили выделить основные и косвенные УЗ-признаки, указывающие на скрытые или выраженные изменения в печени и селезенке, а также своевременно определить признаки портальной гипертензии. Основные признаки: спленомегалия, расширение вен воротной системы более 9 мм и селезеночной артерии более 7 мм, снижение линейных скоростей кровотока (V_{min} , V_{max} , $TAMX$), повышение индексов сопротивления (PI и RI), снижение объемного кровотока (V_{vol}) по всем исследуемым артериям. Совокупность трех и более признаков свидетельствовала о формировании портальной гипертензии и возможности развития цирроза печени. Косвенные признаки – плотность капсулы печени, неровность контуров, извитой ход внутривенных сосудов, наличие множественных разноплотных очагов уплотнения. Эти показатели имели высокую специфичность – 66,0% и оценивались как косвенные признаки портальной гипертензии и фиброзирования паренхимы печени у наблюдаемых детей.

Таким образом, доступность, относительно невысокая стоимость, неинвазивность и отсутствие облучения ультразвукового исследования определяют его как первичный метод лучевой диагностики при патологии печени у детей. Применение современных технологий эхографии, включая доплерофлуометрию, расширяет диагностические возможности клинкоиста, повышает информативность эхографии.

IV. НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ТРАВМ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ

РОЛЬ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫХ ЭНДОВИЗУАЛЬНЫХ МЕТОДОВ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ФАСЦИОЛЕЗА ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЕННОГО МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ И ХОЛАНГИТОМ

*Анваров Х.Э., Хаджибаев Ф.А., Хашимов М.А.,
Ешмуратов А.Б., Тилемисов С.О.*
Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи

Механическая желтуха вследствие обтурации желчевыводящих путей взрослыми особями *Fasciola hepatica* L. и *Fasciola gigantica* – редкое осложнение этого зооноза, встречающееся в среднем у 0,008-0,01% хирургических больных (Мачулин Е.Г., 2000).

Целью данного исследования явилось изучение возможностей применения высокотехнологичных эндовизуальных технологий в диагностике и лечении фасциоза печени, осложненного механической желтухой.

Материалы и методы. В РНЦЭМП за период с 2001 по 2016 гг. наблюдались 24 пациента с обструкцией желчевыводящих путей взрослыми формами *F. Hepatica* и клиникой холангита. Это составило 31,6% всех паразитарных обструкций желчевыводящих путей, наблюдавшихся в клинике. Распределение по полу: 14 (64,3%) мужчин и 10 (35,2%) женщин, средний возраст составил 41,3±1,4 года. Всем больным были проведены лабораторные и инструментальные методы исследования по стандарту клиники, включающие в себя, наряду с общеклиническими и биохимическими исследованиями, также УЗИ и КТ. Для исключения эхинококкового поражения больным также проводился иммунно-ферментный анализ с использованием человеческого IgG. В последующем всем больным в первые сутки (в зависимости от тяжести состояния) была произведена ретроградная панкреатохолангиография (РПХГ), не только подтверждающая диагноз, но и явившаяся окончательной лечебной манипуляцией. У 3 больных (12,5%) на ультразвуковом исследовании печени и желчевыводящих путей единственной находкой было расширение холедоха до 8-12 мм, у двух больных УЗИ печени не дало никакой патологии. У 19 пациентов (79,2%) также были обнаружены конкременты в желчном пузыре.

Во всех случаях было произведено успешное удаление червя, явившегося причиной обструкции, причем в 2 случаях было одномоментное удаление двух червей из холедоха. У 16 пациентов (66,7%) отмечались непротяженные стриктуры терминального отдела холедоха на фоне общего расширения последнего до 8-12 мм. В последующем все больные были выписаны в удовлетворительном состоянии, средний койко-день составил 5,1±0,9.

Персистируя на протяжении ряда лет в организме человека и не вызывая острых негативных ощущений,

F. hepatica редко выявляется целенаправленно, и только возникновение каких-либо серьезных осложнений заставляет пациента обратиться к врачу. Однако отсутствие т.н. «паразитарной настороженности» у врача приводит к тому, что нередко диагноз выставляется только интраоперационно.

Вывод. Таким образом, целенаправленное проведение ретроградного исследования желчных путей является не только высокоспецифичным диагностическим, но и терапевтическим методом, позволяющим устранять причину механической желтухи, адекватно санировать билиарное дерево и уменьшить риск послеоперационных осложнений. Полное рутинное обследование пациента с механической желтухой по стандарту позволяет своевременно выявить причину механической желтухи даже при отсутствии патологии при УЗИ. Внедрение малоинвазивных вмешательств в ежедневную практику позволило добиться высокого профессионального уровня специалистов. Выбор тактики комплексной диагностики и лечения подобной категории больных позволяет адекватно и своевременно оказать экстренную помощь больным и уменьшить расходы по их послеоперационной реабилитации.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

*Арипова Н.У., Исроилов Б.Н., Абдурахмонов А.Ш.,
Абдурахмонов Ш.Ш., Халилов К.Х.*
Ташкентская медицинская академия

В последнее время отмечается прогрессивный рост доброкачественной и злокачественной патологии органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, что неизбежно приводит к увеличению числа пациентов с механической желтухой (МЖ). Довольно высокая летальность связана с нарастающей печеночно-почечной недостаточностью (ППН). От правильного и своевременного выбора тактики лечения зависит положительный результат лечения и дальнейшая судьба пациента.

Эндобилиарные вмешательства следует рассматривать не только как этап предоперационной подготовки, но и в определенных клинических ситуациях как конечное лечебное паллиативное вмешательство.

Цель: улучшение результатов лечения больных механической желтухой доброкачественной этиологии с использованием малоинвазивных технологий.

Материал и методы: начиная с декабря 2016 г. до мая 2017 г. проанализированы данные 25 пациентов с синдромом по названию механическая желтуха, которые в хирургическом отделении РКБ №1 получали двухэтапное лечение. Женщин было 14 (56%), мужчин 11 (44%). Средний возраст – 52 года. Все пациенты были госпитализированы в хирургический стационар в экстренном порядке.

Результаты: для лечения всех пациентов было применено двухэтапное вмешательство, которое включало выполнение одного из видов малоинвазивной декомпрессии на первом этапе и радикального оперативного вмешательства на втором. Все больные были обследованы в условиях клиники: им проводились клинико-лабораторные и инструментальные исследования, УЗИ брюшной полости, ЭФГДС с обязательным осмотром зоны большого дуоденального сосочка (БДС), МСКТ-холангиографией. На УЗИ у всех обследованных выявлена внутрипротоковая гипертензия, у 88% – холецистолитиаз, у 66% – холедохолитиаз. Пациентам на первом этапе было выполнено эндобиларное вмешательство в связи с декомпрессией желчных протоков (РПХГ с ЭПСТ или ЧЧХС). Наличие наружного или внутреннего дренирования дало возможность управлять декомпрессией, что в последующем привело у улучшению состояния больных. Пациентам, перенесшим эндобиларное вмешательство (ретроградная пакреохолангиография с эндоскопической папиллосфинктеротомией или чрескожная чреспеченочная холангиостомия) на желчных протоках, следующим этапом произведена холецистэктомия (традиционная или лапароскопическая).

Таким образом, применение малоинвазивных методов декомпрессии в два этапа позволяет улучшить результаты хирургического лечения, сокращает сроки восстановления трудоспособности, а также предупреждает развитие ранних и поздних осложнений. Сроки проведения радикальных операций зависят от метода дренирования.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕКСАТОРИДА СЕРЫ ПРИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОМ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Аскерова Н.Н., Степанова Ю.А.,

Жворонкова О.И., Кармазановский Г.Г.

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского»
Минздрава России, Москва, Россия

Ультразвуковое исследование (УЗИ) с контрастным усилением (КУ) активно применяется на дооперационном этапе в дифференциальной диагностике образований поджелудочной железы (ПЖ). Однако окончательное решение об объеме хирургического вмешательства часто принимается хирургами интраоперационно. При этом в литературе имеются лишь единичные публикации о применении ультразвукового исследования (ИОУЗИ) с КУ интраоперационно.

Цель: определение возможностей ИОУЗИ с КУ в хирургии ПЖ.

Материал и методы: ИОУЗИ с КУ было проведено 19 пациентам с образованиями поджелудочной железы в период с февраля 2015 по октябрь 2017 года. Мужчин было 7, женщин – 12, средний возраст – 51,3±11,5 года (23-77). По результатам гистологического исследования нейроэндокринная неоплазия (НЭН) диагностирована у 11 (58%) пациентов, аденокарцинома ПЖ –

у 7 (37%), незидиобластоз – у 1 (5%). Всем выполнено хирургическое лечение, в том числе стандартная панкреатодуоденальная резекция – 9 (47%), робот-ассистированные дистальные резекции – 6 (33%), энуклеация опухоли – 2 (10%), открытые дистальные резекции – 2 (10%). В качестве ультразвукового контраста применяли препарат второго поколения Соновью (Бракко, Италия). Вводили 1,2 мл в периферическую или центральную вену с последующим введением 10 мл физиологического раствора.

Результаты: при ИОУЗИ с КУ инсулиномы выявлены у всех 11 пациентов с НЭН. После введения ультразвукового контрастного средства в раннюю артериальную фазу (на 10-12 с) образование было гиперконтрастным по сравнению с окружающей паренхимой ПЖ, далее с 20 с происходило активное вымывание контрастного вещества, границы образования не дифференцировались. По данным ИОУЗИ с КУ, в 10% наблюдений локализация инсулином отличалась от дооперационных данных, что потребовало изменения хирургической тактики. У 1 пациента с незидиобластозом только при помощи ИОУЗИ с КУ удалось выявить гиперконтрастное образование, что привело к изменению тактики оперативного вмешательства. У пациентов с аденокарциномой ПЖ при ИОУЗИ с контрастным усилением в 17% выявлено большее распространение опухолевого процесса, чем при стандартном сканировании.

Выводы: ИОУЗИ с КУ является перспективным методом современной диагностики, позволяющим проводить топическую диагностику НЭН, а также определять степень распространенности злокачественного процесса и оценивать сомнительные участки пограничной инвазии опухоли магистральных сосудов.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ

*Бурибаев Д.Г., Хакимов Д.М., Хамдамов Х.Х.,
Касимов Н.А., Мамадиев А.М., Карабоев Б.Б.*

Андижанский филиал РНЦЭМП,
Андижанский государственный
медицинский институт

За последние 5 лет по поводу острого холецистита (ОХ) нами было выполнено 485 лапароскопических холецистэктомий. Катаральный холецистит обнаружен у 184 (37,9%) больных, флегмонозный – у 248 (51,1%), гангренозный – у 53 (11%).

Общепризнано, что оптимальными сроками выполнения лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) следует считать первые 48-72 часа от начала заболевания, но, как показали наши наблюдения, временной фактор далеко не всегда определяет степень воспалительных изменений желчного пузыря и окружающих тканей. Часто имеется несоответствие между клиническими, ультразвуковыми данными и теми изменениями, которые находили во время операции. Поэтому считаем,

что при остром холецистите операцию всегда следует начинать с лапароскопии и по ее результатам принимать окончательное решение о её выполнимости лапароскопическим способом или своевременно перейти на открытую операцию.

В большинстве случаев относительно легко удавалось дифференцировать и выделить пузырный проток и а. cysticus, клипировать их и пересечь. При флегмонозных и гангренозных формах острого холецистита выделение желчного пузыря из ложа осуществляли «тупо». Этот прием оказался удобным, так как одновременно осуществлялось выделение желчного пузыря, промывание его ложа и аспирация экссудата и крови. После удаления желчного пузыря и санации брюшной полости дренируем ее трубкой диаметром 5 мм через троакар, поставленный по срединно-ключичной линии. В тех случаях, когда острый холецистит сопровождался местным перитонитом или значительным выпотом в брюшную полость, дренирование дополняли трубкой в правом подреберье через троакар по переднеподмышечной линии. Дренажные трубки удалялись в 1-2-е сутки.

У 25 больных выявлен холедохолитиаз, который у 7 сочетался со стриктурой БСДК. Конверсия потребовалась в 1,6% случаев. В послеоперационном периоде осложнения наблюдались у 4 больных. Желчеистечение, причиной которого явилось подтекание желчи из ложа пузыря в брюшную полость, обнаружено у 2 больных.

Повторная лапароскопия позволила не только диагностировать это осложнение, но и провести надежную коагуляцию, избежав лапаротомии. Послеоперационная летальность составила 0,6%.

Таким образом, ЛХЭ является операцией выбора при остром холецистите, дает возможность адекватно разрешить патологический процесс.

**РАЗЛИЧНЫЕ ВАРИАНТЫ КОМБИНАЦИИ
РАДИОЧАСТОТНОЙ ТЕРМОАБЛЯЦИИ СОВМЕСТНО
С ХИМИЧЕСКОЙ АБЛЯЦИЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ
ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ
ПЕЧЕНИ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ**

*Гаврилов Я.Я., Жаворонкова О.И.,
Ионкин Д.А., Вишневский В.А.*

**ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского»
Минздрава России, Москва, Россия**

В связи с постоянным ростом числа больных злокачественными поражениями печени и низким процентом пациентов, которым возможно выполнение резекционного лечения, активное развитие получили методы локальной деструкции, сочетающие высокий терапевтический эффект с низким количеством осложнений. Активное применение методов локальной деструкции при операциях на печени поставило вопрос о целесообразности и эффективности использования комбинации указанных методик. Одной из перспек-

тивных комбинацией малоинвазивных методик является применение радиочастотной термоабляции совместно с введением в очаг 95% этилового спирта.

Использовали различные алгоритмы: 1) с первичным введением 95% этилового спирта с последующим выполнением РЧА (95% этиловый спирт +РЧА); 2) в обратном порядке (РЧА + 95% этиловый спирт).

Цель: оценка эффективности различных вариантов комбинированного применения РЧА с 95% этиловым спиртом, выполняемого под ультразвуковым контролем у пациентов со злокачественными образованиями печени.

Материал и методы: проведен анализ результатов лечения 12 пациентов за период с 2010 по 2017 гг. (средний возраст 64,5±12,3 года), при лечении которых применялась комбинация РЧА с последующим химическим потенцированием (РЧА + 95% этиловый спирт): с первичным раком печени (ГЦР/ХЦР) – 8 больных, метастатическим поражением печени (КРР/НЭО) – 4. Количество очагов варьировало от 1 до 4, средний размер – 30±15,8 мм. У 8 пациентов операция выполнялась в чрескожном варианте, у 4 – через лапаротомный доступ, у 2 из них операция сочеталась с резекцией печени. Нами проанализированы результаты лечения 3 пациентов за тот же период с 2016 по 2017 гг., у которых использовалась комбинация РЧА с первичным химическим потенцированием (95% этиловый спирт + РЧА) в отношении первичных и вторичных опухолевых поражений печени: с первичными раками печени (ГЦР/ХЦР) – 1, с метастатическим поражением печени (КРР) – 2. У всех пациентов было по 1 очагу средним размером 37±20,3 мм. У 2 больных выполнено чрескожное вмешательство, у 1 – в открытом варианте в комбинации с резекцией более крупного очага в противоположной доле.

Результаты: в 1-й группе (РЧА + 95% этиловый спирт) у 9 (75,0%) пациентов удалось достичь адекватной деструкции очага после однократной обработки очага. В раннем послеоперационном периоде 2 пациентам потребовалось проведение дополнительных сеансов химической абляции. У 1 из них удалось добиться полной обработки очага после однократного дополнительного сеанса обработки. У другого с двумя исходными очагами выявлено прогрессирование очага, обработанного только РЧА, в отношении которого в последующем выполняли отсроченные алкоголизации, не позволившие добиться полной деструкции. У 1 пациентки с нейроэндокринной опухолью с учетом размеров и локализации поражения проведение дополнительных вмешательств было признано нецелесообразным.

Эффективность деструкции оценивалась по данным магнитно-резонансной томографии и ультразвукового исследования. Учитывая разнородность группы анализа по исходному генезу поражению, безрецидивный период варьировал в более широких пределах, в среднем составляя 12,6±6,7 месяца. У пациентов, у которых не удалось достичь полной обработки очага, его размер превышал 3 см.

В группе с первичным введением в очаг 95% этилового спирта с последующим выполнением РЧА у 2 (66,7%) пациентов удалось достичь адекватной де-струкции очага, однако стоит отметить, что размер очагов в данной группе был достоверно больше, чем в группе РЧА+ 95% этиловый спирт.

Заключение: небольшое число пациентов с различным злокачественным очаговым поражением печени не позволяет однозначно трактовать эффективность различных видов комбинации РЧА с 95% этиловым спиртом. Однако собственные результаты указанных методов, использованных для очаговых образований печени, и данные иностранных авторов, свидетельствующие о большей эффективности комбинации указанных методов, оправдывают продолжение накопления опыта и создания алгоритма последовательности их использования при опухолевой патологии печени.

МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Гольцов В.Р., Демко А.Е., Кулагин В.И.,
Курочкин Д.М., Батиг Е.В.*

Городской панкреатологический центр
(Санкт-Петербургский научно-исследовательский
институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе)

Целью исследования явилось определение наиболее эффективного метода хирургического лечения осложнений псевдокист поджелудочной железы.

Проанализировано 184 больных с псевдокистами поджелудочной железы, осложненными: кровотечением в полость псевдокисты, инфицированием, давлением соседних органов и тканей, перфорацией и разлитым ферментативным перитонитом. Данные больные проходили обследование и лечение в городском панкреоцентре на базе Санкт-Петербургского НИИ СП им. И.И. Джанелидзе в период с 2008 г. по 2015 г.

Исследуемые пациенты были разделены на две группы, которые были однородны по структуре развившихся осложнений (кровотечение, инфицирование, сдавление, перфорация), возрасту, полу и преморбидному фону. Консервативный лечебный комплекс в группах был идентичным и включал инфузионно-трансфузионную терапию с нутриционной поддержкой, антисекреторную и антибактериальную терапию. Отличались исследуемые группы по виду хирургического вмешательства:

1-я группа (78 человек) – которым выполнялась лапаротомия, наружное дренирование кисты поджелудочной железы, санация и дренирование брюшной полости.

2-я группа (106 человек) – которым применялись только минимально инвазивные вмешательства: при инфицировании или сдавлении органов и тканей – дренирование псевдокисты поджелудочной железы

под ультразвуковым наведением; при кровотечении – первым этапом выполнялась ангиография и эмболизация источника геморрагии, а вторым этапом – дренирование псевдокисты поджелудочной железы под ультразвуковым наведением; при перфорации – первым этапом выполнялась санационная лапароскопия брюшной полости и/или лапароцентез, а вторым этапом – дренирование псевдокисты поджелудочной железы под ультразвуковым наведением.

Оценка результатов исследования производилась по следующим показателям: частота развития сепсиса и летальность.

В результате исследования установлено, что при использовании минимально инвазивных вмешательств (2-я группа) происходило статистически значимое снижение частоты развития сепсиса (с 34,7% до 7,8%, $P=0,039$) и летальности (с 12,2% до 3,8%, $P = 0,022$) по сравнению с 1-й группой.

Таким образом, применение минимально инвазивных вмешательств у больных с осложнениями псевдокист поджелудочной железы является эффективным методом хирургического лечения больных данной категории.

A NOVEL MUTATION IN MULTIPLE ENDOCRINE NEOPLASIA-TYPE 1

*Deniz Güney Duman¹, Ali Çetin²,
Yasemin Tütüncü³, Pınar Ata⁴*

¹Marmara University, School of Medicine,

²Marmara University, School of Medicine, ³Haydarpaşa
Numune Training and Education Hospital, ⁴Marmara
University, School of Medicine

Objective(s): Multiple Endocrine Neoplasia type-1 (MEN-1) occurs usually sporadically but because it is an autosomal dominant disorder it may affect other family members too. The combination of parathyroid tumors, pancreatic islet cell tumors, and anterior pituitary tumors is characteristic of MEN-1 although it may be accompanied by a substantial number of non-endocrine tumors. The mutations of the MEN-1 result in the alteration of MENIN production which is a protein encoded by this gene and is responsible for tumor-suppression under normal circumstances. Herein we present the largest MEN-1 family in Turkey to the best of our knowledge having a new MEN-1 mutation all of which was discovered after the EUS examination and EUS-FNA diagnosis of the index case.

Methods and family description: The family inherited the specific MEN-1 mutation is originally from northern Turkey and most of the members have moved to Istanbul region. Four consanguineous marriages were identified within the family. Family mapping was structured and contained fiftyfive members. Among them, fifteen patients underwent biochemical, radiologic and if necessary EUS evaluation along with the genetic testing. Additionally, we learnt that 2 members of the family were died of pancreatic malignancy. Diagnostic criteria for familial MEN-

1 syndrome include; 1- the presence of at least one MEN-1 associated tumor that are from parathyroid, pituitary, or GEP tract origins, 2- at least one first-degree relative with one or more of these endocrine tumors and/or 3-positive genetic testing for abnormal MEN-1 mutation. For our index case, DNA sequencing of the MEN-1 gene performed using Sanger sequencing technique at ABI 3500 system. For the other family members only the targeted mutation analysis is performed.

Results: Among the family members we had peripheral blood DNA from 33 and we used the tumour tissue DNA from 1 patient. MENIN gene is analyzed with Sanger sequencing. Our index case was ZK who had hypophysis adenoma, parathyroidectomy and pancreatic neuroendocrine tumour and had whipple operation. A three nucleotide deletion p.ser560argfs*3(c.1680_1683 del TGAG) mutation causing a frameshift was detected. Seven out of ten who were analysed tested positive for the mutation. Genetic counseling and information about preimplantation genetic diagnosis (PGD) was given to all patients who are tested positive for the mutation. All affected patients had p.ser560argfs*3(c.1680-1683 del TGAG) three nucleotide deletion same with that of the index case. MEN-1 diagnosis was confirmed in 15. Tumours detected at patients with MEN-1 diagnosis were; nonfunctional pancreatic neuroendocrine tumour at three, parathyroid adenoma/hyperplasia at 6 patients and hypophysis adenoma at 4 patients. The mean age of our MEN-1 patients were 51 and the age at diagnosis was 41.8. The mean plasma calcium level was 11.46 mg/dl and there was no history of renal calculus in any of them.

Conclusions: The family presented here is the one which had the largest number of affected individuals with genetic and clinical properties of MEN-1 at Turkey. The mutation detected here is a novel pathogenic mutation causing loss of function and is described for the first time in the literature. We highlight the fact that EUS operators should be aware of MEN-1 syndrome and evaluate the patients who had the diagnosis of pancreatic neuroendocrine tumor with care for the possibility of MEN-1 syndrome.

СРАВНЕНИЕ КРИВЫХ ОБУЧЕНИЯ ПРИ РОБОТИЧЕСКОЙ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ

*Ефанов М.Г.¹, Алиханов Р.Б.¹, Казаков И.В.¹, Ким П.П.¹,
Ванькович А.Н.¹, Грендаль К.Д.¹, Вишневский В.А.²*

¹ГБУЗ Московский клинический научный центр
им. А.С. Логинова ДЗМ, Москва, Россия

²ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского»
Минздрава РФ, Москва, Россия

До настоящего времени нет публикаций, посвященных сравнительному анализу кривых обучаемости при роботической и лапароскопической резекции печени.

Цель: сравнительный анализ кривой обучения роботической и лапароскопической резекции печени на

основании оценки индекса сложности миниинвазивной резекции печени.

Материал и методы: представлен ретроспективный анализ 131 малоинвазивной резекции печени: 40 (30,5%) роботических и 91 (69,5%) лапароскопических резекций печени. Оценка кривой обучения производилась на основании вычисления числа операции до повышения индекса сложности резекции печени или времени затраченного на резекцию задних сегментов печени. Все резекции печени разделены на группы раннего и позднего опыта, в каждой из которой проведен анализ согласно характеру вмешательства (роботическая или лапароскопическая резекция печени).

Результаты: при роботической резекции печени значительное увеличение индекса сложности от $5,0 \pm 1,6$ до $7,3 \pm 1,8$ отмечается после 16 последовательно выполненных операций. В свою очередь, только после 29 лапароскопической резекции печени существенно увеличилась скорость резекции задних сегментов печени, но без увеличения индекса сложности.

Заключение: обучение роботическим резекциям печени происходит быстрее, чем лапароскопической. Наличие опыта роботической резекции печени на первом этапе подготовки по программе малоинвазивной хирургии печени, позволяет существенно быстрее освоить методику лапароскопической резекции печени с высоким индексом сложности.

THE ROLE OF ENDOSCOPIC ULTRASOUND IN PATIENTS WITH IDIOPATHIC COMMON BILE DUCT DILATATION

*Yeşim Özen Alahdab, Cem Kalaycı, Deniz Güney Duman
Marmara University, School of Medicine*

Objective(s): Investigating the cause of the idiopathic common bile duct (CBD) dilatation which was inconclusive using the other radiologic methods such as computerized tomography, magnetic resonance (MR) imaging and MR cholangiopancreatography is one of the common reasons for endoscopic ultrasound examination. We aimed to search the EUS diagnosis of the patients who were referred to our center for the identification of the cause CBD dilatation.

Methods: The patients who were referred us for EUS examination of dilated CBD between 2009 and 2016 were collected retrospectively. CBD dilatation was defined as the CBD diameter greater than 7 mm measured by EUS without considering the age or the cholecystectomy history of the patient. Those patients were categorized for the final diagnosis of malignancy, CBD stones etc. according to EUS reports.

Results: We have enrolled 81 patients [60 (74,1%) females]. Mean CBD size measured by EUS was $10,39 \pm 4,41$ (4,3-28,19) mm. The most common complaint was abdominal pain (65,4%) while 25.9% of the patients were asymptomatic who were discovered incidentally during the investigation of other causes. History of jaundice

was positive in 7 (8,6%) patients. Twenty-eight (34,6%) of the patients were cholecystectomized. EUS confirmed the CBD dilatation in 58 (71,6%) patients. There was no difference between the ages of the patients with or without CBD dilatation ($64,68 \pm 12,53$ vs. $62,71 \pm 12,66$, $p=0,54$). Similarly, there were no significant differences between the patients with or without cholecystectomy or with respect to CBD dilatation. Gender did not differ between the patients with respect to CBD dilatation. For the patients, whose CBD dilatation were not confirmed by EUS, any specific final diagnosis were not given. For the patients, whose CBD dilatation was confirmed by EUS the following diagnosis were reported; papilla vateri tumor in 4, pancreas cancer in 1, cholangiocellular carcinoma in 1, gastric GIST (gastrointestinal stromal tumor) in 1, CBD cyst in 3 and choledocholithiasis in 41 (50,6%) patients.

ERCP had been performed prior to EUS in 20 of the patients, however the CBD diameters were recorded in only 9 of them. Nevertheless, the CBD diameter measured by EUS or ERCP did not correlate statistically.

Conclusions: EUS is a valuable tool for both confirming the dilatation and identifying the underlying pathology in patients with idiopathic CBD dilatation.

ENDOSCOPIC ULTRASONOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF THE SOLID/ CYSTIC LESIONS OF PANCREAS

Yeşim Özen Alahdab, Rahmi Aslan, Deniz Güney Duman
Marmara University, School of Medicine.
Gastroenterology Department

Objective(s): Procedures aiming to investigate the diseases of pancreas origin is the most common etiology to perform endoscopic ultrasound (EUS) in many of the centers practicing EUS. We focused on the patients who were referred to our center for the suspicion of pancreatic disease following either a positive or a negative noninvasive radiological investigation. We encompassed both the symptomatic and asymptomatic patients and assessed the role of EUS in the diagnosis and management of those patients.

Methods: We retrospectively reviewed the hospital files of the patients who were referred to our center in the last 5 years with the complaints outlined above. We studied the EUS results and cytopathology results for the ones who have undergone EUS guided fine needle aspiration (EUS-FNA) to diagnose the solid /cystic lesions of the pancreas.

Results: Our search of the files in the last 5 years yielded 133 patients [68 (51, 5%) female]. Mean age of the patients were 57.4 (19-86) years. The most common complaint was abdominal pain in 64 (47,7%) and jaundice in 16 (12,1%) patients while 15 (11,4%) patients applied us with no complaint but only for the pancreatic lesion discovered incidentally during the radiological work up of other reasons.

The pre-EUS radiological investigations reported solid lesions in 51 (37,9%), cystic in 56 (42,4%), solid/ cystic in 6

(4,5%) patients while the characterization was not given in 9 (6,8%) patients. Additionally, 11 (8,3%) patients exhibited normal findings following the noninvasive radiologic investigations of transabdominal ultrasonography, computerized tomography and/or magnetic resonance but they were referred to EUS examination because they have exhibited symptoms suggestive of pancreatic disease. EUS revealed solid lesion in 62 (46,2%), cystic in 58 (43,9%) and solid/cystic pancreatic lesion in 10 (7,6%) patients while pancreas was entirely normal in 3 (2,3%) patients. History of cholecystectomy was positive in 8 (6,1%) patients.

EUS-FNA was performed in 102 (78.5%) patients. Cytopathological evaluation yielded benign in 26 (24,8%) "benign", malignant in 42 (41,6) and insufficient material in 34 (33,6%) patients. EUS-FNA resulted in malignant in 53,5%, benign in 13,8% and insufficient material in 32,7% of solid lesions. EUS-FNA of the cystic lesions were malignant in 14,7%, benign in 41,2% and insufficient material in 44,1% of the cases. Solid/cystic lesions were malignant in 67% and benign in 33% according to the EUS-FNA results. Seventeen of the patients underwent surgery for the suspect malignant disease. The post-operative malignant diagnosis were adenocarcinoma in 8, neuroendocrine tumor in 2, mucinous cystic neoplasia in 2, solid pseudopapillary tumor in 2 patients while unexpected benign diagnosis were lymphoepithelial cyst in 1, lymphangioma in 1 and serous cystadenoma in 1 patient. EUS-FNA of one patient with cystic disease resulted in metastasis of over carcinoma, thus the patient was sent directly to medical oncology precluding the need for surgery.

The agreement of the diagnosis between the endosonographer and the EUS-FNA result was calculated $R=0,3$. The agreement of the diagnosis of endosonographer and surgery was $R=0,5$, while it was only $R=0,16$ for the diagnosis of EUS-FNA and surgery.

Conclusions: The suspicion of malignancy for the solid/ cystic lesions of pancreas by EUS should be verified by EUS-FNA. Because the agreement between the EUS and surgery diagnosis is highest as reflected by our results, one should be aware of the fact that the EUS-FNA may sometimes be misleading. The EUS-FNA results should be supported with EUS findings and biochemical markers for cystic cases but if the suspicion persists despite the negative EUS-FNA results the patient may be referred to surgery.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПАПИЛЭКТОМИЯ КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОМ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА

*Клюева К.А., Недолужко И.Ю.,
Курушкина Н.А., Шишин К.В.*

ГБУЗ Московский клинический научный центр
им. А.С. Логинова ДЗМ, Москва

Доброкачественные опухоли ампулы большого дуоденального сосочка (БДС) достаточно редки и встречаются в 0,4-0,12% случаев. Наиболее распространены

виллезные и тубуло-виллезные аденомы. Аденома БДС – предраковое заболевание. Малигнизация происходит в 60-65% случаев, поэтому общепринятой тактикой лечения является обязательное удаление аденом. Долгие годы единственным методом выбора оставались хирургические операции, такие как папиллэктомиа с последующей папилломэктомией с папиллопластикой, дуоденопанкреатэктомиа.

В настоящее время в практику хирургического лечения аденом БДС внедряется эндоскопическая папиллэктомиа. Появляется все больше сообщений об успешном выполнении эндоскопической папиллэктомии. Суть оперативного вмешательства заключается в резекции слизистой оболочки и подслизистой основы стенки двенадцатиперстной кишки в области анатомических приложений ампулы БДС, включая ткань вокруг желчного протока и протока поджелудочной железы.

Цель: оценка эффективности эндоскопической папиллэктомии в лечении аденом БДС.

Материал и методы: в период с апреля 2014 г. по сентябрь 2017 г. в МКНЦ эндоскопическое лечение по поводу аденом БДС получили 28 пациентов (28 операций), из них 15 женщин и 13 мужчин. Средний возраст больных – 56 лет (от 26 до 73 лет). Все пациенты предъявляли жалобы на тошноту, изжогу, боли в правом подреберье, субиктеричность склер. Предоперационное обследование включало ЭГДС, эндосонографию, МРХПГ, КТ, МРТ.

Результаты: у 20 пациентов в раннем послеоперационном периоде осложнений не наблюдалось. У 8 пациентов послеоперационный период осложнился кровотечением. Выполнен эндоскопический гемостаз. У 6 больных эндоскопический гемостаз оказался эффективным после первой попытки. Данных за рецидив кровотечения нет. У 1 пациента наблюдалась клиника постманипуляционного панкреатита, кровотечения. Выполнено 2 попытки гемостаза. На 3-и сутки – рецидив кровотечения, перфорация зоны резекции. Наложена эндоскопическая клипса, гемостаз. В дальнейшем данных за рецидив кровотечения, несостоятельности нет. У 1 больного эндоскопический гемостаз оказался неэффективным, выполнено оперативное вмешательство: лапаротомия, дуоденотомия, остановка кровотечения. У 2 пациентов (через месяц) выявлен билиарный стеноз. Выполнены ЭРХПГ, рентентирование общего желчного протока, вирсунготомия, стентирование главного панкреатического протока. Общий процент осложнений – 35,7%: кровотечение – 25,0%, билиарный стеноз – 7,14%, кровотечение, перфорация – 3,5%, панкреатит – 3,56%. Летальность – 0. 27 пациентам выполнена полная резекция опухоли R0. У 1 пациента (гистологическое исследование) выявлена нейроэндокринная опухоль. В дальнейшем он был прооперирован в объеме: лапароскопическая панкреатодуоденальная резекция. В

послеоперационном периоде пациентам через 1 месяц выполнена контрольная ЭГДС с удалением ранее установленных панкреатического и билиарного стентов. Все пациенты в послеоперационном периоде получали антиферментативную, гастропротекторную терапию, выполнялся лабораторный контроль биохимических показателей крови, УЗИ органов брюшной полости. Всем был назначен щадящий стол в первые сутки послеоперационного периода. Средний койко-день составил 3.

Выводы. В 64,3% случаев выполнение в эндоскопической папиллэктомии приносит положительный результат. Клинический эффект (отсутствие жалоб, нормализация биохимических показателей) сопоставим с таковым при других видах радикальных вмешательств. Несмотря на то, что осложнения составляют 35,7%, данный метод миниинвазивного хирургического вмешательства является достаточно эффективным, малотравматичным, занимает меньший срок госпитализации и более короткий срок восстановления, в связи с чем может являться предпочтительным методом оперативного вмешательства у пациентов с симптоматической аденомой БДС.

ВОЗМОЖНОСТИ РОБОТ-АССИСТИРОВАННОЙ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Кригер А.Г., Берелавичус С.В., Калдаров А.Р., Горин Д.С., Смирнов А.В.

**ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского»
Минздрава РФ, Москва, Россия**

Лапароскопические операции при опухолях поджелудочной железы выполняются в ограниченном количестве хирургических клиник. Это связано со сложностью вмешательств и техническим несовершенством современных лапароскопических инструментов. Роботический комплекс (РК) позволяет решить целый ряд технических проблем и расширить возможности миниинвазивной хирургии.

Цель: создание концепции адекватного применения роботического комплекса в при опухолевом поражении поджелудочной железы (ПЖ).

Материал и методы: проведено ретроспективное исследование результатов робот-ассистированных операций у 86 больных с опухолями поджелудочной железы, выполненных на базе отделения абдоминальной хирургии №1 ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского». Женщин было 70 (81,4%), мужчин – 16 (18,6%); средний возраст – 49 (37; 59) лет и варьировал от 18 до 73 лет. Больным выполнены различные робот-ассистированные вмешательства: 17 панкреатодуоденальных резекций, 45 дистальных резекций поджелудочной железы, 16 энуклеаций опухолей, 6

срединных резекций и 2 тотальные робот-ассистированные дуоденумпанкреатэктомии. Данные представлены в виде медианы Me, 25 и 75 процентилей IQR (25p; 75p).

Результаты: длительность РА вмешательств варьировала в зависимости от объёма операции: при ПДР она составила в среднем 400 (360; 550) мин, при дистальных резекциях – 210 (180; 250) мин. Средний объём кровопотери при ПДР составил 200 (150; 500) мл, при дистальных резекциях – 100 (50; 300) мл. При энуклеациях опухоли и срединных резекциях кровопотеря была минимальной. Конверсия на открытое вмешательство выполнена в 6 случаях: при ПДР – 2, дистальных резекциях – 4, при энуклеациях опухоли, срединных резекциях и тотальных панкреатэктомиях конверсий не было. Количество послеоперационных койко-дней в среднем было равно 15 ± 9 в зависимости от объёма операций. Наибольший койко-день был у пациентов, которым выполнялась РА панкреатодуоденальная резекция – 16 (14; 25), наименьший – после органосохраняющих вмешательств – 12 (8; 15). Панкреатический свищ А и В возник у 35 (40,7%) больных; кровотечение – у 6 (7,0%). Умерли 2 (2,3%) больных.

Выводы: начальными показаниями к робот-ассистированным операциям являются злокачественные и погранично злокачественные опухоли поджелудочной железы, стадируемые как T1-T2, а также доброкачественные опухоли ПЖ диаметром 5-6 см. С накоплением опыта показания к РА вмешательствам могут быть расширены. РА операции обеспечивают прецизионность удаления лимфатических узлов и формирования анастомозов. За счет минимальной травматизации тканей послеоперационный период протекает для больных более гладко и комфортно. Применение роботического комплекса при опухолевом поражении ПЖ оправдано, целесообразно и позволяет уменьшить вероятность возникновения неспецифических послеоперационных осложнений, однако не позволяет значимо снизить число специфических послеоперационных осложнений.

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ

Маликов Ю.Р., Сафаров Н.Н., Азимов А.А., Утаев Л.Х.
Навоийский филиал РНЦЭМП

На сегодняшний день актуальность проблемы лечения острого калькулезного холецистита определяется прогрессивным ростом заболевания и недостаточно удовлетворительными результатами у пациентов пожилого и старческого возраста.

Традиционная холецистэктомия (ТХЭ) нередко является достаточно травматичным вмешательством, особенно у пациентов пожилого возраста. Часто течение послеоперационного периода осложняется декомпенсацией сопутствующих заболеваний.

Улучшение ближайших результатов лечения больных с ЖКБ после начала широкого применения лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) сделало это вмешательство «золотым стандартом» в хирургии калькулезного холецистита. Исследования последних лет показали, что ЛХЭ может применяться не только при лечении больных с хроническими, но и с острыми формами калькулёзного холецистита. Широкое внедрение малоинвазивных эндохирургических технологий в повседневную практику экстренной хирургии привело к повышению актуальности проблемы, предупреждения операционных ошибок, опасностей и осложнений. Основная причина конверсии, по данным ведущих клиник республики, – это кровотечение, повреждение полых органов (пузырного протока, холедоха, кишечника) или выраженный инфильтративно-рубцовый процесс, не позволяющий дифференцировать структурные образования в холедохо-дуоденальной зоне.

В Навоийском филиале РНЦЭМП в 2015-2016 г. на лечении находились 552 больных с различными формами желчнокаменной болезни. Из них у 502 больных наблюдался острый холецистит. У 28 больных были признаки механической желтухи. При проведении обследования – УЗИ ГБС, МСКТ – у 9 из них выявлены структурное образование в области головки поджелудочной железы (самой паренхимы или фатерова соска). У 19 отмечались картина холедохолитиаза. Этим больным была проведена ЭРПХГ, ЭПСТ с последующей лапароскопической холецистэктомией.

Преимущественно оперировали экстренных больных вскоре после стихания болевого приступа. Основным критерием проведения ЛХЭ считали толщину стенки желчного пузыря при УЗИ. Однако почти в 50% наблюдений отмечалось несоответствие диагностических и интраоперационных данных по морфологии желчного пузыря. Из 502 больных, поступивших с острым калькулёзным холециститом, 108 выписаны с улучшением состояния без проведения операции. 24 больным проведена традиционная холецистэктомия открытым способом. Лапароскопическая холецистэктомия проведена 320 больным, из них у 32 была конверсия. При изучении причины конверсии у 7 пациентов выявлен флегмонозный, у 10 – гангренозный холецистит с выраженной воспалительной инфильтрацией в области холедоходуоденальной зоны, не позволяющий дифференцировать анатомические структуры. У 5 больных – перихолецистит, у 2 – смор-

ценный желчный пузырь, у 2 – синдром Мириizzi, у 3 – кровотечение (повреждение пузырной артерии), у 1 – продольное повреждение пузырного протока. Сроки пребывания больных в стационаре после лапароскопической холецистэктомии – 3-4 суток.

Таким образом, внедрение высокотехнологичных оборудований в диагностике и лечении больных острым калькулёзным холециститом способствует улучшению результатов лечения, уменьшению количества осложнений, а также ранней активации больных и сокращению длительности пребывания в стационаре.

ҚИЗИЛҮНГАЧ ВАРИКОЗ ВЕНАЛАРИДАН ҚОН КЕТИШИДА ЭНДОСКОПИК МУОЛАЖАЛАР

*Мирзакаримов А.А., Махмудов Н.И.,
Акбаров Ф.С.*

РШТЁИМ Фарғона филиали

Қизилўнғач веналарини варикоз кенгайиши – қизилўнғач вена қон томирларидан қонни дарвоза венасига ва юқори ковак венага оқиб келишини бузилиши натижасида вужудга келади.

Қизилўнғач веналарини варикоз кенгайишига қўп ҳолатларда жигар касалликлари (жигар циррози, сурункали гепатит, жигар ўсмаси, туберкулёз, эхинококкоз ва бошқалар), тромбоз ёки дарвоза венасини ташқи томондан босилиши (ўсма, кисталар, ўт йўллари тошлари, битишмалар) сабаб бўлади. Кам ҳолатларда қизилўнғач қон томирлар тизимида босимни ортиши, масалан сурункали юрак қон томир етишмовчилигида учрайди.

2013-2016 йилларда РШТЁИМ Фарғона филиали қабул диагностика бўлимига 487 нафар беморлар қизил рангли қон қайд қилиши ва ахлат рангини қорайишидан шикоят қилиб келишган. Беморларни 65% ни эркақлар, 35% ни аёллар ташкил этади.

Қизилўнғач вена қон томирларидан қон оқшини қийинлашуви, варикоз тугунларини кенгайиши ва деворини таранглашиб, юқалашиши натижасида қон кетиши кузатилади.

Қизилўнғачдан қон кетишида қон кетиш ўчоғини топиш учун фиброэзофагоскопия текшируви энг қулай усул ҳисобланади. КТ, УЗИ, лаборатория текширувлари асосий касалликни аниқлашда муҳим аҳамиятга эга.

Қизилўнғачдан қон кетишида асосий даволаш тактикаси куйидагилардан иборат:

1. Консерватив даво тадбир-чоралари: қон томир торайтирувчилар, йўқотилган қон ўрнини тўлдириш мақсадида қон ва қон маҳсулотларини қўйиш, қизилўнғачга Блэкмор зонди ўрнатиш.

2. Эндоскопик муолажалар: эндоскоп ёрдамида инъекция (этоксисклерол эритмаси) қилиш, электрокоагуляция, клевоу пленка ёки тромбинни қўллаш. Эндоскопик йўл билан қонаётган варикоз қон томирларини резина қисқичлар ёрдамида боғлаш.

3. Юқоридагилар фойда бермаган вақтида радикал жаррохлик операциясини ўтказиш.

Эндоскопия методи бемор учун хавфсиз, қулай, эрта диагностика қилиш ва муолажа ўтказиш учун узоқ вақт талаб қилмайдиган самарали усул ҳисобланади.

Бизнинг марказимизга қизилўнғач веналаридан қон кетиши билан муружаат қилган жами 487 нафар беморлардан 196 нафар (40,2%) беморларда қонаётган варикоз веналарни эндоскопик латекс қисқичлар ёрдамида боғлаш, 123 нафар (25,3%) беморда эндоскопик инъекция, 101 та (20,7%) беморда эндоскопик электрокоагуляция, 67 та (13,8%) беморда эндоскопик металл қисқич (клипса) қўйиш йўллари билан қон тўхтатиш амалиёти бажарилди.

Хулосалар:

1. Сурункали жигар ва юрак қон томир касалликлари билан даволанувчи ҳамда «Д» назоратида бўлган беморларда ҳар 6 ой давомида эндоскопик текширув ўтказиш.

2. Қизилўнғач веналаридан қон кетишида эндоскопик йўл билан қон кетишини тўхтатиш каминвазив, самарали усул ҳисобланади.

3. Беморларни эндоскопик муолажалардан сўнг динамикада назорат қилиш ва кузатиб бориш.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА МИРИZZИ

*Сапаев Д.А., Атаджанов Ш.К., Бекчанов Х.Н.,
Кучкаров О.О., Садуллаев У.О.
Хорезмский филиал РНЦЭМП*

Введение: Синдром Мириizzi (СМ) – одно из мало изученных осложнений желчнокаменной болезни, что связано его редкостью. Встречается в 0,5-5% среди всех операций при желчнокаменной болезни (ЖКБ). С прогрессом хирургии желчных путей, увеличением заболеваемости ЖКБ возрастает интерес к этой проблеме. Однако единого мнения по выбору лечебно-диагностической тактики до сих пор нет. СМ нередко диагностируют только интраоперационно, что повышает риск неблагоприятных исходов.

Цель исследования: улучшение качества диагностики и результатов лечения больных ЖКБ, осложненной синдромом Мириizzi.

Материалы и методы: За период 2012-2017 гг. проведен анализ результатов обследования и лечения 800 больных с ЖКБ. СМ выявлен у 18 (2,25%) больных. I тип имел место у 10 (55,5%) больных, II тип – у 8 (67,0%) больных. Возраст больных варьировал (42-83 лет). Мужчин было 5, женщин – 13. При госпитализации с признаками острого холецистита и механической желтухи дополнительно проводили ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости, при котором проводили оценку состояния желчного пузыря, а также желчевыводящих путей. 11 (61,1%) больных с СМ были направлены в клинику с первичным диагнозом «механическая желтуха», а 7 (38,9%) –

острым холециститом. У 16 (88,8%) больных длительность заболевания составила более 8 лет (в среднем $12,4 \pm 9,9$ года) и лишь у 2 (12,2%) – ЖКБ была впервые диагностирована. Стоит отметить, что имеется положительная корреляция между длительностью существования ЖКБ и частотой выявления СМ. Дилатация общего печеночного протока установлена у всех 18 больных при первичном УЗ-исследовании. При этом лишь в 11 (66,7%) случаях имелись клинические проявления желтухи. Средняя концентрация билирубина в сыворотке крови составило $77,3 \pm 11,6$ мкмоль/л. Болевой синдром был выражен у 3 (16,7%) больных (у них гипербилирубинемии не было, у одной – ранее был эпизод желтухи).

Результаты: по данным обследования установлены следующие характерные УЗИ-признаки для I типа СМ: расширение общего печеночного протока, отсутствие визуализации холедоха и признаки острого калькулезного холецистита. Более информативным исследованием оказалась ЭРХПГ. При УЗ-исследовании у 5 (27,8%) из 8 больных со II типом синдрома были выявлены конкременты в просвете гепатикохоледоха. С помощью ЭРХПГ с подозрением на II тип СМ во всех случаях был обнаружен холедохолитиаз и подтверждено наличие сообщения между желчным пузырем и гепатикохоледохом. В 6 случаях была предпринята попытка механической литотрипсии, которая была успешной у 2 больных. У 2 пациентов это было завершающим этапом лечения. В остальных 10 случаях при I-II типе СМ была выполнена лапаротомия. Анализ клинико-anamnestических сведений 18 больных с СМ I и II типов показал, что его клиническая картина неспецифична: в одних случаях на первый план выступают признаки механической желтухи, а в других – острого холецистита. Среди инструментальных методов исследования существенное значение имеет метод УЗИ, позволяющий определить механическую природу желтухи и уровень блока. Более информативным методом в диагностике СМ является ЭРХПГ и эндоУЗИ, которые позволяют не только диагностировать синдром, но и определить его тип.

Выводы: таким образом, первым этапом инструментальной диагностики СМ является выявление признаков желчной гипертензии при УЗИ. Затем выполняют эндоскопическое исследование с ЭРХПГ, при котором уточняется характер обструкции гепатикохоледоха и тип синдрома. При I типе СМ выполняли холецистэктомия. Лечение больных с II типом СМ начинают путем папиллосфинктеротомии с удалением конкрементов холедоха. Затем проводят лапаротомию, холедохолитотомию, резекцию желчного пузыря с пластикой гепатикохоледоха. Эндоскопическое исследование с ЭРХПГ и/или эндоУЗИ позволяет не только диагностировать СМ и определить его тип, но и способствовать выполнению адекватной декомпрессии желчевыводящей системы.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ПРОФИЛАКТИКЕ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПОРТАЛЬНОГО ГЕНЕЗА

*Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х.,
Джуманиязов Д.А., Салимов У.Р.,
Хакимов Д.М., Файзуллаев О.А.*

**АО «Республиканский специализированный центр
хирургии им. акад. В. Вахидова»**

В современной гепатологии хронические диффузные заболевания печени остаются актуальной социально-эпидемиологической и клинической проблемой. 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 разряд «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 гг. Все больные были разделены на 2 группы. В основную группу вошли 239 больных, находившихся на лечении в 2010-2015 гг., контрольную группу составили 210 больных, госпитализированных в 1996-2010 гг.

Проведенный 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 группе. При этапной тактике с выполнением ПСШ после эндоскопических вмешательств этот показатель составил 32,4 (45) и 109 (61,6%). Среди больных без летальных исходов от ЦП в отдаленный период (81 больной) с выполненными эндоскопическими вмешательствами рецидива кровотечений не отмечалось в 40,7% (33) случаев в контрольной группе и в 68,1% (64 из 94) в основной группе. В свою очередь при комбинировании эндоскопии и ПСШ среди больных, не включая умерших от прогрессирующего ЦП, доля отсутствия 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, у которых не проводились никакие эндоскопические вмешательства, а осуществлялось только и консервативное лечение, только в 3 (10,7%) случаях удалось избежать рецидива кровотечения, что определяет низкую эффективность изолированных терапевтических попыток снижения риска 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-х лет наблюдения осложнение рецидивирует у 60,7% больных с показателем постгеморрагической летальности 46,4%, тогда как их выполнение снижает этот показатель до 18,0%.

Таким образом, современные возможности эндоскопических технологий значительно улучшили результаты лечебно-профилактических мероприятий при кровотечении из ВРВПЖ или угрозе его рецидива, при этом приверженность этапной тактике с сочетанием миниинвазивных и традиционных декомпрессивных вмешательств позволили увеличить показатели выживаемости больных с 80 до 88% в сроки до 1-го года и с 42 до 64% к 3-м годам наблюдения.

ОДНОЭТАПНЫЕ ГИБРИДНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ ЖКБ

Осипов А.В.

ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург

В настоящее время общепринята тактика двухэтапного лечения пациентов с острым холангитом доброкачественной этиологии. Однако в последние годы все чаще в литературе встречаются сообщения о возможности одноэтапного малоинвазивного лечения при условии тщательного отбора пациентов, наличия необходимого оснащения и подготовленных кадров.

Цель: улучшение непосредственных результатов лечения пациентов с острым холангитом легкой степени тяжести.

Материал и методы: в период с 2014 по 2017 гг. выполнено 73 гибридных оперативных вмешательства. Под наблюдением были больные с ЖКБ, осложненной холедохолитиазом, механической желтухой, холангитом легкой степени. При выборе тактики и определении показаний к операциям руководствовались критериями, предложенными S.J. Roger (2010): наличие единичных конкрементов в ОЖП диаметром свыше 12 мм, прогнозируемая невозможность выполнения эндоскопической литоэкстракции, отсутствие противопоказаний для лапароскопии. Все вмешательства проводились в рентгенооперационной с использованием лапароскопической и эндоскопической стоек. Средний возраст пациентов – 59,8±16,7 года. Выполнено 37 лапароскопических холецистэктомий (ЛСХЭ) в сочетании с лапароскопической холедохотомией, холедохоскопией и литоэкстракцией. У 14 пациентов с парафатеральными дивертикулами ЛСХЭ сочеталась с дренированием, канюлированием ОЖП и последующей ЭПСТ и литоэкстракцией. У 22 больных одномоментная операция включала ЛСХЭ и ЭПСТ.

Результаты: средняя длительность оперативного вмешательства – 94,2±26,4 мин, продолжительность госпитализации – 9,6±4,2 дня. В 1 (3,7%) случае на-

блюдался резидуальный холедохолитиаз, потребовавший повторной эндоскопической литоэкстракции под общим обезболиванием (тип III b по Clavien-Dindo, 2004). В 3,7% наблюдений отмечалось желчеистечение, не потребовавшее изменения тактики лечения (тип I по Clavien-Dindo, 2004). Других осложнений и летальных исходов не было. Следует также отметить, что эффективными оказались одномоментные вмешательства у больных групп особого риска. Среди выполненных гибридных вмешательств – одна операция у беременной в позднем сроке, две – у лиц старческого возраста с тяжелой сопутствующей патологией.

Таким образом, гибридные оперативные вмешательства могут использоваться для одномоментного лечения пациентов с осложненной ЖКБ, однако необходимо дальнейшее накопление опыта и анализ результатов использованных вмешательств.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОПЕРАЦИОННОГО СТРЕССА ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ И ОТКРЫТЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ

Панченков Д.Н.^{1,2}, Алексанян Г.Б.^{1,2}, Ахматова Н.К.³, Ефанов М.Г.⁴, Алиханов Р.Б.⁴, Иванов Ю.В.^{1,2}, Астахов Д.А.^{1,2}

¹ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ, Москва, Россия;

²ФГБУ Федеральный научный клинический центр ФМБА России, Москва, Россия;

³ФГБУ Научно-исследовательский институт вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова ФАНО России, Москва, Россия;

⁴ГБУЗ Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова ДЗМ, Москва, Россия

Цель: сравнительный анализ параметров операционного стресса при выполнении лапароскопических и открытых резекций печени с учетом выбора хирургического доступа и объема резекции.

Материал и методы: исследование включало экспериментальную и клиническую составляющую; содержит две группы: основная – лапароскопические резекции печени, контрольная группа – открытые резекции печени. В каждой группе сравнивали также объем резекции: «малые» и обширные резекции печени. Экспериментальное исследование включало 40 кроликов породы шиншилла обоего пола массой до 3 кг. В предоперационном периоде выполняли забор крови из вены ушной раковины в объеме 5 мл в гепаринизированные и негепаринизированные стерильные пробирки для сравнения показателей иммунологического статуса: пролиферативная, цитотоксическая и фагоцитарная активность монокулярных лейкоцитов. Оперативное вмешательство выполнялось под общей анестезией. Заключительный этап состоял из

трехкратных последовательных заборов крови (по вышеуказанной методике) через 4-6 часов после вмешательства, 24 часа и на 7-е сутки в гепаринизированные и негепаринизированные стерильные пробирки с последующей лабораторной диагностикой. Оценивали показатели цитотоксической, пролиферативной и фагоцитарной активности. Клиническая часть исследования заключается в сравнительной оценке параметров операционного стресса у 38 пациентов, перенесших резекции печени открытым и лапароскопическим доступом по схеме, ранее отработанной в эксперименте. Определяли профиль интерлейкинов: ИЛ-1, ИЛ-2, ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-10, белки теплового шока, общее количество лейкоцитов, популяции лимфоцитов CD3, CD4, CD8, CD20, CD25, NK, HLA, ИРИ, TLR2, TLR3, TLR4, TLR5, TLR6, TLR8, TLR9.

Результаты: при сравнении показателей в основной и контрольной группах экспериментальных животных фагоцитарная активность сохранилась практически неизменной в основной группе, в контрольной группе снизилась в послеоперационном периоде. Цитотоксическая активность мононуклеарных лейкоцитов снизилась по отношению к NK-чувствительной линии K562 эритробластного лейкоза, в контрольной группе – больше, чем на 45%, в основной группе – около 20%. Эти данные косвенно демонстрируют, что противовирусный и противоопухолевый потенциал NK-клеток снижен. При сравнении пролиферативной активности мононуклеарных лейкоцитов отмечалось усиление спонтанной пролиферации и уменьшение индуцированной фитогемагглютинином пролиферации, что обусловлено стрессорирующим воздействием. Это означает, что лейкоциты не могут адекватно реагировать на дополнительную стимуляцию ввиду истощения их скрытых резервов. По результатам клинических исследований показатели субпопуляций лейкоцитов были значительно повышены в группе как с открытыми, так и с лапароскопическими резекциями печени. Однако показатели в основной группе были выше, чем аналогичные в контрольной группе. Особенно это касается показателей CD4, которые превышали цифры в открытой группе. Уровень CD8 был сопоставим. В нашем исследовании выявлялись повышенные уровни экспрессии TLR, что указывает на наличие инфекционных агентов и распознавание ЛПС грамотрицательных бактерий. Значения уровня белков теплового шока были достоверно повышены в группе с открытыми резекциями печени. Уровень всех цитокинов (за исключением ИЛ-12 и ИЛ-4) у больных как до операции, так и после нее, был статистически значимо повышен. Уровни Th1/Th2/Th9/Th17/Th22 у больных как были повышенными уже до операции в результате физического стресса, обусловленного наличием опухолевого процесса, инфекции или сопутствующей патологии, что свидетельствует о наличии воспалительного процесса, связанного с активацией эффекторов иммунной системы. Оперативное вмешательство более интенсивно индуцировало повы-

шение уровня данных цитокинов, приводя к дисбалансу системы цитокинов хелперных клеток, который может приводить к функциональным и органическим нарушениям через индукцию «цитокинового шторма» и усугублять состояние пациентов.

Выводы: при выполнении обширных резекций печени отмечается меньшая зависимость выраженности операционного стресса от выбора оперативного доступа (лапаротомия или лапароскопический доступ). При выполнении «малых» резекций печени выраженность операционного стресса в группе лапароскопических операций была достоверно ниже, чем при открытых.

ЛАЗЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ПЕЧЕНИ

Панченков Д.Н.^{1,2,3}, Баранов А.В.^{2,3}, Иванов Ю.В.^{1,2}, Гульмурадова Н.Т.³, Дербенев Л.А.³, Соловьев Н.А.^{1,2}

¹ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ, Москва, Россия;
²ФГБУ Федеральный научный клинический центр ФМБА России, Москва, Россия;
³ФГБУ Государственный научный центр лазерной медицины им. О.К. Скобелкина ФМБА России, Москва, Россия

Лапароскопические резекции печени на протяжении ряда последних лет признаны эффективным и безопасным методом лечения опухолей печени, который все чаще выполняется в специализированных стационарах. В силу специфики лапароскопических операций много внимания уделяется поиску новых и усовершенствованию существующих методов диссекции паренхимы печени при ее резекциях различного объема. Применение хирургических лазеров на этапе разделения паренхимы представляется перспективным в силу прецизионности и высокой точности рассечения, отсутствия «эффекта обугливания», возможности одновременной с рассечением коагуляции мелких сосудов паренхимы.

Мы располагаем первым опытом выполнения лапароскопической паренхимосберегающей лазерной резекции печени у пациентки с опухолью II-III сегментов печени (мтс меланомы). Для резекции использован полупроводниковый хирургический лазер IRE-POLUS (Россия) с длиной волны 0,97 мкм, мощностью 27 Вт в непрерывном режиме. Во время операции оценивался уровень кровопотери, время диссекции паренхимы, параметры сердечно-сосудистой и дыхательной системы. Резецированный участок отправлялся на гистологическое исследование с оценкой краев резекции.

Заключение: первый опыт применения хирургического лазера IRE-POLUS для паренхимосберегающей резекции позволяет считать данную методику выпол-

нимой, безопасной, прецизионной и позволяющей производить диссекцию паренхимы печени одновременно с обеспечением надежного гемостаза.

СОЧЕТАННЫЕ ЭНДОБИЛИАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПО МЕТОДИКЕ «РАНДЕВУ»

Пятакова А.В., Недолужко И.Ю., Кулезнева Ю.В., Мелехина О.В., Курушкина Н.А., Шишин К.В.
ГБУЗ Московский клинический научный центр им. А.С. Логина ДЗМ, Москва

В последние десятилетия методика эндоскопических, ретроградных и чрескожных антеградных вмешательств на желчных и панкреатическом протоках достигла высочайшего уровня, однако в ряде случаев существуют проблемы доступа в протоки либо адекватного завершения манипуляции. Это связано с анатомическими особенностями, обуславливающими нарушение ретроградного доступа к желчному протоку, либо с предшествующими оперативными вмешательствами или с характером заболевания. В таких случаях приходится прибегать к сочетанию антеградных и ретроградных доступов в желчные протоки, так называемой методике «рандеву».

В современной литературе встречаются работы, авторы которых описывают опыт одновременного использования эндоскопической техники и антеградных интервенционных вмешательств.

Материал и методы: в 2014-2017 гг. в МНКЦ выполнено 25 сочетанных интервенционно-эндоскопических вмешательств на желчных протоках по методике «рандеву». Все пациенты были с явлениями механической желтухи в сочетании с анатомо-топографическими особенностями гепатопанкреатобилиарной зоны или реконструктивными вмешательствами на верхних отделах ЖКТ. У 1 пациента с холедохолитиазом отмечался крупный парапапиллярный дивертикул, у 4 – рубцовая деформация пилородуоденальной зоны, у 4 – состояние после резекции желудка по Бильрот-2, у 1 – состояние после гастрэктомии. Другие наблюдения: 1 пациент – со стриктурой общего печеночного протока после формирования холедоходуоденоанастомоза, 3 пациента – с холелитиазом после формирования гепатико-энтероанастомоза, 2 пациента – с рубцовой стриктурой общего печеночного протока после холецистэктомии, 1 пациент – со сформировавшимся полным желчным свищом после энуклеации опухоли головки ПЖ и 8 пациентов – с опухолью головки поджелудочной железы или терминального отдела холедоха с инвазией в двенадцатиперстную кишку.

Преимущественно использовалась одноэтапная методика, за исключением 1 пациента с установленной причиной механической желтухи и общим тяжелым состоянием, которому первым этапом было проведено наружное дренирование, во время которого

диагностирован холедохолитиаз, а вторым этапом выполнена ретроградная литоэкстракция.

Описание методики. Под внутривенной или комбинированной анестезией, доступом через 7 или 8 межреберье под контролем УЗИ иглой Хиба 18G осуществляли пункцию 5-го или 7-го сегментарного протока, при плохой визуализации – правого долевого желчного протока. Затем устанавливали манипуляционный катетер, который по струне-проводнику низводили в просвет двенадцатиперстной кишки. Кончик эндоскопического катетера совмещали с кончиком манипуляционного транспеченочного катетера под визуальным контролем и проводили эндоскопический проводник из одного катетера в другой под рентгеноскопическим контролем. Манипуляционный катетер «снимали» с эндоскопического проводника, оставляя его в просвете желчных протоков. По проводнику производили папиллотомию и далее – необходимые эндоскопические манипуляции. На завершающем этапе в просвете желчных протоков оставляли страховочную холангиостому, которую извлекали после контрольной фистулографии через 7-9 дней.

Результаты: методика «рандеву» успешно проведена в большинстве случаев. Осложнения развились у 2 больных. У одного пациента отмечалась миграция манипуляционного катетера из просвета протоков, вследствие этого – поступление желчи в свободную брюшную полость, в связи с чем пациент был оперирован.

У второго пациента развилась анаэробная флегмона передней брюшной стенки, затем ситуация осложнилась дислокацией холангиостомы. По методике «рандеву» был установлен назобилиарный дренаж, выполнены многократные ревизии и санации подкожной клетчатки. Однако на фоне проводимого лечения и выраженных сопутствующих заболеваний наступил летальный исход. Таким образом, частота осложнений составила 8%, летальность – 4%.

Выводы: минимально инвазивные хирургические технологии – эндоскопические и рентгенохирургические – в настоящее время являются методом выбора для разрешения механической желтухи. В случае неэффективности одного из данных видов вмешательств применение методики рандеву позволяет расширить возможности специалистов и свести к минимуму число неудачных попыток дренирования желчных протоков.

ОПЫТ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ОККЛЮЗИИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРТОСИСТЕМНЫХ ШУНТОВ У ДЕТЕЙ

Разумовский А.Ю., Феоктистова Е.В., Галибин И.Е., Смолянкин А.А., Подвойская И.В., Титова Е.А.
ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава РФ, ДГКБ № 13 им. Н.Ф. Филатова ДЗМ, Москва

Венозный (аранциев) проток является фетальной венозной коммуникацией, которая позволяет оксигенированной крови пройти от пупочной вены в обход

печени. В норме проток должен самопроизвольно закрыться через 3-7 дней после рождения, оставляя после себя венозную связку. Когда это спонтанное закрытие не происходит, портосистемное шунтирование крови приводит к азотемии и энцефалопатии. При выраженной симптоматике проток может быть закрыт с использованием технологий интервенционной радиологии. По данным литературы, персистирующий венозный проток является очень редкой патологией. Выраженные признаки открытого венозного протока у ребенка могут отсутствовать, поэтому диагностика осуществляется либо при скрининговом УЗИ печени, либо при обследовании по поводу иной патологии. Основными жалобами при обращении к врачу у детей школьного возраста являются психоневрологический статус, нарушение поведения, эмоциональная лабильность, дефицит внимания, боли в животе.

В отделении торакальной хирургии и хирургической гастроэнтерологии ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова в 2015-2017 гг. наблюдались 4 ребенка с врожденными портосистемными шунтами. Возраст 3 детей – 5 лет, 1 – 16 лет. У всех детей венозный проток являлся случайной находкой при скрининговом УЗИ брюшной полости.

При дообследовании в нашей клинике (УЗИ, КТ с контрастированием, ангиография) выявлялся аномальный крупный сосуд, соединяющий левую долевую ветвь воротной вены с левой печеночной веной, что соответствует расположению венозного протока. Скорость кровотока по патологическому сосуду составляла 50-60 см/с. Отмечалось расширение печеночной артерии, расширение сосудов артериальной сети печени до подкапсульной зоны. Состояние печеночной паренхимы было без видимой ультразвуковой патологии.

Особенное внимание хочется обратить на значительное нарушение психоэмоциональной сферы у детей дошкольного возраста: плаксивость, эмоциональная неустойчивость, возбуждение, неконтактность.

Уровень билирубина у больных составлял 1,4-1,8 мг/дл (норма <1,2 мг/дл). Отмечался также повышенный уровень содержания аммиака в крови 57-65 ммоль/л (норма <32 ммоль/л), что привело к развитию печеночной энцефалопатии и явилось причиной развития неврологической симптоматики у пациентов.

При проведении МРТ головного мозга с протонной спектроскопией у 2 пациентов была выявлена высокая интенсивность сигнала бледного шара и черной субстанции (globus pallidus et substantia nigra) на T1-взвешенных изображениях.

Была выполнена диагностическая ангиография – мезентерикография, на которой в венозную фазу контрастировалась воротная вена с отходящим от нее венозным протоком, несущим кровь в нижнюю полую

вену в обход портальной системы печени. Паренхима печени в портальную фазу практически не контрастировалась.

Была выполнена пункция правой внутренней яремной вены и катетеризация аранциева протока. Протоки были закрыты путем установки эндоваскулярного сосудистого окклюдера Amplatzer Vascular Plug II.

Дети повторно обследовались через 3, 6 и 9 месяцев после установки окклюдера. Отмечалось открытие внутривенных ветвей воротной вены и полная окклюзия патологического шунта, нормализация биохимического анализа крови. Отмечалось также значимое улучшение психоэмоционального состояния.

Таким образом, малоинвазивные интервенционные технологии позволили не только выявить диагностические нюансы порока развития сосудов печени, но и выполнить успешное лечение врожденных портосистемных шунтов.

ОСОБЕННОСТИ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ИЗ ЕДИНОГО ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ДОСТУПА

Самарцев В.А., Гаврилов В.А., Попова М.В.
ГБОУ «ВПО Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера» Минздрава РФ,
Пермь, Россия
ГАУЗ ПК Городская клиническая больница №4,
Пермь, Россия

Выполнено 117 холецистэктомий по технологии единого лапароскопического доступа: у 96 больных использованы системы SILS-port (Covidien), у 19 – X-CONE (Storz), у 2 – 3-Port (Olympas). Технология единого лапароскопического доступа (SinglePortAccess) – это дальнейшая минимизация миниинвазивной абдоминальной хирургии. Однопортовый трансумбиликальный доступ, современный специальный хирургический инструмент, другая оперативная техника, прекрасный косметический эффект заставляет хирургов апробировать новые технологические подходы к традиционной лапароскопической хирургии желчнокаменной болезни. Несмотря на всю привлекательность и потенциальные возможности данной технологии, при проведении операций существует ряд технических трудностей. Прежде всего, возникает «конфликт инструментов» и оптики, так как они проходят параллельно в очень узком пространстве, что затрудняет манипуляции, как в абдоминальной полости, так и в зоне их управления. Поэтому остро стоит проблема выбора и разработки специальных инструментов и оперативно-технических приемов для успешного проведения подобных операций и профилактики послеоперационных осложнений. Специального отбора пациентов по антропометрическим данным, возрасту, степени ожирения и форме воспаления желчного пузыря не производилось. Показанием к однопортовому

операциям при ЖКБ считали наличие пупочной грыжи у 23 (19,6) больных. У 65 (55,5%) человек ИМТ был больше 30 кг/м². По поводу хронического калькулезного холецистита оперированы 67 (57,2%) человек, остро катарального калькулезного холецистита – 28 (23,9%); острого флегмонозного калькулезного холецистита – 17 (14,5%), острого калькулезного гангренозного холецистита – 5 (4,2%). У 15 (12,8) больных острым холециститом, паравезикальным инфильтратом, перихолециститом, гепатомегалией и внутривнутрипеченочным расположением желчного пузыря мы дополнительно вводили 5 мм порт в правом подреберье, через который после окончания операции дренировали подпеченочное пространство. Релапароскопии выполнены 2 (1,7%) больным.

Заключение: при использовании X-CONE быстро и просто осуществляется трансумбиликальный доступ, но требуется специальный инструмент. Операции из SILS-port приближены по технике и инструментам к традиционной лапароскопической холецистэктомии. Важным фактором сокращения времени операции, улучшения техники ее проведения и профилактики осложнений независимо от особенностей однопортового доступа и инструмента является квалификация хирургов.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ БИЛИАРНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

*Ходжиматов Г.М., Хакимов Д.М.,
Мамадиев А.М., Карабоев Б.Б.,
Касимов Н.А., Пахмурин И.Р.*
Андижанский государственный
медицинский институт,
Андижанский филиал РНЦЭМП

Под нашим наблюдением находилось 62 больных с острым билиарным панкреатитом (ОБП) в возрасте от 23 до 72 лет.

Обращает на себя внимание то, что при УЗИ более чем у половины больных (49) был обнаружен микролитиаз. Следовательно, миграция микролитов через большой сосочек двенадцатиперстной кишки (БСДК), вызывая транзиторную или стойкую гипертензию в основном протоке поджелудочной железы (ОППЖ), приводит к развитию ОБП.

Так, при ФГДС с осмотром БСДК у 9 больных был обнаружен ущемленный камень БСДК, у 3 – закупорка его гнойно-некротической пробкой, у 2 – полипы устья сосочка, у 32 – острый папиллит, у 7 – парафатериальный дивертикул. У 12 больных в просвете ДПК были обнаружены микролиты, мигрировавшие через БСДК.

Всеми признано, что целью терапии при ОП является предотвращение системных осложнений заболева-

ния и инфицирования очагов панкреонекроза. В русле этих задач, как мы считаем, радикальное устранение патологии желчных путей является основным, так как предотвращается интрадуктальное, гематогенное, лимфогенное инфицирование очагов некроза, а также уменьшается риск системных осложнений ОП вследствие устранения билиарного сепсиса, деструктивного холецистита.

Всем больным после предоперационной подготовки выполняли ЛХЭ, в процессе которой уточняли масштабы панкреонекроза, состояние желчного пузыря и протоков. Отечный панкреатит установлен в 54,2% случаев, мелкоочаговый панкреонекроз – в 33,1%, крупноочаговый – в 8,5%, субтотально-тотальный – у 4,5% больных. Обострение хронического холецистита обнаружено у 37 больных, у 15 – диагностирован флегмонозный, у 6 – флегмонозно-гангренозный, у 4 пациентов ферментативный холецистит.

У всех больных с отечным панкреатитом и мелкоочаговым панкреонекрозом удалось остановить прогрессирование заболевания. При крупноочаговом панкреонекрозе сформировался парапанкреатический инфильтрат, который у 2 из 5 больных привел к образованию кист. У всех 3 больных с субтотальным панкреонекрозом произошло нагноение очагов некроза. Двое из этих больных погибли от гнойно-септических осложнений.

Таким образом, активная хирургическая тактика и интенсивная комплексная терапия, как показали наши наблюдения, наиболее оправданна при ОБП.

Эндоскопические методы привлекают своей малой травматичностью, возможностью быстро устранить гипертензию в ОППЖ, радикально разрешить патологию внепеченочных желчных путей – одного из важных источников инфицирования панкреонекроза и дополнительного очага системных осложнений заболевания.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА СКОРОЙ ПОМОЩИ

*Святненко А.В.¹, Мартынова Г.В.¹, Осипов А.В.¹,
Косачев В.А.², Унгурян В.М.¹, Демко А.Е.¹, Суров Д.А.²*
¹ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург,
²ФГБВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург

Нами проанализированы результаты использования малоинвазивных оперативных вмешательств у 533 пациентов с различными неотложными патологиями гепатопанкреатобилиарной зоны, поступивших в ГБУ

«Научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе» в 2013-2017 гг.

Большинство больных были с механической желтухой и холангитом различной этиологии. 405 (75,98%) пациентов подверглись антеградным декомпрессивным вмешательствам билиарного тракта по неотложным показаниям. Что касается пациентов с объемными образованиями брюшной полости и забрюшинного пространства, то им выполнялись различные дренирующие операции под контролем УЗИ. Пациентов с абсцессами печени было 26 (4,88%), кистами печени – 17 (3,19%), выявленными в послеоперационном периоде абсцессами подпеченочного пространства – 6 (1,13%), поддиафрагмального пространства – 19 (3,56%). Кисты поджелудочной железы были у 12 (2,25%), оментобурсы – у 4 (0,75%), парапанкреатические абсцессы, как исход острого панкреатита, – у 29 (5,44%). Ятрогенные повреждения желчевыводящих путей отмечались у 9 (1,8%), поджелудочной железы – у 8 (1,5%). 7 (1,31%) пациентам со свищами двенадцатиперстной кишки выполнялись вмешательства в объеме чрескожной чреспеченочной холецистостомы как компонент комплексного лечения дуоденальных свищей.

Послеоперационные осложнения отмечались только у пациентов с чрескожными эндобилиарными вмешательствами, их количество составило 26 (4,88%). 9 (1,69%) пациентам в связи с осложнениями потребовалось повторное оперативное вмешательство с эндотрахеальным наркозом. У 17 (3,19%) больных осложнения были купированы консервативно либо малоинвазивно. Летальный исход вследствие послеоперационных осложнений наступил у 4 (0,75%) пациентов. Что касается оперативных вмешательств, направленных на дренирование объемных образований под контролем УЗИ, то осложнений после них не отмечалось.

Полученные результаты позволяют сделать вывод, что малоинвазивные оперативные вмешательства, осуществляемые в экстренном порядке у больных с патологиями гепатопанкреатобилиарной зоны, имеют высокую эффективность. При данных видах оперативных вмешательств отмечаются низкие показатели послеоперационных осложнений и летальности. Малоинвазивные вмешательства предпочтительнее у больных с тяжелым преморбидным фоном, при тяжелом течении заболевания.

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ СЕЛЕЗЁНКИ

Степанова Ю.А., Ионкин Д.А., Кармазановский Г.Г., Алимурзаева М.З., Калинин Д.В.
**ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского»
 Минздрава РФ, Москва, Россия**

Метастазы в селезенку занимают особое место как с точки зрения редкости поражения, так и с позиции

не до конца изученных механизмов их возникновения. Причина редкости злокачественного, в том числе и метастатического, поражения селезенки до сих пор не ясна. Выдвинутые теории этого феномена предлагают следующие объяснения: выработка селезенкой специфических противоопухолевых клеток, возможность скорого их поглощения фагоцитами, особенности анатомического строения селезенки (особенно богатство кровеносными сосудами и специфика лимфатической сети). Описания метастатического поражения селезенки встречаются крайне редко.

Цель: анализ результатов диагностики больных с метастатическим поражением селезенки.

Материал и методы: в Институте хирургии им. А.В. Вишневского более чем за тридцать лет накоплен опыт диагностики и лечения 350 больных с очаговыми образованиями селезенки. Метастазы в селезенку диагностированы у 12 (3,4%) пациентов: рака яичников – 4, колоректального рака – 2, по одному наблюдению – забрюшинной полиморфно-клеточной саркомы, гепатоцеллюлярного рака, рака поджелудочной железы и двенадцатиперстной кишки, карциноида желудка, щитовидной железы.

Были оперированы 2 больных: больной с метастазом забрюшинной полиморфно-клеточной саркомы произвели удаление забрюшинной опухоли и вторично измененной селезенки; пациенту с метастазами колоректального рака – удаление селезенки после резекции печени по поводу вторичных изменений. Остальные пациенты не были оперированы в силу распространенности процесса с вовлечением других органов, в первую очередь, печени, им проводили соответствующее лечение (химиотерапевтическое, гормональное и т.д.) в условиях специализированных стационаров.

Результаты: целесообразно проанализировать данные 4 пациенток с метастазами рака яичников. У 3 из них был выявлен асцит, вторичные изменения печени, лимфоденопатия. Селезенка была увеличена у 2. При УЗИ в паренхиме, преимущественно под капсулой, определяли множественные (до 5) гипоэхогенные гомогенные вторичные очаги от 1,0 до 5,5 см, неправильно округлой формы, с нечетким контуром. В структуре очагов выявляли артерии с коллатеральным типом кровотока, у половины пациентов кровоток внутри образования обеднен, но усилен в прилежащих (питающих) интрапаренхиматозных сосудах. По данным КТ, на нативных сканах структура образования была не изменена, образование не дифференцировались. При внутривенном контрастном усилении в паренхиме селезенки определяли множественные округлые образования с ровными контурами, накапливающие контрастное вещество до 82-72 ед. Н. преимущественно по периферии. При значительном увеличении селезенки (16,6x7,6x10,0 см) она имела низкую рентгеновскую плотность при внутривенном введении контрастного вещества во все фазы исследования. При этом даже на нативных сканах в струк-

туре селезёнки определяли множественные жидкостные образования. При внутривенном контрастном усилении в паренхиме селезенки более чётко определяли множественные очаги округлой формы с чёткими и ровными контурами, накапливающие контрастное вещество до 76-62 ед. Н. преимущественно по периферии.

Анализ данных лучевых методов диагностики всех 12 пациентов показывает, что в случаях метастатического поражения селезенки следует обращать внимание на следующие параметры:

- клинические проявления отмечаются лишь при достижении образованием/ями значительных размеров;
- нередко определяется множественный характер поражения селезёнки;
- вероятность поражения нескольких органов (печени, легких, костной системы);
- преимущественно подкапсульная локализация очагов;
- при УЗИ в режиме дуплексного сканирования в структуре метастатического очага регистрируется артериальный кровоток коллатерального типа;
- низкая КТ- и МР-плотность образований, однородность структуры образований;
- при КТ на нативных сканах образования определяются в виде гиподенсных зон без четких контуров; незначительное накопление контрастного препарата очагами после его введения, при этом образование остаётся гиподенсным по отношению к паренхиме во все фазы исследования; чёткость контуров за счет появления гиперконтрастного ободка;
- возможно увеличение лимфатических узлов брюшной полости;
- увеличение селезенки не может служить диагностическим критерием;
- нередко отмечается наличие асцита.

Заключение: в случае обнаружения любого солидного/кистозно-солидного образования селезенки необходимо проводить дифференциальную диагностику со злокачественным опухолевым процессом, несмотря на относительную редкость подобных поражений, учитывая тот факт, что кроме первичных злокачественных поражений в селезенке могут выявлять и вторичные образования.

КРИОАБЛЯЦИЯ ПОД УЗ-КОНТРОЛЕМ У ПАЦИЕНТОВ С РАСПРОСТРАНЁННЫМ АЛЬВЕОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ

Степанова Ю.А., Ашивкина О.И., Ионкин Д.А.
ФГБУ «Институт хирургии имени А.В. Вишневского»
Минздрава РФ, Москва, Россия,
ИПО ФГАОУВО Первый Московский государственный
медицинский университет им. И.М. Сеченова Минз-
драва РФ (Сеченовский университет), Москва, Россия

Альвеококкоз – потенциально опасное природно-очаговое паразитическое заболевание, характеризу-

ющееся тяжелым хроническим течением и частыми рецидивами. Несмотря на то, что гистопатологически это заболевание является доброкачественным, по характеру течения, деструктивному росту и диссеминации в различные органы и ткани альвеококкоз схож со злокачественной опухолью.

Основным отличием течения альвеококкового поражения печени является медленный инфильтративный рост, что в сочетании с большими компенсаторными способностями печеночной ткани зачастую приводит к тому, что клинические проявления заболевания возникают поздно, уже при значительном распространении патологического процесса, на стадии присоединения осложнений. Бессимптомная стадия альвеококкоза от момента инвазии паразита до развития развернутых жалоб и появления отчетливой клинической симптоматики может продолжаться 10 лет и более. Причем, в отличие от злокачественной опухоли, у пациентов с альвеококкозом печени признаки интоксикации долгое время могут отсутствовать: больные не предъявляют жалоб на снижение аппетита и работоспособности, изменение массы тела. По этим причинам альвеококкоз чаще диагностируют на поздних стадиях, когда исключена возможность выполнения радикальной резекции печени, и на момент первичной диагностики более чем у 70% распространенность патологического процесса не позволяет выполнить радикальную операцию.

Цель: оценка возможностей выполнения криоабляции нерезектабельной паразитарной ткани под ультразвуковым (УЗ) контролем у пациентов с распространенным альвеококковым поражением печени.

Материал и методы: в Институте хирургии им. А.В. Вишневского в 2008-2016 гг. были обследованы 86 пациентов с альвеококкозом печени, 89 случаев (3 пациента были обследованы и прооперированы повторно вследствие развития рецидива). Возраст пациентов – от 19 до 76 лет, женщин было 49, мужчин – 37.

Для планирования тактики хирургического вмешательства принципиально важна точная предоперационная оценка распространения паразитарных масс на магистральные сосуды печени и область кавальных и гилссоновых ворот. Оперативные вмешательства различных объемов выполнили 77 пациентам: радикальные (в объеме R0) – 17 (22,5%); циторедуктивные (в объеме R1-2) – 48 (62%); паллиативные – 12 (15,5%). Распространенность патологического процесса не позволила выполнить оперативное вмешательство у 12 (13,5%) пациентов.

Результаты: до 2012 г. распространение на сосуды обеих долей печени не позволяло выполнить радикальное вмешательство у 31 (64,6%) больного. Рецидив заболевания у пациентов с циторедуктивными операциями (в сочетании с проведением длительной противопаразитарной терапии в п/о периоде) выявлен у 9 (29%) человек.

С 2012 г. при выполнении циторедуктивных операций у 17 (35,4%) больных стали одновременно выполнять криоабляцию нерезектабельной паразитарной ткани. Использовали криоаппликаторы диаметром от 2 до 5 см; целевая температура от -175 до -186 °С; время экспозиции: от 3 до 5 мин; число сеансов зависело от размера опухоли и варьировало в пределах от 1 до 9 (в среднем – 3,4).

Задачи интраоперационного ультразвукового исследования при криодекструкции: 1) достижение максимально полной ревизии; 2) контроль за установкой криозондов, криоаппликатора и термоиндикаторов; 3) мониторинг распространения фронта заморозки и характера кровотока в прилежащих сосудах. Этапы УЗ-контроля и диагностические характеристики изменений, происходящих в тканях при криовоздействии: 1) навигация; 2) формирование «iceball»; 3) оттаивание; 4) после удаления аппликатора.

Не считая пациента, умершего в раннем послеоперационном периоде от полиорганной недостаточности, остальные 16 больных этой группы наблюдаются по настоящее время: с 2012 г. выявлен 1 рецидив (продолженный рост) альвеококкоза (6% от пациентов, подвергшихся циторедуктивной операции с криодекструкцией).

Заключение: интраоперационная криоабляция нерезектабельной паразитарной ткани под УЗ-контролем при выполнении циторедуктивных операций по поводу распространенного альвеококкоза печени позволяет сократить число рецидивов/продолженного роста паразита.

МИНИЛАПАРОТОМНЫЙ ДОСТУП В ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ХОЛЕЦИСТИТОВ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

*Ходжибоев А.М., Арзикулов Т.С., Давлетов Б.Т.,
Юлдашев Э.Р., Яхшибоев Э.Э.*

Ташкентский областной филиал РНЦЭМП

Цель: улучшение результатов хирургического лечения деструктивных форм холециститов у пациентов пожилого и старческого возраста путем широкого применения минилапаротомной холецистэктомии (МЛХЭ).

Материал и методы: проанализированы результаты хирургического лечения 185 больных с деструктивными формами холециститов, находившихся в отделениях экстренной хирургии Ташкентский областного филиала РНЦЭМП в 2009-2017 гг. Мужчин было 44, женщин – 136. Средний возраст больных – 64,3 года. Согласно разработанному диагностическому алгоритму, всем больным при поступлении проводилось полное обследование, лабораторные исследования, УЗИ гепатобилиарной зоны, прогнозирование форм холециститов. У 87% больных имелись различные сопутствующие за-

болевания. Из общего числа оперированных морфологически у 25 больных установлен катаральный, у 118 – флегмонозный, у 42 – гангренозный холецистит.

Результаты: учитывая длительность приступа острого калькулезного холецистита, все больные были подвергнуты операции минилапаротомным доступом (длина лапаротомного разреза – от 6 до 8 см) под сбалансированной общей анестезией. Все операции выполнялись с учетом общего состояния больных, наличия сопутствующей патологии в сроках от 24 до 72 часов.

В послеоперационном периоде у 17 обследованных наблюдались осложнения в виде нагноения после операционной раны – у 9(4,8%), послеоперационной пневмонии – у 5 (2,7%), наружного желчеистечения – у 1 (0,5%), острого коронарного синдрома – у 2 (1,08%), тромбоза легочной артерии – у 1 (0,5%).

Летальность после МЛХЭ составляла 1,4%.

Таким образом, лечение больных с деструктивными формами острого калькулезного холецистита пожилого и старческого возраста представляет достаточно сложную задачу. Применение у данного контингента больных минилапаротомной холецистэктомии обеспечивает раннюю реабилитацию больных, значительно улучшает результаты лечения и снижает послеоперационную летальность и количество осложнений.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ *Хайитов А.А., Янгиев Б.А., Буриев А.А.* **Сурхандарьинский филиал РНЦЭМП**

Проанализированы результаты наблюдения 113 больных, которым в течение последних 5 лет в СФ РНЦЭМП произведено лапароскопическое вмешательство на органах брюшной полости: у 63 – лапароскопическая холецистэктомия, у 7 – аппендэктомия, у 15 – по поводу перекрута кисты яичника, у 4 – по поводу внематочной беременности, у 2 – по поводу травмы поджелудочной железы, у 3 пациентов – по поводу разрыва селезенки, у 19 – по поводу разрывов полых и паренхиматозных органов брюшной полости при закрытой травме живота с сочетанными повреждениями опорно-двигательных аппаратов и черепно-мозговыми травмами. Особое внимание было уделено 24 пострадавшим с политравмой.

Большинство больных поступили в стационар в экстренном порядке: в течение 2 ч после получения травмы – 14 (58,33%); до 6 ч – 6 (25%), спустя 6 ч – 4 (16,66%). Мужчин было 18 (75%), женщин – 6 (25%). Возраст – от 7 до 70 лет. Причина травмы: автотравма – у 12 (50%) больных, мототравмы – у 3 (12,5%), сочетанные травмы (абдоминальные с ЗЧМТ) – у 4 (16,66%), падение с высоты – у 5(20,83%).

Всем поступившим пациентам с закрытыми травмами живота, сочетанными с переломами опорно-двигательного аппарата и черепно-мозговыми травмами

после обследования по стандарту и проведения противошокового лечения в первые от 2 до 6 часов проведено диагностическое лапароскопическое исследование. Так как у пострадавших в состоянии шока отмечается дезориентация и спутанность сознания, а также то, что нередко из-за состояния алкогольного опьянения пациенты неадекватно вступают в контакт, это затрудняет определение повреждений внутренних органов, что в большинстве случаев приводит к диагностическим ошибкам и потере времени. Именно в таких случаях необходима лапароскопия, достоверность которой достигает 98%.

При лапароскопических исследованиях изолированные повреждения печени установлены у 5 (20,8%) пострадавших, сочетанные: разрыв печени + разрыв брыжейки – у 8 (33,3%), разрыв селезенки – у 5 (20,8%), забрюшинная гематома + селезенка – у 2 (8,3%), повреждение желудка + кишечника + мочевого пузыря – у 4 (16,6%). Всем больным оказана экстренная медицинская помощь по стандарту. Все диагностические лапароскопические манипуляции проводились 22 больным под общим обезболиванием, 2 – под местной анестезией.

Во время лапароскопии у 4 больных с изолированными повреждениями печени при сочетанных травмах опорно-двигательного аппарата и черепно-мозговыми травмами успешно остановлены кровотечения с коагуляцией линейных разрывов не более 1 см глубины печени, завершена манипуляция санацией и дренированием брюшной полости. «Сухая пункция» выявлена у 3 больных, для динамического контроля в брюшной полости оставлена дренажная трубка. У 1 из этих больных после проведенного противошокового лечения в динамике по дренажу появились кровянистые выделения, произведена лапаротомия.

Остальным больным по показаниям при наличии сочетанных повреждений полых и паренхиматозных органов брюшной полости своевременно конверсией произведена лапаротомия с благоприятными исходами.

Таким образом, применение лапароскопического исследования при сочетанных травмах позволяет избежать напрасных лапаротомий и облегчает своевременную установку диагноза и выработать правильную тактику лечения, что способствует снижению уровня послеоперационной летальности и количества осложнений.

ПОВТОРНЫЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОСЛЕ TIPS

*Шиповский В.Н., Цициашвили М.Ш.,
Джуракулов Ш.Р.*

**ГБОУ ВПО «Российский национальный
исследовательский медицинский университет
им Н.И. Пирогова» Минздрав, России, Москва, Россия**

Цель: восстановление адекватного просвета стента после Transjugularis Intrahepatic Portosystemic Shunt (TIPS) методом реолитической тромбэктомии (РТЭ),

баллонной ангиопластики (БА), вторичного стентирования (stentinstent).

В нашей клинике накоплен опыт выполнения 71 попытки TIPS у больных по поводу цирроза печени, класса В и С (классификация Child – Turcotte – Pugh), портальной гипертензии, варикозно-расширенных вен пищевода III степени и асцита. Мы использовали три вида стентов: матричные (PERICO), самораскрывающиеся (ZA-стент, Optimedsinus-SuperFlex-Visual, Zilver, SMART) и самораскрывающиеся с покрытием (GoreViatorr TIPS Endoprothesis). Средний возраст больных – 51,6 года. Неудачи при проведении TIPS были в 9 (11%) случаях. У 13 из 62 больных с удачным стентированием тромбоз стента произошел в разные сроки, причем у одного – дважды. В сроки до 4-х дней у 3 больных, от 1-го до 3-х месяцев – у 5 и от 6 месяцев до 1-го года – у 5. Чаще всего тромбоз наблюдался в матричных (3; 23,0%) (PERICO) и самораскрывающихся стентах (8; 61,0%) (Optimedsinus-SuperFlex-Visual). Клинически тромбоз проявлялся кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода. Верификация тромбоза в стенте проводилась с помощью ультразвукового дуплексного сканирования (отсутствие магистрального кровотока). Первичная проходимость стента после TIPS составила 79%, вторичная асстированная проходимость составила 96,8%. Первым этапом из правого трансюгулярного доступа выполнялась эндоваскулярная реканализация тромбированного стента. Далее производилась реолитическая тромбэктомия из стента катетером XPD с помощью насосной станции Jet 9000 (время работы – 3-5 мин). Для дальнейшего адекватного восстановления просвета производилась БА и/или стентирование stentinstent. У 1 больного для адекватного восстановления просвета оказалось достаточным выполнение солевой реолитической тромбэктомии. В 5 случаях производилась дополнительная баллонная ангиопластика с положительным результатом. 4 пациентам – стентирование (stentinstent) стент-графтом Viatorr – у 1, SMART – у 1 и Genesis – у 2. Две неудачные реканализации. В 2 случаях после баллонной ангиопластики отмечены остаточные стенозы стента до 50%, причиной которых явилась, по-видимому, пролабация ткани печени в ячейки стента.

Восстановление просвета тромбированного стента после TIPS путем комбинирования разных эндоваскулярных методик (реолитическая тромбэктомия, баллонная ангиопластика, стентирование stentinstent) является малотравматичным и эффективным и, самое главное, практически единственным способом адекватной реваскуляризации просвета стента.

Таким образом, использование эндоваскулярной техники позволяет снизить уровень рецидива кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода, увеличить продолжительность жизни пациента после TIPS и промежуток времени между процедурой TIPS и потенциальной трансплантацией печени.

**КАРБОКСИГРАФИЯ – ВОЗМОЖНОСТИ НОВОГО
МЕТОДА ВИЗУАЛИЗАЦИИ**

*Шиповский В.Н., Цициашвили М.Ш.,
Джуракулов Ш.Р.*

ГБОУ ВПО «Российский национальный
исследовательский медицинский университет
им. Н.И. Пирогова» Минздрав РФ, Москва, Россия

Цель: разработка методики визуализации ветвей аорты, нижних конечностей и воротной вены, а также выполнения эндоваскулярных операций с использованием медицинского углекислого газа CO₂.

Материал и методы: в 2009-2016 гг. ангиографические исследования с использованием медицинского углекислого газа в качестве контрастного вещества выполнены у 104 пациента. Мужчин было 43 (74%). Возраст больных – от 40 до 69 лет, средний возраст – 57,6±6,8 года. Больные были разделены на 2 группы. 1-я группа – 52 пациента с окклюзионно-стенотическим поражением ветвей брюшной аорты и нижних конечностей с высоким риском контраст-индуцированной нефропатии, 2-я – 52 больных с портальной гипертензией, у которых проводилась чреспечёночная портография для визуализации ветвей воротной вены.

Результаты: в 1-й группе медицинский газ CO₂ использовался в качестве КВ у пациентов с высокими показателями мочевины и креатинина или с аллергическими реакциями на традиционные жидкие йодсодержащие КВ. В 1-ю группу включены также 20 пациентов, у которых диагностический ангиографический этап перешёл в лечебный: 2 пациентам выполнено стентирование почечных артерий, 8 – стентирование подвздошных артерий, 4 – стентирование (или баллонная ангиопластика) ПБА и 6 – баллонная ангиопластика артерий голени. Качество визуализации артерий с применением медицинского газа CO₂ практически не уступало таковому при использовании традиционных жидких КВ. Из нежелательных реакций у 5 (9,6%) больных отмечались боли средней интенсивности в спине и нижних конечностях, проходящие самостоятельно через 5-10 с, причина – нейротоксичность газа. Других осложнений не наблюдалось.

У 52 больных 2-й группы медицинский газ CO₂ использовался для верификации формы портальной гипертензии, проходимости ствола воротной вены и её ветвей. У 7,6% качественную портограмму получить не удалось, причина – разработка методики введения на начальных этапах. У 66 (83,5%) пациентов диагностический этап переходил в лечебный – трансюгулярное портосистемное шунтирование.

Заключение: медицинский газ CO₂ является единственной альтернативой для ангиографии почечных и артерий нижних конечностей у больных с высоким риском контраст-индуцированной нефропатией, позволяющей дополнять диагностический этап возможностью выполнения интервенционными операциями. Методика карбоксиграфии также безопасна и эффективна для верификации формы портальной гипертензии.

**ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ
С ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**

*Шиповский В.Н., Цициашвили М.Ш.,
Джуракулов Ш.Р.*

ГБОУ ВПО «Российский национальный
исследовательский медицинский университет
им Н.И. Пирогова» Минздрава РФ, Москва, Россия

Цель: разработка и внедрение эндоваскулярных методик лечения кровотечений из варикозных узлов пищевода и резистентного асцита при портальной гипертензии.

Материал и методы: мы располагаем опытом выполнения эндоваскулярных операций при осложнениях портальной гипертензии, таких как редукция селезёночного кровотока (18), эмболизация кардиальных вен желудка (7), трансюгулярное портокавальное шунтирование (ТИПС) (167, технический успех – 92,3%), повторные вмешательства после ТИПС (33) и операция BRTO (2). Средний возраст больных основной группы (ТИПС) – 52,2±8,5 года. Основная этиология цирроза печени – алиментарная (68,7%). Большинство больных (99,1%) были в группе В и С печёночно-клеточной недостаточности по Child – Paque. Показаниями к эмболизации селезёночной артерии явилась панцитемия, к эмболизации кардиальных вен желудка – сохранение портокавального градиента давления, к операции ТИПС – кровотечение (39,0%), рефрактерный асцит (20,5%), сочетание кровотечения и асцита (40,5%), к операции BRTO – кровотечение из варикозных узлов желудка. В группе ТИПС больные были разделены на две группы: с голометаллическими стентами Maris, Sinus-Visual, SMART (118) и стент-графтами Viator (49). В случаях тромбоза стента использовались: сольная баллонная дилатация (16), стентирование stentin-stent (16), удаление тромбов с помощью корзины Dormia (5), реолитическая тромбэктомия AngioJet (5), параллельное стентирование (5) и Y-образное стентирование (3).

Результаты: через 18 месяцев первичная проходимость имплантированных стентов в 1-й группе составила 69,3%, первично-ассистированная – 85,6%, во 2-й группе первичная проходимость – 100%. В сроки до 18 месяцев в группе с голометаллическими стентами рецидив кровотечения отмечен у 32 (18,6%) пациентов, в группе со стент-графтами – у 19 (5,3%). У всех больных кровотечение было остановлено консервативными мероприятиями и, прежде всего, с использованием методики эндоскопического лигирования вариксов пищевода. Увеличение степени печёночной энцефалопатии или возникновение её в 1-й группе отмечено у 18 (10,4%) больных, в группе со стент-графтами – у 10 (7,9%). Тромбоз стента в 1-й группе выявлен у 64 (20,9%) больных, в группе со стент-графтами в указанные сроки тромбоза не отмечалось. Летальность в 1-й группе составила 22,1% (50 б-х), во 2-й – 13,2% (19 б-х). Причиной смерти явилось прогрессирование печёночно-клеточной недостаточности.

Таким образом, использование эндоваскулярных технологий является эффективным и малотравматичным методом лечения больных с осложнениями портальной гипертензией.

СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ

*Юнусов Р.С., Исхаков Б.Р., Алижанов А.А., Исхаков
Н.Б., Долимов Л.М.*

Наманганский филиал РНЦЭМП

Цель: улучшение диагностики и тактики лечения при острых хирургических заболеваниях брюшной полости с применением видеолaparоскопической техники.

Материал и методы: в течение последних 16 лет функционирования Наманганского филиала РНЦЭМП нами было выполнено 4659 лапароскопических холецистэктомий. Мы имеем опыт выполнения 518 симультанных оперативных вмешательств при сочетанной патологии органов брюшной полости и брюшной стенки. Наиболее распространенными сочетаниями лапароскопических операций являлись холецистэктомия и хирургические вмешательства при наличии сопутствующей гинекологической патологии.

Результаты: у 99 (19,1%) пациенток второе лапароскопическое вмешательство выполнено по поводу кист яичников, которые имели размеры от 5 до 10 см. Стерилизация маточных труб выполнена у 296 (57,1%) больных, сальпингооовариолизис и сальпингостомия при гидросальпинксе – у 36 (6,9%). У 34 (6,5%) больных лапароскопическая холецистэктомия предшествовала герниопластике пупочного кольца. При синдроме Кноха рассечение спаек выполнено у 50 (9,6%) больных. В 3 (0,5%) случаях лапароскопическая холецистэктомия сочеталась с кистэктомией (эхинококкэктомия, фенестрация солитарных кист) из печени.

В первую очередь вмешательство производилось на наименее инфицированных органах. Для извлечения желчного пузыря и кисты яичника из брюшной полости использовали доступ в параумбиликальной точке. В ходе операции не было необходимости введения дополнительного троакара в брюшную полость. Осложнений со стороны брюшной полости не наблюдали. Послеоперационный период у всех больных протекал гладко.

Сравнительный анализ результатов оперативного лечения больных, перенесших симультанные лапароскопические вмешательства, показал, что тяжесть течения послеоперационного периода, продолжительность пребывания больных в стационаре и сроки временной нетрудоспособности не отличались от таковых у пациентов, которое перенесли только одну хирургическую операцию.

Выводы: более активное внедрение симультанных лапароскопических операций в хирургическую практику позволяет оказать больному квалифицированную

помощь и уменьшить финансовые затраты, не прибегая к повторной операции, особенно к лапаротомии.

ТАКТИКА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПРИ СОПУТСТВУЮЩЕМ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ

*Яриев А.Р., Исонтурдиев У.И.,
Кунишев Ш.У., Алманов И.П.*
Сырдарьинский филиал РНЦЭМП

Желчнокаменная болезнь – одно из наиболее распространенных хирургических заболеваний органов брюшной полости. За последние 20 лет лапароскопическая холецистэктомия стала золотым стандартом в лечении острого обтурационного калькулезного холецистита. В то же время необходимо отметить, что в последние годы отмечается увеличение числа больных острым калькулезным холециститом с сопутствующими заболеваниями печени.

Цель: выбор оптимальной тактики хирургического лечения больных острым обтурационным калькулезным холециститом при циррозе печени.

Материал и методы: в отделении хирургии СО-ФРЭНЦМП в 2014-2016 гг. произведено 290 лапароскопических холецистэктомий. У 20 больных имелся сопутствующий цирроз печени. Больные с сопутствующим циррозом печени (11 женщин и 9 мужчин, возраст 33-69 лет) имели высокий риск оперативного вмешательства. Перед операцией всем больным циррозом печени проводили УЗИ органов брюшной полости: оценивали состояние печени, желчного пузыря, желчных протоков, поджелудочной железы и селезенки, а также характер анатомических взаимоотношений желчного пузыря с этими органами. В отдельных случаях дополнительно проводили компьютерную томографию, которая подтвердила диагноз.

Функцию печени оценивали на основании мезенхимально-воспалительных и холестатических параметров крови: АЛТ, АСТ, γ -глутаматтрансаминазы (ГГТ), щелочной фосфатазы и билирубина.

Во время операции определялась выраженная фиксация задней стенки желчного пузыря к печени. При сочетании хронического калькулезного холецистита с циррозом печени у первых 4 прооперированных больных с указанной патологией отмечалась склонность к выраженному кровотечению во время выделения желчного пузыря из печеночного ложа ввиду плотной фиксации. Гемостаз осуществляли путем электрокоагуляции и с помощью гемостатической губки, а одному больному потребовались лапаротомия и ушивание ложа. В этих случаях отмечалась выраженная фиксация определенного участка ложа желчного пузыря к печени, что затрудняло выделение пузыря из печени без грубых нарушений и соответственно было чревато сильным кровотечением. Поэтому в последующих 7 случаях при сопутствующем циррозе печени и ожи-

даемом кровотечении мы решили оставить такие фиксированные участки задней стенки желчного пузыря с печенью и прибегли к прижиганию всей слизистой (мукоклазии).

Результаты: до операции у больных с циррозом печени отмечались нарушения функции печени. До операции мы назначали больным циррозом печени гепатопротективное лечение: гептрал (по 2 таб. 2 раза в день в течение 14-28 дня), эссенциале-форте (по 2 капсулы 3 раза в день) и проведение специфической антиоксидантной терапии.

У больных циррозом печени после операции происходило улучшение показателей, отражающих функцио-

нальное состояние печени. При циррозе печени имеет место повышенная васкуляризация паренхимы печени и фиксация задней стенки желчного пузыря к печени, что повышает риск кровотечения из ложа желчного пузыря при его выделении. Во время лапароскопической холецистэктомии у больных циррозом печени, если имеется риск кровотечения из печени, следует оставить фиксированный участок задней стенки желчного пузыря и провести в последующем мукоклазию. Улучшение функционального состояния печени после лапароскопической холецистэктомии у больных циррозом печени является благоприятным фоном для дальнейшего эффективного лечения заболевания.

V. ОТДЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ДЕТОРЦИИ ПРИ ПЕРЕКРУТЕ КИСТ ЯИЧНИКОВ

Абдикулов Б.С., Касимова Д.М.
Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи

Осложненное течение заболевания у женщин с ретенционными кистами (РК) и новообразованиями яичников наблюдается в 9,2-29,0% случаев. Одним из наиболее грозных осложнений является перекрут РК. Задержка времени оперативного вмешательства повышает риск необратимых некротических изменений в ткани и частоту удаления придатков на стороне поражения. В связи с этим оптимизация хирургической тактики при наличии РК яичников является актуальной проблемой современной гинекологии.

Цель: ретроспективный анализ результатов лечения больных с перекрутом РК яичников, у которых использовались протоколы лечения, направленные на минимизацию хирургического травматизма и органорезекции.

Материал и методы: в 2002-2015 гг. в отделения неотложной гинекологии РНЦЭМП были госпитализированы 2390 женщин в связи с различными неотложными состояниями, связанными с осложненными формами РК яичников. Возраст больных – от 18 до 40 лет.

Результаты: 737 (30,8%) из 2390 больных с РК яичников поступили в отделение с картиной остро наступившего болевого синдрома, связанного с перекрутом. У 191 (25,9%) пациентки использовалась трансвагинальная пункционная склеротерапия. Ожидаемая стойкая деторция кисты после этого вида малоинвазивного лечения произошла у 157 (21,3%) пациенток, что позволило избежать у них хирургического вмешательства. У 34 женщин это не дало клинического результата, что потребовало неотложной лапароскопии, во время которой оказалось возможным проведение деторсии кисты с её удалением. Помимо этого, 134 женщинам проведена лапароскопия, во время которой также была констатирована возможность проведения деторсии кисты с последующей её энуклеацией и сохранением яичника. Осложнений не выявлено. Однако мы вынуждены констатировать весьма высокий показатель (51,3%) гомолатерального удаления пораженных придатков (у 378 из 737), что связано с поздним поступлением больных, перекрутом более 360° и развитием на этой почве необратимых изменений в яичнике и маточных трубах. Таким образом, из числа больных с перекрутом РК (737) удаление кисты яичника после деторсии произведено у 168 (22,8%), 378 (51,3%) потребовалось удаление придатков, у остальных 191 (25,9%) хирургический метод

не использовался, проводилась прицельная трансвагинальная пункция образования.

Перекрут РК встречается в 30,8% от общего количества всех осложнений. Оптимизация хирургической тактики у женщин репродуктивного возраста требует тщательной интраоперационной оценки состояния пораженных придатков и проведения органосохраняющей операции (деторсия и удаление РК яичника), что фактически является возможным у 22,8% больных с перекрутом РК яичника и у 30,7% больных, подвергнутых операции.

ТРОМБОЦИТОПАТИИ: ОСОБЕННОСТИ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ

*Абдулахатов Б.Ш., Рахимкулов Х.Х.,
Саттаров А.Э., Агзамов Н.Н.*
Центральный военный
клинический госпиталь МО РУз

Цель: изучение показателей свертывающей системы у больных с дезагрегационными тромбоцитопатиями.

Материал и методы: в исследование включены 40 лиц с ТП с дезагрегационными тромбоцитопатиями, из которых 15 имели наследственные формы (средний возраст 29,4±6,7 года). Контрольную группу составили 40 условно здоровых лиц сопоставимого возраста. В соответствии с целью исследования пациенты разделены на 2 группы: 1-ю группу составили допризывники с наследственной дезагрегационной тромбоцитопатией; 2-ю – 25 допризывников с приобретенной формой заболевания. В каждой группе определяли показатели гемостаза (каолин-кефалинового времени (ККВ) плазмы (Larrieu и Weillard в модификации З.С. Баркагана, 1975), толерантность плазмы к гепарину (ТПГ) (Котовщикова М.А. и др., 1961), ретракцию кровяного сгустка в пробирке (Балуда В.П. и др., 1980), адгезию тромбоцитов на стекловолочке (Одесская Т.А. и др., 1971), агрегацию тромбоцитов с ристомидином (Шитикова А.С., 1980). Статистическую обработку полученных данных проводили на персональном компьютере с использованием пакета стандартных статистических программ «Statistic for Windows». Достоверными данные считались при уровне различия $p < 0,05$.

Результаты: у больных обеих групп выявлены коагуляционные изменения, которые выражались снижением общей коагуляционной активности крови. Так, показатель ККВ в 1-й и 2-й группах удлинялся соответственно до 51,0±1,4 и 50,3±1,9 с, ТПГ – до 878,0±27 и 812,0±18 с; показатель ретракции кровяного сгустка составил соответственно 0,37±0,02 и 0,36±0,02; адгезия

живная функция тромбоцитов снизилась до $10,4 \pm 1,8$ и $16,2 \pm 2,1\%$; а агрегационная функция тромбоцитов до $11,8 \pm 0,4$ и $11,5 \pm 0,5$.

Выводы: 1. Полученные данные свидетельствуют об изменениях равновесия в системе гемостаза вследствие нарушения функций тромбоцитов, способствующего прогрессированию нарушений в коагуляционной системе при ТП. 2. Эти данные позволят обеспечить своевременную диагностику заболевания и профилактику осложнений, вызванных тромбоцитопатиями, тем самым позволят повысить процент оздоровления лиц с ТП.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АНЕВРИЗМ АОРТЫ

Абдурахманов А.А., Обейд М.А., Маирапов О.А., Рахимов Н.М., Ганиев У.Ш., Полвонов А.А.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель: анализ первого опыта хирургического лечения аневризм восходящей аорты.

Материал и методы: с декабря 2016 по март 2017 г. в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи оперированы 8 пациентов с аневризмами восходящей аорты. У 5 пациентов была дилатация в сочетании с двустворчатым аортальным клапаном, 2 пациента оперированы по поводу интраоперационной ятрогенной аортальной диссекции во время аорто-коронарного шунтирования на работающем сердце. Средний возраст составлял $52,5 \pm 2,7$ года (28-70 лет). Протезирование корня аорты композитным трансплантатом с механическим протезом выполнено у 5 пациентов, 3 больным выполнено протезирование восходящей аорты в условиях циркуляторного ареста (все пациенты с расслоением аорты – 1 с хроническим расслоением типа А, у 2 острая диссекция аорты тип А по Стэнфорду, развившаяся интраоперационно в ходе операции аорто-коронарного шунтирования).

Результаты: 3 пациента, оперированных по поводу расслоения аорты, погибли в раннем послеоперационном периоде от различных осложнений (2 в результате острой сердечно-сосудистой недостаточности, 1 вследствие респираторного дистресс-синдрома). В случае элективных хирургических вмешательств послеоперационный период протекал без осложнений.

Заключение: аневризмы корня и восходящей части аорты могут быть успешно оперированы с удовлетворительными непосредственными результатами. Хирургические вмешательства по поводу диссекции аорты требуют дальнейшего совершенствования хирургической техники и периоперационного ведения.

ДИССЕКЦИЯ АОРТЫ ТИПА А ПО СТЕНФОРДУ, ОСЛОЖНИВШАЯ ПЛАНОВОЕ АОРТО-КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ: СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Абдурахманов А.А., Обейд М.А.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Острое расслоение аорты – тяжелое осложнение, сопровождающееся высокой летальностью. Расслоение аорты типа А, возникшее во время планового вмешательства, превращает его в сложное вмешательство, требующее максимальной концентрации внимания и сил. Здесь мы приводим случай из практики расслоения аорты типа А по Стэнфорду, возникшего во время аорто-коронарного шунтирования.

Описание случая:

Пациентка женщина 62 лет была госпитализирована для проведения планового аорто-коронарного шунтирования трех коронарных артерий (ПМЖА, ОВ и ПКА) на работающем сердце. После удаления проксимального бокового зажима отмечалось кровотечение из проксимальных анастомозов, что позволило заподозрить расслоение аорты типа А по Стэнфорду. Проведенная в срочном порядке компьютерная томография подтвердила расслоение аорты. Больная в срочном порядке была транспортирована в операционную, где успешно было проведено протезирование восходящей аорты с реимплантацией проксимальных шунтов в протез, в условиях гипотермического циркуляторного ареста. Послеоперационный период сопровождался явлениями дыхательной недостаточности как результат массивной трансфузии, наблюдались также признаки нарушения когнитивных функций. Тем не менее, пациентка погибла на 10-е сутки после операции в результате респираторного дистресса.

Заключение: хирургические вмешательства по поводу ятрогенных диссекций аорты требуют дальнейшего совершенствования хирургической техники и периоперационного ведения.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭХОГРАФИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ

Абзалова М.Я., Юсупалиева Г.А., Хошимов Т.Р., Бабаханова Т.Г.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Острый аппендицит – острое хирургическое заболевание, требующее срочного оперативного вмешательства. Заболеваемость острым аппендицитом достаточно высока у взрослых. У детей эта патология встречается еще чаще, но только 1/3 (обычно дети старшего возраста) имеют классическую клинику. Поэтому необходимо использование различных диагностических методов, позволяющих осуществить быструю дифференцировку среди заболеваний различных ор-

ганов брюшной полости. На данный момент широко применяется ультразвуковое исследование (УЗИ).

Цель: установить диагностические возможности УЗИ и доказать его роль в дифференциальной диагностике острого аппендицита.

Материал и методы: нами проанализированы результаты УЗИ 45 детей, поступивших в приемное отделение ТашПМИ с подозрением на острый аппендицит, и 28 историй болезни тех детей, которых впоследствии госпитализировали в стационар.

Результаты: в ходе исследования выделены основные патологии для дифференциального диагноза с острым аппендицитом; проанализированы с помощью построения диаграмм возраст обследованных, жалобы, сроки госпитализации. Изучена ультразвуковая картина острого аппендицита. Из числа поступивших с подозрением на острый аппендицит по результатам УЗИ и клиническим данным диагноз подтвердился у 35%. Благодаря УЗИ 15% пациентов поставлен диагноз острого мезаденита. У 40% обследованных изменений в брюшной полости не выявлено, а по клиническим данным у 23% пациентов был выставлен диагноз функционального расстройства кишечника, у 17% осложнения ОРИ. С помощью УЗИ были также установлены диагнозы, связанные с патологией мочеполовой системы. УЗИ позволило найти объективные признаки таких заболеваний, как острый аппендицит (увеличение червеобразного отростка свыше 9 мм), острый мезаденит (увеличение лимфатических узлов свыше 10 мм).

Таким образом, УЗИ позволило решить вопрос о необходимости госпитализации в хирургический стационар или лечении на дому (25% поступивших с подозрением на хирургическую патологию), что позволило избежать необоснованной госпитализации в стационар.

Выводы: УЗИ является одним из ведущих методов диагностики причин острых болей в животе. Это безопасный, неинвазивный метод исследования, который может широко применяться в педиатрической практике.

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

*Азимов А.А., Маликов Ю.Р., Маматов К.С.,
Давронов А.У.*
Навоийский филиал РНЦЭМП

Резекция желудка как основной метод хирургического лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки прочно вошла в обиход хирургических отделений. Известны многочисленные варианты резекции желудка. Нами был разработан способ резекции желудка на ультракороткой петле

(патент №IAP04467 от 10.01.2012 г.). Суть операции заключается в том, что после резекции 2/3 желудка и ушивания культи двенадцатиперстной кишки (ДПК) рассекается трейтцева связка, приводящая петля подводится со стороны вновь сформированной малой кривизны желудка, и гастроэнтероанастомоз (ГЭА) накладывается на расстоянии 3-4 см от уровня трейтцевой связки в косопоперечном направлении к тонкому кишечнику. Через ГЭА удобнее дренировать просвет ДПК, проводя назогастральный зонд для декомпрессии ДПК, особенно при ее атипичных обработках.

В нашем филиале РНЦЭМП за последние 10 лет произведено 84 резекции желудка по поводу осложненных форм язвенной болезни. Мужчин было 69 (82,1%), женщин 15 (17,9%). Возраст больных от 15 до 75 лет. В экстренном порядке были оперированы 15 (17,8%) пациентов, в плановом – 69 (82,2%).

Резекция 2/3 желудка по Бильрот I выполнена 4 (4,8%) пациентам, резекция 2/3 желудка по методике проф. Л.Г. Хачиева – 18 (21,4%), резекция 2/3 желудка по Бильрот II на длинной петле – 11 (13,1%), резекция 2/3 желудка по Бильрот II на ультракороткой петле (методика отделения) – 50 (59,5%).

Осложнение в виде несостоятельности швов анастомоза наблюдались в 1 (1,2%) случае после резекции 2/3 желудка по методике проф. Л.Г. Хачиева.

Поздние осложнения наблюдались у 7 (8,3%) больных, в том числе гастрит культи желудка – у 6 (7,1%), демпинг-синдром – у 1 (1,2%). Летальный исход после операции резекция 2/3 желудка по Л.Г. Хачиеву вследствие несостоятельности швов гастродуоденоанастомоза наблюдался в одном случае (1,2%).

У больных, оперированных по предложенному нами методу, осложнений не наблюдалось. Преимуществом предложенного метода резекции желудка являются:

- 1) сокращение времени выполнения операции;
- 2) возможность полноценного дренирования ДПК через гастроэнтероанастомоз, сформированный на ультракороткой петле;
- 3) метод резекции 2/3 желудка по Бильрот II на ультракороткой петле приемлем, особенно в экстренной хирургии, когда нет возможности рентгенологического исследования на дуоденостаз и хирург ограничен во времени.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ АЛКОГОЛЬНЫХ ГЕПАТИТОВ

Акалаев Р.Н., Хожиев Х.Ш., Стопницкий А.А.
Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи,
Ташкентский институт усовершенствования врачей

Алкогольный гепатит (АГ) – заболевание печени, при котором воспалительный процесс в органе воз-

никает в результате систематического употребления больших доз алкоголя. Алкогольный гепатит обычно развивается очень медленно, часто болезнь длительное время остается незамеченной. При прогрессировании заболевания развиваются цирроз печени и печеночная недостаточность.

По данным научно-клинического отдела токсикологии РНЦЭМП, в 2002-2016 гг. с острыми токсическими гепатитами (ТГ) поступили 6583 больных, из них токсические алкогольные гепатиты отмечались у 4562, что составило 67,8% от общего числа пациентов с ТГ, при этом острая печеночная недостаточность (ОПечН) развилась у 918 (20,1%) пострадавших, из них умерли 138 (3,02%).

Диагностические мероприятия для определения тяжести АГ обязательно включали наблюдение и изучение клинических данных, тщательный сбор анамнеза, проведение биохимических исследований крови – билирубина, АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы, свободного аммиака, определение билирубина в моче, УЗИ печени.

Интенсивная терапия АГ включала как общие принципы лечения гепатитов, так и специфическое воздействие. Наш опыт показал, что эффективное лечение АГ невозможно без адекватной антидотной терапии, при этом наиболее эффективным антидотом является препарат глутатион, который нейтрализует токсины алкоголя и стимулирует репаративные процессы в клетках печени. Препарат вводится в средней дозе – 1200 мг/сут в/в капельно с момента поступления в течение 2-3-х дней.

Инфузионная терапия с форсированным диурезом является обязательным компонентом общей дезинтоксикационной терапии. Защитная печеночная терапия проводится путем внутривенного введения 20% раствора глюкозы с инсулином, глюкокортикоидами, витаминами группы В и С. Из гепатопротекторов наиболее эффективным является эссенциале в дозе до 0,5 мл/кг/сут с целью восстановления и сохранения клеточных структур печени и фосфолипидозависимых энзиматических систем. Для снижения уровня аммиака в крови при развитии ОПечН применяли орнитин (гепа-мерц) в дозе 25-50 мг/кг/сут. При выраженной гипербилирубинемии и внутривенном холестазае – ремаксол по 400,0 мл 2 раза в сутки. При развитии ОПечН, учитывая нарушение белоксинтезирующей функции печени, гипопротеинемию и особенно гипоальбуминемию, с целью уменьшения отека асцитического синдрома и профилактики геморрагического синдрома вводился 10-20% раствор альбумина и СЗП.

Таким образом, к интенсивной терапии АГ необходим комплексный подход, направленный на элиминацию алкоголя, на дифференцированный подбор гепатопротекторной терапии, профилактику и терапию острой печеночной недостаточности.

ВЛИЯНИЕ ТОКСИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ НА ЦЕНТРАЛЬНУЮ И ВЕГЕТАТИВНУЮ НЕРВНУЮ СИСТЕМУ У БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ

Акалаев Р.Н., Хожиев Х.Ш., Стопницкий А.А.
Республиканский научный центр экстренной

медицинской помощи,

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Острые отравления алкоголем, особенно на фоне длительного злоупотребления спиртными напитками, часто осложняются нарушением функций вегетативной и центральной нервной системы, т.е. алкогольной энцефалопатией (АЭ). В последнее время основной причиной АЭ считают нарушение детоксицирующей функции печени, в результате чего происходит резкое повышение уровня свободного аммиака, при этом высокая концентрация данного метаболита является одним из важнейших факторов развития АЭ.

Цель: изучение показателей вегетативной нервной системы и когнитивных функций у больных с острыми отравлениями алкоголем в зависимости от уровня свободного аммиака и длительности алкогольной интоксикации.

Материал и методы: в исследование включены 96 пациентов с острыми отравлениями алкоголем на фоне хронического его употребления в возрасте от 30 до 55 лет, поступивших в 2015-2016 гг. в отделение токсикологии и токсикологической реанимации РНЦЭМП. Алкоголь крови составил в среднем $1,8 \pm 0,9$ г/л. Исследуемых разделили на 3 группы: 1-я группа составили 34 больных с высоким уровнем свободного аммиака – свыше 60 мкмоль/л, длительность запоя у этих больных превышала 10 дней. Во 2-ю группу включены 32 больных со средним уровнем свободного аммиака – 32-60 мкмоль/л на фоне запоя от 5 до 10 дней. В 3-ю группу вошли 30 больных с относительно низким уровнем свободного аммиака – менее 32 мкмоль/л и длительностью запоя до 3-х дней. Степень когнитивных нарушений изучалась по шкале MMSE (Minimalstateexamination) по 10 позициям в баллах, шкале FAB по 6 позициям и теста Рейтана в секундах. С целью анализа ВНС изучены функции гемодинамики: ЧСС, систолическое и диастолическое артериальное давление (САД и ДАД), вегетативный индекс Кердо (ВИ) по формуле $VI=(1-D/P)$, где: D – диастолическое АД, P – частота пульса в мин. Проведен анализ сердечного ритма методом кардиоинтервалографии (КИГ) по Р.М. Баевскому. При это изучались Мо (мода), АМО (амплитуда моды), ИН (индекс напряжения) в условных единицах.

Результаты: у пациентов 1-й группы при поступлении отмечается выраженное нарушение уровня интеллекта по шкалам MMSE, FAB, суммарный балл составил соответственно $17,5 \pm 1,2$ и $9,4 \pm 1,4$. Тест Рейтана больные выполняли с частыми ошибками. Практически только 2 пациентов закончили данный тест с результа-

том соответственно 246 и 316 с, что соответствует тяжелым когнитивным поражениям. При среднем уровне свободного аммиака у пациентов 2-й группы суммарный балл когнитивных функций по шкалам MMSE и FAB составил соответственно $23,6 \pm 1,2$ и $11,2 \pm 1,9$, а тест Рейтана – $156,5 \pm 22,5$ с, что также соответствует умеренным когнитивным поражениям. У пациентов с низким уровнем свободного аммиака согласно проведенному скринингу уровня интеллекта по шкале MMSE FAB составил $26,7 \pm 1,4$ и $13,2 \pm 1,6$, а тест Рейтана – $132 \pm 16,4$ с, т.е. отмечались легкие когнитивные нарушения. При поступлении в стационар у всех больных преобладала гиперсимпатикотония. Это характеризовалось увеличением значений систолического и диастолического давления, ЧСС, соответственно индекса Кердо, а также показателей моды и амплитуды моды (АМо). При этом у пациентов с высоким уровнем свободного аммиака показатели гемодинамики превышали предельные нормальные значения в 1,3, 1,2, 1,6, 2,5 раза, а показатели КИГ были ниже соответственно в 1,2 и 1,3 раза. В дальнейшем у 25 (78,1%) больных с высоким уровнем свободного аммиака отмечалось развитие алкогольного делирия.

Выводы: 1. У больных с алкогольной интоксикацией отмечается снижение когнитивных функций и гиперсимпатикотония пропорционально уровню свободного аммиака. 2. У больных с высоким уровнем свободного аммиака развиваются выраженные нарушения интеллекта, которые требуют медикаментозной коррекции.

МЕТОДЫ ИМПЕДАНСНОЙ КАРДИОГРАФИИ ПРИ ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ У ДЕТЕЙ

Алимов А.А., Шарипов А.М., Шаукрамов Ш.Ш.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: С учетом того, что мониторинг гемодинамики является важнейшей составной частью обеспечения безопасности послеоперационного периода, одно из главных требований, предъявляемых к мониторингу гемодинамики на современном этапе – это малая инвазивность данного метода.

Цель исследований: Анализ диагностических возможностей методов импедансной кардиографии при оценке гемодинамических изменений раннего послеоперационного периода у детей, оперируемых по поводу врожденных пороков сердца.

Материалы и методы: Обследовано 30 (2-5 года) больных, оперированных по поводу врожденных пороков сердца (ВПС) «бледного» типа в условиях умеренной гипотермии. Обязательный мониторинг безопасности включал регистрацию АД, ЧСС, ЭКГ, SaO_2 , FiO_2 , термоконтроль. Оценку глубины анестезии и состояния миоплегии в группах проводили на основе регистрации биспектрального индекса электроэнцефалограммы (BIS). У всех больных применен расширенный неинвазивный мониторинг показате-

лей центральной гемодинамики с использованием системы «ЮМ 300» (Украина), когда регистрировали УО, ударный индекс (УИ), сердечный выброс (СВ), сердечный индекс (СИ) сердечных сокращений в 1 мин. и артериальное давление (АД) в мм рт. ст., объем циркулирующей крови (ОЦК) в мл/кг. Производился систематический электрокардиографический контроль.

Результаты и обсуждение: Изменения изучаемых показателей центральной гемодинамики в течение первых суток по сравнению с дооперационными данными у всех больных характеризуются увеличением минутного объема сердца на 12-48%. Наибольшее увеличение минутного объема сердца наблюдали также у детей в первые сутки после хирургической коррекции. На 2 сутки после операции средние величины минутного объема сердца постепенно снижались, учащение пульса на 20-36%, наиболее выраженное у детей в возрасте 2-3 лет. На 3 сутки послеоперационного периода наблюдали только постепенное урежение пульса. Изменения АД при неосложненном послеоперационном периоде были незначительными и не выходили за пределы физиологической нормы.

Выводы: Метод импедансной кардиографии технически прост в исполнении, безопасен и позволяет в режиме реального времени получить полную информацию о характере изменений системного кровообращения, обусловленных послеоперационным периодом кардиохирургических операций у детей.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Аралов Н.Р., Истоилов Ж.А., Иргашева У.З.

Самаркандский государственный медицинский институт

Введение. Бронхиальная астма (БА) – одно из наиболее распространенных аллергических заболеваний.

Одним из наименее известных осложнений бронхиальной астмы является патология органов пищеварения. Остается неизученным вопрос о наличии корреляция между поражением слизистой оболочки желудка в зависимости от тяжести и характера патологического процесса в легких при БА.

Цель исследования. Изучить патоморфологические и эндоскопические изменения слизистой оболочки желудка при бронхиальной астме.

Материал и методы. Выполнено сравнительное исследование 60 пациентов (мужчин и женщин) с контролируемой БА. Больные были разделены на три группы. Пациенты с легкой БА ($n=25$) составили 1-ю группу, пациенты с БА средней степени тяжести ($n=15$) вошли во 2-ю группу, 3-ю группу ($n=20$) составили пациенты тяжелой степени тяжести БА в соответствии с классификацией GINA-2009. Длительность заболева-

ния составила более 7 лет. Всем больным проводилось исследование слизистой оболочки желудка методом ФЭГДС.

Результаты. В нашем исследовании у 45 человек (75%) эндоскопические изменения носили поверхностный характер. Эрозивное поражение слизистой желудка отмечалось реже – у 9 человек (15%), когда как язвенное поражение встречалось – у 6 человек (10%). В первой группе наиболее часто встречались поверхностные и атрофические изменения слизистой оболочки желудка, которые наблюдались у 19 человек (32%). Во второй группе атрофические и эрозивные изменения выявлены у 9 (15%) больных. В третьей группе у 17 (28%) пациентов наблюдались эрозивные и язвенные поражения слизистой оболочки желудка. Следует отметить, что в 1-й группе поверхностные и атрофические изменения слизистой оболочки относительно преобладали и имели более динамичный характер течения и прогноз. Эрозивный характер изменений слизистой оболочки желудка наблюдался у 3 больных 1-й группы (5%), 2 больных 2-й группы (3%) и у 4 больных 3-й группы (7%), когда как язвенные изменения слизистой оболочки наблюдались у 2 пациентов (3%), 1 пациента (2%) и 3 пациентов (5%) соответственно. Следовательно, у больных 3-й группы изменения слизистой оболочки желудка в виде эрозивных и язвенных поражений наблюдались чаще по сравнению с больными 1-й и 2-й групп. По данным ФЭГДС, у больных БА 3-й группы, в 70% случаев был обнаружен глубокий характер язвенного поражения слизистой оболочки желудка.

Вывод. Таким образом, по данным эндоскопии при бронхиальной астме выявляются полиморфные изменения слизистой оболочки желудка. На наш взгляд, это связано с применением глюкокортикоидов и β₂-агонистов при БА. Поражение слизистой оболочки желудка имеет прямую зависимость от степени тяжести БА. У 75% больных эндоскопические изменения носили поверхностный характер, эрозивное поражение отмечалось у 15%, язвенное поражение встречалось у 10% больных. БА тяжелой степени тяжести сопровождалась более глубокими изменениями слизистой оболочки желудка с язвенным поражением. Эти изменения слизистой оболочки желудка в значительной степени ухудшают прогноз у больных БА.

НОЗОКОМИАЛЬНАЯ ПНЕВМОНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

Атажанова Н.М.
Хорезмский филиал РНЦЭМП

Нозокомиальная (госпитальная, внутрибольничная) инфекция – это общее состояние организма, которое является следствием ответной реакции на наличие

в организме инфекционного агента или его токсина, которой не было до проведения медицинских процедур и поступления пациента в стационар. Инфекцию следует считать нозокомиальной, если между ее проявлением и процедурой, вызвавшей ее, прошло не менее 48 часов.

Цель: ретроспективный анализ случаев нозокомиальной пневмонии (НП), развившейся у пациентов после операций на печени и желчных путях.

Материал и методы: проанализированы истории болезни 166 больных, находившихся на лечении в отделении хирургии в 2006-2016 гг., у которых послеоперационное течение осложнилось нозокомиальной пневмонией. Мужчин было 112 (67,5%), женщин 54 (32,4%). Моложе 19 лет было 14 (8,4%) пациентов, от 20 до 44 лет – 89 (53,3%), от 45 до 64 лет – 40 (24%), 65 и старше – 24 (14,4%).

69 пациентам была произведена ИВЛ во время оперативного вмешательства. Имеются многочисленные доказательства 6-21-кратного возрастания риска развития НП у пациентов, находившихся на ИВЛ. Это связано с тем, что нахождение эндотрахеальной трубки в дыхательных путях нарушает многие защитные механизмы: затрудняет или полностью исключает выделение бронхиального секрета посредством мукоцилиарного клиренса и кашля, нарушает целостность эпителиальной выстилки трахеи. Эндотрахеальная трубка представляет собой своеобразную ловушку для секрета, локализуя его выше раздуваемой манжеты, т.е. проксимальнее трахеи. Это может привести к колонизации бактерий в ротоглотке, способствуя проникновению контаминированного секрета между раздутой манжетой и стенкой трахеи в легкие.

Диагноз нозокомиальной пневмонии был подтвержден рентгенологически и аускультативно. По срокам выявления НП больные подразделялись следующим образом:

– в течение первых 5 дней после операции – 90 (54%);

– после 6 дней с момента операции и позже – 76 (45,9%). У этих больных были сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь у 2 (4,8%), ИБС. ПИКС – у 6 (1,5%), сахарный диабет – у 2 (0,6%), бронхиальная астма – у 1 (0,3%), ожирение – у 15 (8,9%), последствие перенесенного мозгового инсульта – у 1 (0,2%).

Заболевание начиналось остро с повышением температуры до 38,6-39° С и выше.

У 6 (3,3%) больных выраженные симптомы интоксикации (головная боль, вялость) наступили после кратковременного улучшения общего состояния. У 8 (4,6%) пациентов отмечались такие симптомы, как безучастность к окружающему, 45 (26,9%) отмечали тошноту и рвоту.

Вследствие дыхательной недостаточности у всех пациентов имела место одышка. В отдельные периоды

у больных частота дыхания достигала 30-40 в минуту. Цианоз слизистых оболочек и акроцианоз наблюдались в 41,3% случаев. В разгар заболевания приступообразный кашель отмечался у 142 (85,4%) пациентов, начало отхождения мокроты совпадало с улучшением состояния.

Боли в грудной клетке, усиливающиеся при дыхании, испытывали 138 (82,9%) больных, затрудненное дыхание отмечали 146 (87,8%) обследованных. Укорочение перкуторного звука отмечалось у 142 (85%) больных, у которых на фоне жесткого дыхания выслушивались мелкопузырчатые хрипы, на высоте вдоха выслушивалась крепитация. Бронхиальное дыхание выслушивалось у 68 (40,9%) больных. Чаще всего пневмония была двусторонней – у 101 (60,7%). У 33 (20%) больных была левосторонняя нижнедолевая пневмония, у 22 (13%) правосторонняя пневмония.

Всем пациентам была выполнена рентгенография органов грудной клетки в заднепередней и боковых проекциях, которая давала возможность установить не только сам факт наличия очаговой инфильтрации легочной ткани (с определением её локализации), но и оценить степень тяжести НП (мультилобарная инфильтрация, быстрое прогрессирование пневмонической инфильтрации).

Выводы: 1. Принимая во внимания факторы риска и патогенез НП, очевидно, что ее профилактика должна включать в себя комплекс взаимосвязанных мероприятий организационного технического и медицинского характера, мероприятий, усиливающих антиинфекционную защиту самого пациента и снижающих вероятность контаминации и инфицирования. 2. Строгое выполнение мероприятий по инфекционному контролю, обучение персонала и соблюдение правил дезинфекции, использование спиртосодержащих антисептиков для уменьшения риска перекрестного инфицирования. 3. Исключить случаи необоснованной интубации. Уменьшить длительность интубации и механической вентиляции.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА БУХАРЫ

*Ахмедов Л.А., Пулатова Ш.Х., Тоиров И.Р.,
Сафаров Н.Ш., Алиев Ж.С.
Бухарский филиал РНЦЭМП*

С начала изучения метаболического синдрома (МС) накоплено много данных о распространенности этого состояния и его компонентов в различных популяциях мира. Показано, что распространенность МС существенно варьирует в различных популяциях, причем эти различия зависят как от традиций, образа

жизни, генетических особенностей, так и от используемых критериев диагностики. Метаболические нарушения лежат в основе многих заболеваний, ведущих к преждевременному старению и сокращению продолжительности жизни. Особую актуальность это имеет для населения северных регионов, где воздействие неблагоприятных факторов внешней среды обуславливает особое течение метаболических процессов.

Цель: изучение распространенности метаболического синдрома среди населения города Бухары.

Материал и методы: выборка сформирована с использованием метода случайных чисел на основе списков избирателей. Обследованы 2293 человека (959 мужчин и 1334 женщины) в возрасте 20-69 лет (отклик 76%). К коренному населению (n=1055) отнесено аборигенное население Бухары. Средний возраст обследованной популяции – 46±12 лет. Во время обследования измеряли артериальное давление, уровень глюкозы, общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), объем талии.

Критерии исследования: для диагностики метаболического синдрома (МС) использованы критерии ВНОК (2008) и Международной диабетической федерации (IDF, 2005). За артериальную гипертензию (АГ) в соответствии с рекомендациями экспертов ВОЗ/МОАГ (1999) принимали уровень артериального давления 140/90 мм рт. ст. В группу лиц с АГ также были включены лица, принимавшие гипотензивные препараты в период обследования или прекратившие их прием менее чем за 2 недели до обследования.

Результаты исследования: стандартизованный по возрасту показатель распространенности АГ составил 36%; гипертриглицеридемии (ГТГ) – 25%, гипо-альфа-холестеринемии – 23%, абдоминального ожирения (АО) – 39%. Нарушения углеводного обмена по критериям IDF выявлены у 10% обследованных, по ВНОК – у 8%. Показатели распространенности отдельных компонентов МС зависели от половой принадлежности обследованных: среди мужчин чаще, чем среди женщин наблюдались АГ (соответственно у 48 и 41%, $p < 0,01$) и ГТГ (у 33 и 28%, $p < 0,01$); а среди женщин чаще АО (у 54 и 33%, $p < 0,01$), гипоальфахолестеринемия (у 27 и 21%, $p < 0,01$) и нарушения углеводного обмена (у 11 и 6%, $p < 0,01$). Среди некоренного населения распространенность компонентов МС была существенно выше аналогичных показателей среди коренного: АГ (соответственно у 47 и 39%, $p < 0,001$); ГТГ (у 43 и 18%, $p < 0,001$); АО (у 50 и 41%, $p < 0,001$); нарушения углеводного обмена (у 13 и 9%, $p < 0,01$). Распространенность МС по критериям IDF составила 9%, по критериям ВНОК – 16%. Показатели распространенности статистически значимо увеличиваются с возрастом обследованных: с 3-4% в группах 20-39 лет до 14-16% в 50-69 лет ($p = 0,01$). Среди некоренного

населения показатели распространенности МС были статистически значимо выше, чем среди коренного (по критериям IDF – 14 и 9%; ВНОК – 22 и 14%). В зависимости от пола различия обнаружены лишь при использовании критериев ВНОК (19% у женщин и 15% у мужчин, $p < 0,01$).

Заключение: среди обследованной популяции выявлена широкая распространенность компонентов метаболического синдрома. Среди населения метаболические нарушения в большей мере обусловлены дисбалансом систем, обеспечивающих функционирование «метаболического синдрома», вызванным несоответствием сложившегося типа обмена веществ изменившимся условиям жизни населения, вытеснением белково-липидного типа питания углеводным.

ЧРЕСКОЖНЫЕ КОРОНАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПАЦИЕНТОВ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Ахмедов Л.А., Пулатова Ш.Х.
Бухарский филиал РНЦЭМП

Цель: оценка эффективности чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) у пациентов старше 80 лет, поступивших с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST.

Материал и методы: проведен ретроспективный анализ клинических характеристик пациентов старше 80 лет с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST, поступивших в Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи города Бухары в 2015-2016 гг. Сравнивались две группы пациентов: 1-я – ЧКВ, 2-я группа – консервативная терапия.

Результаты: за изучаемый период поступили 67 пациентов старше 80 лет с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST. 43 (64%) из них было проведено ЧКВ, 24 (36%) получали консервативное лечение. Средний возраст пациентов – 84,8 года, самая старая пациентка (группа ЧКВ) – 91 год. Общая летальность составила – 26,8% (18 человек), в группе ЧКВ – 18,6% (8 человек), в группе консервативной терапии – 41,7% (10 человек). Из осложнений кардиогенный шок наблюдался у 8 (18,6) в группе ЧКВ, у 11 (45,8%) в консервативной группе, инсульт соответственно у 2 (4,6%) и 2 (8%). Осложнения места пункции (постпункционные гематомы) – у 9 (21%) пациентов, в двух случаях потребовавшие гемотрансфузии.

Заключение: проведение первичной ЧКВ у пациентов с ИМ с подъемом сегмента ST старше 80 лет эффективно в отношении снижения госпитальной летальности, несмотря на относительно большое количество процедурных осложнений.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ ДИВЕРТИКУЛЕЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ

*Ахмедов М.А., Наврузов Б.С.,
Мирзахмедов М.М., Рустамов А.Э.*
Ташкентская медицинская академия,
1-я клиническая больница МЗ РУз

Цель: улучшение результатов хирургического лечения осложнений дивертикулеза толстой кишки.

Материал и методы: в основу работы положены результаты обследования 216 больных, находившихся на стационарном лечении в проктологическом отделении 1-й клинической больницы МЗ РУз по поводу дивертикулеза толстой кишки. Мужчин было 128 (59,3%), женщин 88 (40,7%).

При диагностике, кроме общеклинических исследований, использовались ирригография, колонофиброскопия, при необходимости виртуальная колоноскопия и компьютерная томография, лапароскопия.

В результате у 156 (72,3%) больных дивертикулы выявлены в левой половине толстой кишки, из них в сигмовидной кишке у 122 (78%), в нисходящей кишке у 34 (22%). Поражение поперечно-ободочной кишки наблюдалось у 8 (3,7%), восходящей и слепой кишки – у 18 (8,3%), тотальное поражение было у 34 (15,7%) больных.

Дивертикулез без осложнения выявлен у 102 (47,2%) больных, осложнение острым дивертикулитом – у 8 (3,7%), кровотечением – у 92 (42,6%), перидивертикулярным инфильтратом – у 4 (1,8%), кишечной непроходимостью – у 4 (1,8%), наружным кишечным свищом – у 2 (1%), малигнизацией дивертикула – у 4 (1,8%).

У всех больных имелись различные сопутствующие заболевания: ИБС: стенокардия, гипертоническая болезнь, сахарный диабет и др.

Предоперационная подготовка и послеоперационное лечение больных производились с учетом основного и сопутствующего заболевания.

Хирургическое лечение выполнено у 98 (45,3%) больных. Левосторонняя гемиколэктомия с формированием трансверзоректального анастомоза произведена у 42 (42,8%), тотальная колэктомия с формированием илеоректального анастомоза при помощи циркулярно-сшивающих аппаратов (ЦСА) – у 26 (26,5%), тотальная колэктомия с формированием одностольной илеостомии – у 5 (5,1%). Резекция сигмовидной кишки с формированием десцендоректального анастомоза – у 11 (11,2%), резекция сигмовидной кишки с формированием одностольной десцендостомы – у 8 (8,3%), правосторонняя гемиколэктомия с формированием илеотрансверзоанастомоза – у 6 (6,1%) больных.

Осложнения в виде нагноения послеоперационной раны наблюдались у 6 пациентов, несостоятельности анастомоза у 2, летальных исходов не было.

Таким образом, при дивертикулезе толстой кишки в 52,7% случаев развиваются осложнения, при

которых показано оперативное лечение. При осложненных формах дивертикулеза объем экстренного оперативного вмешательства определяется индивидуально. При плановых операциях необходимо удаление всех отделов толстой кишки, пораженных дивертикулезом, вплоть до тотальной колэктомии с формированием первичного межкишечного анастомоза.

ЛЕЧЕБНАЯ ЭНДОСКОПИЯ ПРИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛАХ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

Ахраров А.П., Искандаров Н.А., Мирзакаримов А.А.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Многолетний опыт применения эндоскопии для диагностики и удаления инородных тел верхних отделов пищеварительного тракта доказал высокую эффективность этого метода.

Возможность фиксации инородного тела в стенке органа с повреждением ее и развитием грозных осложнений требует проведения диагностической эндоскопии в неотложном порядке. После установления характера и локализации инородного тела, оценки состояния стенок органов, контактирующих с инородным телом, выбирается рациональный способ его удаления.

Материал и методы: за последние 3 года через эндоскопический кабинет, организованный в приемно-диагностическом отделении нашего центра для выполнения экстренных эндоскопических манипуляций, прошли 66 больных с различными инородными телами, случайно или умышленно попавшими в верхний отдел пищеварительного тракта, подлежащими удалению. 44 (66,6%) пациента составили дети до 14 лет. Инородное тело пищевода обнаружено у 37 (56,1%) больных, в желудке – у 22, в двенадцатиперстной кишке – у 3. У 4 больных при эндоскопическом обследовании инородное тело обнаружить не удалось. Обзорная рентгенография брюшной полости показала, что инородное тело переместилось в тонкий кишечник, в связи с чем эти больные госпитализированы в хирургическое отделение для стационарного наблюдения.

Инородные тела (иголки, кусок лезвия, косточки, шпильки, монеты, кости мясные, шайбы, гайки, пуговицы и др.) во всех случаях извлекались наружу. У 17 пациентов манипуляции проведены под внутривенным наркозом, у остальных – под местной анестезией.

У 49 (74,2%) больных инородные тела задержались в верхней трети пищевода, что связано с рефлекторным спазмом устья пищевода, способствующим фиксации инородных тел.

61 (92,4%) больной с инородными телами пищевода обратились за помощью в первые часы, 5 (7,6%) – на

вторые сутки.

После удаления инородного тела, как правило, выполняли контрольный осмотр для исключения возможных повреждений слизистой пищевода. При наличии изменений в слизистой и подслизистой слое больные госпитализировались в стационар для динамического наблюдения на 1-2 суток.

Травма стенки пищевода инородными телом зависит от времени его вклинения, величины, характера краев, концов, неосторожных попыток извлечения. Мы наблюдали одно осложнение в виде подкожной эмфиземы, полностью исчезнувшей после консервативных мер у больного с двухсуточной давностью; инородным телом верхней трети пищевода была трехгранная остроконечная кость.

Таким образом, инородные тела пищевода должны удаляться в экстренном порядке квалифицированным врачом-эндоскопистом с применением волоконной оптики под местной анестезией. У детей и при крупных инородных телах манипуляцию желательнее проводить под общим обезболиванием. При малейшем подозрении на повреждение стенок пищевода больной должен быть немедленно госпитализирован в профильное отделение.

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ОТЕКА И НАБУХАНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

**Баратов Б.И.¹, Сабиров Д.Р.²,
Абдулахатов Б.Ш.¹, Салаев А.Б.³**

¹Центральный военный клинический госпиталь МО РУз,

²Ташкентская медицинская академия,

³Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи

Посттравматический отек и набухание головного мозга и связанная с ним внутричерепная гипертензия в значительной степени определяют течение и исход тяжелой черепно-мозговой травмы. Но эта проблема не решена до настоящего времени.

Цель: с учетом рабочей классификации развития отека и набухания головного мозга у больных с ТЧМТ изучить и внедрить в практику дифференцированную интенсивную терапию.

Материал и методы: проанализированы результаты лечения 180 больных (все б. мужского пола в возрасте 18-45 лет) с отеком и набуханием головного мозга при ТЧМТ, находившихся на лечении в 2002-2016 гг. Грозное осложнение в виде дислокационного синдрома диагностировано у 80% обследованных. Все больные были разделены на 2 группы. 90 пациентов 1-й группы лечились по предложенной методике, 90 пациентов 2-й группы получали стандартное лечение.

Нами разработан метод интенсивной терапии у больных с запрограммированными осложнениями

и основным из них – отеком и набуханием головного мозга при ТЧМТ с учетом адаптивных и саногенетических реакций.

Для этого нами были изучены рекомендации ведущих зарубежных клиник и с учетом личного опыта разработан алгоритм дифференцированной интенсивной терапии отека и набухания головного мозга. Лечебные мероприятия проводятся одновременно с коррекцией нарушений жизненно важных функций и терапией, направленной на купирование патологического процесса, обусловившего развития неотложного состояния. Вся терапия разделяется на два этапа.

I этап: 1. Обеспечить адекватную респираторную поддержку (недопустимы явления всех видов гипоксии), ИВЛ, режим гипервентиляции допустим в течение 6-10 ч, (например, аппарат для ИВЛ «Фаза-21; 23» удобен, прост в обращении, надежен), режим высокочастотной вентиляции в стационарных условиях, при длительной ИВЛ более 3-5 суток наложение трахеостомы с проведением санационных бронхоскопий.

2. Инфузионная терапия (в пределах 1-2 л, 500,0-1000,0 мл составляют ГЭК, стабилизируют гемодинамику, купируют «синдром капиллярной утечки»), АД систолическое в пределах 130-180 мм рт. ст. Не использовать растворы глюкозы (только в случаях гипогликемии используются гипертонические растворы глюкозы). Улучшить микроциркуляцию сосудов головного мозга (р-р реосорбилакта, тивортин и др.), антикоагулянты с 1-2 суток.

3. Противотечная терапия: осмодиуретики (в/в сорбилакт 200,0-600,0 мл, на фоне нормоволемии ЦВД=40-60 мм вод. ст., диакарб 1 таб. 2-3 раза в день, р-р глицерина). На первый план выходит свойство осмодиуретиков – уменьшение ликворпродукции, что актуально для профилактики нарастания ВЧД.

4. Проводить терапию по профилактике психомоторного возбуждения и судорожного синдрома.

5. Нейропротекция в первые часы после травмы (р-ры цитофлавина, глиатилина и др.), антигипоксанты (р-р цитофлавина в/в и др.) для уменьшения зоны отека и набухания головного мозга.

6. Дополнительный метод борьбы с отеком (поднятие головного конца кровати на 20-30° для улучшения венозного оттока от головного мозга).

II этап: декомпрессивная трепанация черепа, костный дефект 8-12 см, с обязательной пластикой твердой мозговой оболочки. Вопрос о нейрохирургическом вмешательстве решается при неэффективности I этапа или по показаниям при наличии дислокационного синдрома параллельно на первом этапе.

Таким образом, разработанные рекомендации (использование данной методики привело к снижению летальности на 30% по сравнению с контрольной группой) с учетом рабочей классификации (Баратов Б.И., 2015) следует рассматривать как оптимальную схему лечения, к которой необходимо стремиться, и как способ выработки единых подхо-

дов среди врачей анестезиологов-реаниматологов, нейрохирургов к интенсивной терапии данной категории больных.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ЭВАКУАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

*Баратов Б.И.¹, Расулов У.А.¹, Сабиров Д.Р.²,
Абдулахатов Б.Ш.¹, Камалов К.У.¹, Саттаров А.Э.¹*
¹Центральный военный клинический госпиталь МО РУз,
²Ташкенская медицинская академия

Лечебно-эвакуационные мероприятия – это совокупность мероприятий по доставке раненных и больных из района возникновения санитарных потерь на медицинские пункты, в лечебные учреждения. В целях оказания своевременной и полной специализированной медицинской помощи различают следующие виды эвакуаций: 1) эвакуация по назначению (догоспитальный, доклинический этап) – транспортировка пострадавшего с места получения травмы в лечебное учреждение, где ему будет оказана квалифицированная или специализированная (хирургическая, травматологическая и др.) помощь; 2) внутрисанитарная эвакуация (госпитальный, клинический этап) – это перемещение больного внутри лечебного учреждения (для проведения диагностических исследований, проведения хирургического вмешательства, перевод в другое отделение и др.).

В настоящее время принято полагать, что не существует противопоказаний к проведению медицинской эвакуации пострадавшего с места происшествия до госпитального этапа, если только на месте происшествия не констатирована биологическая смерть.

Актуальность темы обусловлена ростом травматизма во всех странах мира, что связано с ростом ДТП, локальные военные конфликты, техногенные катастрофы, и другие причины. В Европе ЧМТ является главной причиной смерти молодых людей до 35 лет. Распространенность ЧМТ в США составляет 200 на 100 тыс. населения, летальность при этом 10-15%, две трети пострадавших погибают на месте происшествия и по пути в больницу.

Цель: анализ опыта зарубежных медицинских центров и собственный опыт работы, разработать единую методику показаний к проведению лечебно-эвакуационных мероприятий при ТЧМТ, с учетом организационных аспектов медицинских учреждений.

Материал и методы: нами были проанализированы данные о состоянии больных с ТЧМТ, находящихся на лечении в лечебных учреждениях общего профиля, и эвакуированных на этап специализиро-

ванной помощи на 1 и 2 сутки после травмы 100 пострадавших (40 авиатранспортом, 60 автотранспортом, пострадавших с ТЧМТ из разных лечебных учреждений республики, на 1 сутки – 38 пострадавших, на 2 сутки – 62 пострадавших.). Лечебно-эвакуационные мероприятия проводились одной нейрореанимационной бригадой, но разными видами транспорта (авиа- и автотранспортом). В нашей клинике разработан алгоритм диагностики и интенсивной терапии, при проведении лечебно-эвакуационных мероприятий, с поправками на вид транспорта и временной фактор.

Результаты: больные, переведенные на этап специализированной помощи в первые сутки (38 пострадавших), были дообследованы (проведено КТ, МСКТ, МРТ в зависимости от оснащения стационара) и прооперированы по получению результатов исследования. Интенсивная терапия, начатая во время транспортировки, была продолжена и расширена с учетом результатов обследования. Летальный исход наступил у 4 больных, что было обусловлено тяжестью полученной травмы и развившимися осложнениями. Больные, переведенные на этап специализированной помощи на вторые сутки (62 пострадавших), были дообследованы (проведено КТ, МСКТ, МРТ в зависимости от оснащения стационара) и прооперированы по получению результатов исследования. Интенсивная терапия, начатая во время транспортировки, была продолжена и расширена с учетом результатов обследования. Летальный исход наступил у 9 больных, что было обусловлено поздней диагностикой и оперативным вмешательством по поводу ТЧМТ и развившихся осложнений, а также неадекватной интенсивной терапии в лечебном учреждении, где находились пострадавшие.

Выводы: 1. При выезде на консультацию к пострадавшему с ТЧМТ включать в бригаду дополнительно: нейрохирурга, нейрореаниматолога, фельдшера, укомплектовывать машину скорой помощи оборудованием на случай транспортировки пострадавшего с ТЧМТ на этап специализированной помощи из лечебных учреждений общего профиля, так как проведение МСКТ и МРТ-исследования на сегодняшний день является золотым стандартом обследования ТЧМТ. 2. При проведении интенсивной терапии перед транспортировкой и во время транспортировки, кроме общепринятых мероприятий по стабилизации жизненно важных систем (ССС, дыхательная система), особое внимание надо уделять нервной системе, так как, кроме полученной травмы, происходят запрограммированные вторичные изменения в центральной нервной системе. Необходимо включить в лечение с первых часов: антигипоксанты, нейропротекторы (растворы цитофлавина по 10,0-20,0 мл 1-2 раза на 100,0 мл физ. р-ра; глиатилин 4,0 мл (1000 мг) на 100,0 мл физ. р-ра,

в/в и др.). 3. Считаем, что единственным противопоказанием к эвакуации пострадавшего на этап специализированной помощи является нестабильная гемодинамика, несмотря на проводимую интенсивную терапию.

ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ОБОЖЖЕННЫХ

*Даминов Ф.А., Карабаев Х.К., Тагаев К.Р.,
Хакимов Э.А., Некбаев Х., Карабаев Ж.Ш.*

**Самаркандский филиал РНЦЭМП, Самаркандский
государственный медицинский институт**

Выраженность поражения внутренних органов при ожоговой болезни, в том числе и органов пищеварения, зависит от степени нарушения метаболических, эндокринных, иммунных процессов. Эти нарушения гомеостаза, в свою очередь, определяются тяжестью травмы, длительностью и выраженностью ожогового шока и обширностью глубоких поражений кожных покровов (Вазина И.Р. и др., 2010; Фаязов А.Д. и др., 2010). Чем тяжелее повреждения и состояние в остром периоде ожоговой болезни, тем с большей вероятностью можно ожидать осложнений со стороны органов желудочно-кишечного тракта (Карабаев Х.К. и др., 2010).

Цель: улучшение результатов лечения эрозивно-язвенных поражений и желудочно-кишечного кровотечения (ЖКК) у тяжелообожженных.

Материал и методы: под наблюдением были 105 пострадавших с тяжелой термической травмой (площадь глубокого ожога 20-40% п.т.), находившихся на лечении в 2007-2016 гг. в отделении комбустиологии Самаркандского филиала РНЦЭМП. Результаты лечения 55 пострадавших изучены ретроспективно, у 50 пострадавших основной группы проведен проспективный анализ. Течение ожоговой болезни у ряда больных осложнилось развитием кровотечения из верхних отделов ЖКТ.

Эрозивно-язвенные поражения ЖКТ отмечались у 23 (21,9%) пострадавших с обострением хронической формы язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки (ДПК). У 82 (78,1%) пациентов эрозивно-язвенные поражения ЖКТ развились остро. Возраст пострадавших – от 16 до 88 лет (средний возраст 57,8±3,5 года). 87 (82,8%) пострадавших – мужчины.

Результаты: в основной группе (50 пациентов) применялась разработанная программа опережающего лечения данного осложнения, которая включала: обеспечение адекватной моторики ЖКТ; улучшение микроциркуляции в подслизистом слое желудка и ДПК; улучшение тканевого дыхания в органах желудочно-кишечного тракта; локальное ингибирование избыточного перекисного окисления липидов; нормализация функционирования обкладочных клеток желудка для

исключения гиперацидного состояния; диагностическая фиброгастродуоденоскопия в динамике (2, 4, 6, 9 и 14 сут).

Показанием к внутривенной анацидной терапии (блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов или ингибиторы протонной помпы) с первых суток являлась тяжелая ожоговая травма (ИФ свыше 90 ед.) и язвенная болезнь в анамнезе, а также признаки желудочно-кишечного кровотечения: при отсутствии указанных показаний анацидная терапия проводилась перорально (блокаторы H₂-гистаминовых или m₁-холинорецепторов). У всех больных анацидную терапию продолжали до окончания клинических признаков синдрома системного воспалительного ответа. У 94% больных терапия анацидными препаратами была эффективна в профилактике массивных кровотечений. Схема органотекторной терапии включала также антацидные или комбинированные защитные препараты (альмагель, маалокс, вентер).

Массивное ЖКК, потребовавшее эндоскопической остановки, развилось у 16 больных и у 1 пациента, переведенного из субфилиала на 8-е сутки (контрольная группа), без применения анацидных препаратов, а также у 3 больных (основная группа), получавших комплексную терапию. С целью остановки продолжающегося артериального кровотечения у 17 больных и с целью профилактики рецидива кровотечения у 3 больных была выполнена эндоскопическая инфильтрация 70% спирта (2,5-5 мл) и раствора адреналина 0,1% 1-2 мл из 3-5 точек в окружности острой язвы или под сгусток. Гемостаз был эффективен у 15 из 17 больных с продолжающимся кровотечением и у 3 пациентов с угрозой рецидива. 2 больных были оперированы в связи с неэффективностью эндоскопического гемостаза и продолжающимся кровотечением, им произведено прошивание кровоточащего сосуда в дне острой язвы желудка (1) и ДПК (1). У 1 больного после остановки кровотечения наступила перфорация острой язвы ДПК, также потребовавшая оперативного лечения.

Летальных исходов было 8 (7,6%), из них в основной группе – 2 (4,0%), в контрольной – 6 (10,9%).

Выводы: патогенетически обоснованным методом выбора при развитии массивного кровотечения у обожженных является эндоскопическая остановка на фоне комплексной гемостатической, заместительной и ангиопротекторной терапии. При невозможности или неэффективности остановки кровотечения следует производить лапаротомию с гастро- или дуоденотомией и прошиванием кровоточащего сосуда в язве, а при перфорации острой язвы – ее ушивание, поскольку язвы у обожженных являются острыми и не приводят к развитию язвенной болезни, а гиперхлоридрия носит временный стимулированный характер, и по окончании острого периода ожоговой болезни желудочная секреция переходит в исходное состояние.

ИММУННЫЙ СТАТУС БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В УСЛОВИЯХ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО СЕПСИСА И МЕТОДЫ ЕГО ЛИМФАТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

Джумабаев Э.С., Асранов Ш.Я., Джалалов А.С.
Андижанский филиал РНЦЭМП

Резорбционная, эндосорбционная способности сальника, а также наличие функций источника дифференцировки и рециркуляции иммунных клеток обеспечивают защиту брюшной полости до определённого уровня критической массы чужеродного материала, после чего происходит сбой защитных функций брюшной полости. Несостоятельность иммунитета и лимфатической защиты брюшной полости способствует проникновению чужеродного материала в кровеносное русло и развитию симптомов абдоминального сепсиса. Перитонит с проявлениями абдоминального сепсиса, свидетельствующий о сбое защитно-приспособительных функций брюшной полости, требует использования методов лимфатической иммунокоррекции.

Цель: изучение резорбционной функции и иммунологических показателей перитонеального экссудата в экспериментальных и клинических условиях для разработки методов региональной лимфатической иммунотерапии в комплексе мер, способных решить проблему лечения и профилактики абдоминального сепсиса.

Материал и методы: суть метода заключается в установлении микроиригатора в области «фартука» большого сальника, где концентрируются «млечные пятна», и проведении лимфатической терапии посредством поочередного капельного введения раствора новокаина с добавлением лидазы в дозе 16 ед/кг массы, гепарина в дозе 80 ед/кг и иммуностимулятора – метилурацила в дозе 100 мг/кг 1% водного раствора.

Иммунология перитонеального экссудата изучалась в первые 5 суток послеоперационного периода. Относительный объём макрофагов у 248 больных контрольной группы, у которые применялись традиционные методы иммуностимуляции, снизился с 56,0±1,04% в 1-е сутки до 29,0±2,3% на 5-е сутки, процент фагоцитоза – соответственно с 20,33±0,16 до 12,0±0,44%, фагоцитарный индекс – с 4,7±0,46 до 3,5±0,05 ед., уровень IgA – с 241,83±3,12 до 190,0±2,0 мг%, IgM – с 66,33±1,12 до 24,5±3,4 мг%, IgG – с 1025±4,09 до 790,0±6,4 мг%. В основной группе у 212 больных проводилась процедура региональной лимфатической иммуностимуляции. Количество макрофагов в 1-е сутки было равно 45,59±2,3%, на 5-е сутки – 45,6±1,9%, процент фагоцитоза – соответственно 23,75±0,9 и 22,5±0,38%, фагоцитарный индекс возрос с 5,17±0,05 до 5,7±0,1 ед., содержание IgA – с 297,37±4,2 до 322,5±1,12 мг%, IgM – с 75,87±2,1 до 100,0±6,2 мг%, IgG – с 847,5±2,05 до 1355±6,5 мг%.

Результаты: положительная динамика иммунологических параметров соответствовала динамике

клинических показателей. Температурная реакция на 5-е сутки в основной группе составила $36,8 \pm 0,05^\circ\text{C}$, в контрольной $37,7 \pm 0,1^\circ\text{C}$, лейкоцитарная реакция на 3-и сутки $8,72 \pm 0,58 \cdot 10^9/\text{л}$ в основной группе, $11,1 \pm 0,86 \cdot 10^9/\text{л}$ в контрольной. Лейкоцитарный индекс интоксикации был равен соответственно $2,37 \pm 1,2$ и $5,93 \pm 0,98$ Ед. Перистальтика кишечника выслушивалась в среднем на 49 часу в основной группе и на 75 часу в контрольной. Гнойно-септические осложнения со стороны брюшной полости составили 6,79% в основной и 18,18% в контрольной. Количество койко-дней было равно соответственно 8,14 и 13,6 дня, летальность – 10,17 и 22,07%.

Таким образом, состояние иммунитета брюшной полости определяет развитие и исход воспалительного процесса при перитоните. Своевременная и достаточная его коррекция методами лимфатической терапии обеспечивают профилактику и лечение абдоминального сепсиса, способствует благоприятному исходу.

УШИБ СЕРДЦА КАК КОМПОНЕНТ ПОЛИТРАВМЫ

Жумаев Ф.Ф., Хамраев Т.О., Жураев И.Б.
Навоийский филиал РНЦЭМП

Механизмы развития дисфункции миокарда в условиях его травматического повреждения в настоящее время окончательно не выявлены. К тому же, если ушиб сердца произошел не изолированно, а совместно с травмой других органов и систем, то сложно определить грань между ними и посттравматической миокардиодистрофией, они, таким образом, дополняют и усугубляют друг друга. Поэтому своевременная диагностика, а равно и патогенетическая обоснованная медикаментозная терапия имеют весьма важное значение для предотвращения развития как непосредственных осложнений ушиба сердца, так и посттравматической миокардиодистрофии.

Иллюстрацией может служить наблюдаемый нами клинический случай. В приемное отделение Навоийского филиала РНЦЭМП после ДТП поступил больной М., 38 лет. Известно, что в момент аварии являлся водителем, пристегнут не был, находился в состоянии алкогольного опьянения. Имело место фронтальное столкновение, чем и обусловлен характер травм, отраженных в диагнозе (удар грудной клеткой о руль и удар головой о лобовое стекло). На момент поступления находился в оглушенном состоянии. АД 100/60 мм рт. ст., PS=110 уд/мин. При поступлении обследован травматологом, хирургом, нейрохирургом, кардиологом. Обследование включало общий анализ крови и мочи (лейкоцитоз до $16 \times 10^9/\text{л}$, лейкоцитарный сдвиг влево), биохимию крови в динамике (без существенных отклонений), КТ головного мозга, рентгенографию грудной клетки в динамике (перелом 5, 6, 7, 8 ребер; ушиб левого легкого, экссудативный плеврит), ультра-

звуковое исследование брюшной полости и органов малого таза, электрокардиомониторинг (подъем сегмента ST выше изолинии, признаки ишемии миокарда передней стенки левого желудочка). На ЭхоКГ зарегистрированы зоны локальной гипокинезии, снижение фракции выброса до 40%, минутного объема до 3 л/мин. Соотношение МВ-фракции с общей КФК (522 МЕ/л) 8%. Больному проведена диагностическая лапароскопия с целью исключения травм органов брюшной полости.

Наряду с проведенными лечебно-диагностическими мероприятиями, направленными на непосредственное устранение последствий травмы (вагосимпатическая блокада, плевральная пункция, торакоцентез, лечение переломов ребер), активной инфузионной (физ раствор, 5% р-р глюкозы), гемостатической (этамзилат, 1% р-р хлорида кальция), бронхолитической (эуфиллин), антибактериальной (цефотаксим, цефобид, линкомицин), противовоспалительной (ортофен, Лирика) терапии, нейротропной терапии ЧМТ (мексиприм, пирацетам) и дыхательными аналептиками (сульфокамфокаин), проводилась и терапия ушиба сердца, заключавшаяся во введении глюкозо-калий-инсулиновой смеси (200 мл 5% глюкозы + 10 мл КСI 5% + 4 ЕД актропида подкожно перед инфузией), милдроната (10 мл/сут в/в), рег ос предуктала МВ (60 мг/сут), эгилока в дозе 100 мг/сут. В процессе лечения наблюдалась положительная динамика, в том числе и со стороны сердечно-сосудистой системы, что нашло отражение в результатах лабораторных исследований (нормализация общего анализа крови), ЭКГ (возврат сегмента ST к изолинии, т.е. постепенная регрессия токов повреждения), ЭхоКГ (нормализация показателей насосной функции сердца).

Таким образом, при закрытых повреждениях грудной клетки необходимо уделять большее внимание диагностике повреждения сердечных мышц, при подозрении на которое обязательна консультация кардиолога, поскольку возможна травматизация кардиомиоцитов, а в тяжелых случаях и некоронарогенный инфаркт миокарда; обязательно выполнение стандартных диагностических мероприятий, включающих лабораторные анализы (ОАК, ОАМ, биохимия), проведение тестов на маркеры повреждения миокарда, электрокардиографию и кардиомониторинг, эхокардиографию для выявления жизнеугрожающих нарушений деятельности миокарда и обеспечения эффективного контроля за состоянием пострадавшего; для коррекции имеющихся нарушений, улучшения прогноза заболевания, предупреждения развития неблагоприятных последствий имеет смысл применение кардиотропной терапии, включающей цитопротекторы (милдронат, триметазидин), β -адреноблокаторы (метопролол), метаболическую терапию (глюкозо-калий-инсулиновая смесь).

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ АППЕНДЭКТОМИЯ У БЕРЕМЕННЫХ

Жуманазаров А.У., Маткулиев У.И.
Ташкентская медицинская академия

Цель: расширить возможности применения эндоскопических вмешательств при остром аппендиците у беременных.

Материал и методы: под нашим наблюдением в отделении экстренной хирургии 2-й клиники ТМА в 2010-2016 гг. находились 22 беременные женщины с острым аппендицитом. Все операции проводились под эндотрахеальным наркозом совместно с акушер-гинекологами. 6 (28%) женщинам лапароскопия была выполнена с целью диагностики, 16 (72%) – с лечебной целью. Срок беременности варьировал от 6 до 26 недель. Беременных в I триместре было 12 (54%), во II триместре – 10 (46%). Операции проводились на эндоскопической установке Karl Storz. Особенностью лапароскопической аппендэктомии у беременных было использование умеренного пневмоперитонеума.

Результаты: из 6 беременных женщин, которым была выполнена диагностическая лапароскопия, диагноз острый аппендицит подтвердился у 3, у 1 диагностирован разрыв кисты яичника, у 2 – перекрут фаллопиевой трубы.

16 беременным была выполнена лапароскопическая аппендэктомия. Острый простой аппендицит диагностирован у 2 женщин, флегмонозный – у 16, гангренозный – у 1 беременной.

Заключение: лапароскопическая аппендэктомия при беременности сочетает в себе преимущества эндоскопической и открытой операций, одновременно обеспечивая малую инвазивность и высокую эффективность. Вследствие малой травматичности вмешательства уменьшается количество послеоперационных осложнений, сокращаются сроки реабилитации больных, создаются хорошие условия для адекватной самостоятельной родовой деятельности.

НАШ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ НЕОТЛОЖНЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Жуманазаров А.У. Маткулиев У.И.
Ташкентская медицинская академия

Цель: оценка значимости и возможности применения лапароскопических операций в экстренной хирургии.

Материал и методы: нами проанализированы результаты лечения больных с острой хирургической патологией, ранениями и травмами живота, находящихся на лечении в отделении экстренной хирургии 2-й клиники ТМА в 2011-2015 гг. Накоплен опыт 462 лапароскопических операций, выполненных пациентам с острой хирургической патологией, ранениями и травмами живота.

Результаты: принципы лечения больных с различными нозологическими формами «острого живота» не отличались от таковых при открытых операциях. Лапароскопические технологии применялись у 54% больных из всех оперированных в экстренном порядке. Среди пациентов, у которых были определены показания к срочным операциям, лапароскопическая техника применялась в 41% случаев. Диагностическая лапароскопия позволила во всех случаях определить рациональную лечебную тактику. Оперативное лечение потребовалось 151 больному, у 83 оно было осуществлено лапароскопическим методом. Лапароскопические методики в лечении острого холецистита применялись нами у 155 пациентов. Тактика лечения определялась по результатам клинико-лабораторного и инструментального обследования. Переход на лапаротомию осуществлен у 5 пациентов. Осложнения развились в 8 наблюдениях. Для их устранения 3 пациентам потребовалась релапароскопия. В остальных наблюдениях проводилось консервативное лечение. Летальных исходов не было.

Заключение и выводы: возможности малотравматичных лапароскопических вмешательств определяли более активную хирургическую тактику. Использованный алгоритм диагностических и лечебных мероприятий улучшил результаты лечения и качество жизни пациентов. Применение лапароскопических технологий в неотложной хирургии не только оправдано, но и целесообразно благодаря максимальным диагностическим возможностям, полноте лечебного воздействия и хорошим результатам лечения. Описанные организационные и лечебные принципы неотложной лапароскопической хирургии на сегодняшний день являются оптимальными.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЫ В ПРИАРАЛЬСКОМ РЕГИОНЕ

Зияев Ю.Н., Мадреймов А.К.
Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи МЗ РУ,
Нукусский филиал Республиканского научного
центра экстренной медицинской помощи МЗ РУ

В настоящее время служба скорой медицинской помощи Нукусского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (НФ РНЦЭМП) развивается по определенному вектору направления, проявляя позитивную тенденцию, о чем свидетельствует положительная динамика статистических показателей деятельности отделения скорой помощи. Служба скорой медицинской помощи НФ РНЦЭМП, круглосуточно оказывая медицинские услуги населению, день за днем приобретает его доверие и

повышает обращаемость на станцию 103, тем самым повышая количество выполненных вызовов, а также госпитализацию в стационар.

Однако, несмотря на позитивную тенденцию и проделанную работу, ещё имеются актуальные вопросы службы скорой медицинской помощи НФ РНЦЭМП организационного характера, которые необходимо решать для удобства и улучшения оказания скорой медицинской помощи населению.

Цель исследования: Проанализировать деятельность и показать достигнутые результаты службы скорой медицинской помощи НФ РНЦЭМП за 2010 – 2016 гг., а также указать на слабое звено отделения скорой помощи, чтобы в дальнейшем была надежда и возможность на устранения данной проблемы.

Материалы и методы: Во время исследования были использованы материалы семи летней деятельности отделения скорой медицинской помощи НФ РНЦЭМП с 2010 по 2016 г. В качестве документов были использованы годовые отчеты, медицинские вызывные карты, диспетчерские журналы регистрации вызовов. Сделан анализ методом сравнения и соотношения пропорции.

Результаты исследования. За исследованный период деятельности службы скорой медицинской помощи (СМП) НФ РНЦЭМП наблюдается положительная динамика показателей работы отделения скорой помощи. Так, за 2010 год обращений населения на станцию 103 составляло 62363 случая, условно – 100%, в 2016 году этот показатель составил 97345 случаев, то есть 157%, что на 57% больше, чем в начальном стадии исследуемого периода.

Выполненные вызовы по линии СМП и оказанная медицинская помощь в 2010 году составила 61933 – 100% и в 2017 году 95946 – 155%, то есть отмечается прирост на 55% в сравнении с предыдущим периодом исследования. Здесь необходимо отметить, что каждый выполненный вызов осуществлен врачебной бригадой СМП, где бесплатно оказывается квалифицированная медицинская помощь с улучшенным сервисом, поэтому население потянулось в СМП.

Госпитализация больных и пострадавших с эвакуацией и оказанием медицинской помощи на пути следования в стационар в 2010 году составила 16312 случаев – 100%, а в 2017 году – 24104 – 148%, что на 48% больше по сравнению с предыдущим периодом. Эти показатели с положительной динамикой свидетельствуют о возросшей квалификации врачебного состава и улучшения сервиса оказания СМП, службы экстренной медицины (СЭМ). Ведь каждый больной на месте вызова лично осматривается врачом, полноценно диагностируется, ему оказывается скорая помощь, проводится лечение и при необходимости целенаправленно эвакуируется в стационар – подобная структура здравоохранения не встречается в

медицинских моделях зарубежных стран и не имеет аналогов в мире.

Выводы:

1. За исследуемый 7-летний период деятельности отделения СМП НФ РНЦЭМП, в динамике отмечается позитивная тенденция оказания скорой помощи населению Приаралья с приростом показателей обращаемости на 57%, выполненных вызовов на 55% и госпитализации на 48%.

2. Несмотря на достигнутые положительные результаты службы СМП, в целях улучшения и усовершенствования сервиса и безопасности оказания скорой медицинской помощи, необходимо оптимизировать централизованное обеспечение врачебно-фельдшерскими сумками, ящиками для содержания лекарственных препаратов и перевязочных материалов в гигиенических условиях, а также оснащения коллектива службы СМП специальной формой одежды с логотипами 103.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ И ВЛИЯНИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА АРТЕРИАЛЬНУЮ ГИПЕРТОНИЮ, МОЗГОВЫЕ ИНСУЛЬТЫ И СМЕРТНОСТЬ В СЛУЖБЕ СКОРОЙ ПОМОЩИ ПРИАРАЛЬСКОГО РЕГИОНА

Зияев Ю.Н.¹, Мадреймов А.К.²

¹Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи МЗ РУ,

²Нукусский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи МЗ РУ

Регион Приаралья, в том числе Республика Каракалпакстан на сегодняшний день находится в очаге создавшейся неблагоприятной экологической обстановки антропогенного характера, возникшей вследствие высыхания Аральского моря в течение 50 лет. Выносимая розой ветров на территорию населенных пунктов морская соль, превратившаяся в пыль, смешавшись с атмосферой, покрывает почву и водные ресурсы региона. Все это приводит к ухудшению экологии и негативно влияет на здоровье населения, особенно соли натрия, в избытке попадающие в организм алиментарным путем, вызывают артериальную гипертонию, мозговые инсульты, и большинство из этих случаев заканчиваются летальным исходом.

В этой связи нами было проведено исследование заболеваемости артериальной гипертонии (АГ), то есть гипертонических кризов и мозговых инсультов (острых нарушений мозгового кровообращения – ОНМК) на станции скорой помощи Нукусского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (НФ РНЦЭМП).

Цель исследования: Исследовать и проанализировать заболеваемость артериальной гипертонии,

мозговых инсультов и смертности по линии скорой медицинской помощи (СМП) НФ РНЦЭМП. Разработать методические рекомендации для улучшения и усовершенствования оказания СМП населению.

Методы и материалы: Проведенное исследование проанализировано методом сравнительного анализа и пропорционального соотношения статистических показателей деятельности отделения СМП НФ РНЦЭМП. Используются в качестве материалов годовые отчеты, вызывные карты больных и диспетчерские журналы регистрации вызовов отделения СМП НФ РНЦЭМП за 2013-2015 гг.

Результаты исследования: Артериальная гипертония (АГ), приведшая к гипертоническим кризам, в 2013 году наблюдалась у 13890 больных, что составило 19,5% от общего числа получивших СМП, а в 2015 году – 14928 больных (21,1%);

Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), то есть осложнения АГ в виде мозговых инсультов, параличей различной топографии в 2013 году составило 1046 больных – 1,5% и в 2015 году 1428 – 2,1%;

Смертность в 2013 году составила 289 человек – 0,4% от общего количества; и в 2015 году этот показатель составил 344 человек, что соответственно составило 0,5%;

Из них смертность до прибытия кареты скорой помощи в 2013 году составляет 275 – 0,38% и смертность при прибытии и оказания СМП составила 14 – 0,02%; В 2015 году этот показатель составил 326 – 0,48%, а также соответственно 18 случаев – 0,02%;

Наблюдаемые изменения в динамике повышения артериальной гипертонии на 1,6% и ОНМК, мозговых инсультов на 0,6% свидетельствуют о том, что вышеперечисленные факторы экологического кризиса региона, то есть засоленность почвы, воды, воздуха негативно влияют на организм и вызывают гипертонические кризы, а также мозговые инсульты. Отмечается также повышение смертности населения по линии СМП на 0,1% и смертности до прибытия кареты СМП на 0,1%; без изменения остается смертность при прибытии и оказании СМП на уровне 0,02%;

Выводы:

1. Выявлена тенденция прироста артериальной гипертонии на 1,6%, мозговых инсультов на 0,6%, а также повышение смертности на 0,1%;

2. Повышение заболеваемости артериальной гипертонии и мозговых инсультов, а также смертности населения свидетельствует о негативном влиянии засоленности почвы, воздуха и воды на здоровье населения Приаральского региона.

3. С целью совершенствования и улучшения качества оказания СМП и первичной профилактики артериальной гипертонии и мозговых инсультов необходимы оптимизация и автоматизация неотложной кардиологической помощи службы экстренной медицины на

догоспитальном этапе с использованием информационно-коммуникационных технологий.

БИЛИАРНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА

*Зохидова С.Х., Карабаев Х.К., Рузиев П.Н.,
Тагаев К.Р., Шоназаров И.Ш.*

**Самаркандский филиал РНЦЭМП, Самаркандский
государственный медицинский институт**

Желчнокаменная непроходимость тонкого кишечника встречается довольно редко, и многие хирурги сообщают только о единичных наблюдениях. В более крупных исследованиях этот вид обтурации составляет от 0,5 до 2% (Федоров А.В. и др., 2007).

Цель: анализ течения и исходов лечения обтурации просвета тонкой кишки желчным камнем.

Материал и методы: в Самаркандском филиале РНЦЭМП в течение 2010-2017 гг. были прооперированы 1363 больных с острой кишечной непроходимостью (ОКН). У 5 (0,36%) из них причиной ОКН послужили желчные камни. Мужчин было 3, женщин – 2, возраст – от 42 до 77 лет. У всех больных были от 5 до 8 различных тяжелых сопутствующих заболеваний.

Результаты: у всех больных в анамнезе желчнокаменная болезнь отсутствовала. Первыми симптомами явились боли в животе (мезогастрии и нижних отделах), рвота желчью или застойным желудочным содержимым.

Состояние пациентов при поступлении было средней тяжести или тяжелым. Признаки интоксикации и дегидратации (сухой язык, тахикардия), подтвержденные впоследствии лабораторными данными, выявлены у 4 больных. Вздутия живота не обнаружено. Пальпаторно болезненность определялась в левых отделах живота и мезогастральной области. Перистальтика была обычной и лишь в одном случае несколько усиленной. Выраженность клинических проявлений находилась в прямой зависимости от длительности заболевания. При относительно благоприятном течении в начале заболевания (2-3-и сут) у всех пациентов отмечались ухудшение общего состояния, усиление болей, повторная рвота, у 1 – судороги, а в дальнейшем (на 5-е сут) – анурия. Задержка стула на 2-3 дня была лишь у 2 пациентов.

На фоне проводимой терапии у всех больных отмечался положительный эффект: прекращение болей и рвоты, отхождение газов, в большинстве случаев – стул после очистительной клизмы. Однако через 4-8 часов улучшение сменялось возобновлением и усилением болей, повторной рвотой. У одной из наших пациенток на 5-е сутки заболевания развились симптомы перитонита.

Рентгенологическая картина также не была специфичной. Рентгеноконтрастный конкремент выявлен у 1 больной, и то только при ретроспективном анализе. В

других наблюдениях при первичном исследовании обнаруживалась пневматизация тонкой кишки и лишь в 1 случае (на 5-е сут заболевания) – единичный уровень жидкости в правой половине толстой кишки, что было расценено как динамическая кишечная непроходимость. При контроле только у 1 больной через 72 часа после первичного исследования появились признаки тонкокишечной непроходимости, у остальных при наблюдении в течение 15-32 часов – замедленный пассаж бария, пневматизация тонкой кишки, увеличение толстокишечного уровня жидкости и количества газа над ним.

После соответствующей подготовки больные были оперированы с диагнозом острый разлитой перитонит. При срединной лапаротомии выявлены obtурация подвздошной кишки у 4, некроз тонкого кишечника – у 1. Произведена энтеротомия (4), удаление камней (4,0x4,5, 5,6x5,0 – 7 штук) и ушивание кишки. Техника оперативного вмешательства была следующей. После интубации тонкой кишки с аспирацией содержимого, которую считаем необходимой, камень осторожно смещали проксимально на 40-50 см. Производили поперечную энтеротомию чуть выше конкремента над его верхним краем. Рассекали кишку на протяжении не более 2 см. Аккуратно проталкивая конкремент через кишку снизу вверх, «выдавляя» его нижний полюс, постепенно извлекали конкремент, при этом он как бы рождался через разрез, при необходимости дополнительно подхватывали его зажимом. Затем ушивали кишку двухрядным швом. В результате шов кишки получался небольшим, аккуратным и не деформировал просвет кишки. Слизистую с подслизистым слоем ушивали непрерывным кетгуттовым швом. Затем после антисептической обработки области кишечной раны ушивали отдельными швами мышечный и серозный слои в поперечном направлении. Назоинтестинальный зонд для послеоперационной декомпрессии кишечника проводили до илеоцекального угла.

У 1 больной с холецистодуоденальным свищом с некрозом подвздошной кишки произведена резекция кишки и наложена одноствольная илеостома с удалением камня 3,0x4,5 см. Послеоперационный период у 4 больных протекал с перитонитом с полиорганной недостаточностью и закончился неблагоприятным исходом. Выздоровел лишь 1 больной.

Выводы: желчнокаменная кишечная непроходимость характеризуется нетипичной клинической картиной, что обуславливает диагностические трудности и оперативное лечение в поздние сроки. Очевидно, что непроходимость бывает неполной, конкремент постоянно продвигается по кишке, при этом происходит частичный сброс химуса в нижележащие отделы. Уровень obtурации кишки зависит от длительности заболевания. Интраоперационные находки в целом однотипны, что позволяет дать достаточно четкие рекомендации по технике хирургического вмешательства, эффективность которых подтверждается на практике.

АКТУАЛЬНОСТЬ ДИАГНОСТИКИ ТАЛАССЕМИИ У ЮНОШЕЙ (16 ЛЕТ) В ПРЕДПРИЗЫВНОМ ВОЗРАСТЕ

Иноятов Х.П., Арипджанова Д.М.

Ташкентский институт усовершенствования врачей

В Республике Узбекистан порядок, время и место проведения ежегодных профилактических медицинских осмотров подростков и призывной молодежи (ПиПМ) и их оздоровление определены соответствующими законами и подзаконными актами в отделах по делам обороны районов (РОДО) специально созданными врачебными медицинскими комиссиями. Разработан единый механизм оказания медицинских услуг от раннего выявления заболеваний до оздоровления с улучшением состояния здоровья юношей.

Правильный отбор юношей для службы в рядах Вооруженных Сил и учебы в военнообразовательных учреждениях зависит от своевременного выявления хронических заболеваний с 15 лет методом ежегодной профилактических осмотров в РОДО. Среди хронических заболеваний выявление анемии и её правильная дифференциальная диагностика имеет важную роль в дальнейшей судьбе юноши, так как с железодефицитной анемией предоставляется возможность и время до достижения выздоровления, а в остальных случаях определяется негодность к военной службе уже в 16 лет. Поэтому определение этиопатогенетических причин анемии в 15-16 лет является важным подспорьем в повышении качества работы медицинских комиссий РОДО.

Среди анемий талассемия (наследственная гемолитическая анемия) заслуживает особого внимания врачей в связи с тем, что гетерозиготные формы, представленные как малая и минимальная талассемия, могут протекать как анемии легкой степени, проявления желтушного синдрома минимальны или иногда отсутствуют, селезенка по краю реберной дуги или выступает максимально на 1-2 см, а больные с гомозиготной формой с раннего возраста состоят на учете и регулярно получают необходимую терапию в специализированных гематологических центрах. Часто описанное состояние принимается за железодефицитную анемию легкой степени, проводится терапия препаратами железа, которая оказывается неэффективной.

Цель: разработка методов скрининга наследственных форм гемолитических анемий (НГА) в учреждениях первичного звена здравоохранения.

Материал и методы: проведен скрининг (результаты клинического осмотра больного, оценка общего анализа крови с развернутой формулой с подсчетом ретикулоцитов, оценка морфологии эритроцитов, биохимический анализ крови: уровень фракций билирубина, УЗИ печени и селезенки) среди 214 больных с анемиями.

Результаты: при обнаружении эритроцитопении, снижения уровня гемоглобина крови, чаще нормохромного, реже гипохромного цветового показателя,

ретикулоцитоза на фоне повышения непрямо́й фракции билирубина, устанавливалось наличие гемолитического синдрома у 115 (53,7%) больных. С учетом выявления характерных анамнестических и клинических проявлений (рецидивирующая желтуха, часто с момента рождения, нередко спленомегалия, иногда и гепатомегалия) среди больных с гемолитическим синдромом выделялась группа с гемолитическим синдромом – 68 (59,1%) больных лиц с подозрением на НГА. Именно у этих больных тщательно изучалась морфологическая характеристика эритроцитов (их форма, размеры, объем и др.). При выявлении микросфероцитов, овалоцитов, акантоцитов, стоматоцитов и др., диагностировались соответствующие наследственные мембранопатии эритроцитов, при наличии анизо-пойкилоцитоза и мишеневидных эритроцитов – гемоглобинопатии, в частности талассемии; по планоцитозу эритроцитов допускалась возможность наследственной энзимопатии эритроцитов. В последующем с помощью подтверждающих тестов верифицировался окончательный диагноз конкретной формы НГА.

Заключение: описанный принцип скрининга является надежным подспорьем для выявления и дифференцировки НГА в первичном звене здравоохранения.

ОПЫТ МАЛОИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ РЕТЕНЦИОННЫХ И ЭНДОМЕТРИОИДНЫХ КИСТ ЯИЧНИКОВ

Касымова Д.М., Абдикулов Б.С.

Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи

В структуре новообразований половых органов доля опухолей и опухолевидных образований яичников за последние 10 лет возросла до 25%. Среди них значительную долю (до 70%) составляют ретенционные (РК) и эндометриоидные кисты (ЭК) яичников. Сохраняющаяся высокая частота органуносящих оперативных вмешательств у женщин активного репродуктивного возраста в ургентной гинекологии (перекрут и разрыв кист) выдвигают эту проблему в число наиболее актуальных.

Цель: изучение результатов лечения больных с осложнениями РК и ЭК яичников, среди которых использовались протоколы лечения, направленные на минимизацию хирургического травматизма и органуудаления.

Материал и методы: проанализированы результаты лечения 2390 больных, госпитализированных в отделение неотложной гинекологии РНЦЭМП с различными неотложными состояниями, связанными с осложненными формами РК яичников, 383 больных с осложненными формами ЭК яичников. Все эпизоды, использованные в настоящей выборке, верифицированы результатами гистологических исследований. Возраст больных – от 18 до 40 лет.

Результаты: среди больных с РК (2390) у 1448 (60,6%) женщин выявлен разрыв кисты, у 737 (30,8%) – перекрут, у 205 (8,6%) – кровоизлияние в ее полость. Разрыв ЭК отмечался у 185 (48,3%) женщин из 383, перекрут – у 10 (2,6%), стадия предперфорации – у 188 (49,1%). У 1055 (44,1%) из 2390 пациенток хирургический метод не использовался, проводились прицельная трансвагинальная пункция полости кисты и консервативный метод лечения. Консервативный способ лечения оказался успешным у 668 (46,1%) женщин с разрывом РК яичников. К хирургическому вмешательству прибегали только при очевидном продолжающемся кровотечении. Трансвагинальная пункционная склеротерапия заметно чаще проводилась среди женщин с ЭК – у 138 (36,0%). Стойкая деторция РК яичников после её прицельной пункции произошла у 157 (27,0%) из 737 больных с перекрутом. Кровоизлияние в полость кисты (без прорыва) отмечалось у 205 женщин с РК. У большинства из них (89,3%) достаточным вмешательством явилась прицельная пункция образования, опорожнение крови и мелких сгустков с последующей коррекцией функции яичников. При этом кровоизлияние в полость кисты (без разрыва) мы регистрировали только при РК. В результате 1193 (43,0%) (всего больных, в том числе с ЭК, у которых использовались трансвагинальная пункционная склеротерапия и консервативный способ лечения) от общего числа больных (2773) хирургического вмешательства не потребовалось.

Таким образом, проведенные исследования показали, что протоколы, предусматривающие широкое использование малоинвазивных и консервативных методов лечения, обуславливают снижение показателя хирургического вмешательства и органуудаления.

ПОВРЕЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИЖИГАЮЩИМИ ВЕЩЕСТВАМИ: ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

Касымова М.Н., Максудова Г.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Органические кислоты применяются в различных отраслях промышленности и в быту в качестве реагента и растворителя. В критических ситуациях, при приёме внутрь кислота оказывает местное прижигающее действие органов пищеварения, вызывая коагуляционный некроз; резорбтивное действие с развитием токсической нефропатии (у 86,5% больных вплоть до ОПН), гепатопатии (у 85% больных), обусловленное гемолизом эритроцитов, коагулопатией с синдромом рассеянного внутрисосудистого свёртывания крови, экзотоксический шок и ожог верхних дыхательных путей с последующим развитием ранних и поздних осложнений. Разрушение тканей и гемолиз эритроцитов приводят к выходу тканевого тромбопластина и запускают стадию гиперкоагуляции ДВС с переходом в гипокоагуляцию, проявляющуюся повышенной кровоточивостью. Внут-

трисосудистый гемолиз и свободный гемоглобин при нарушении микроциркуляции и тромбообразовании в мелких сосудах почек вызывают острый гемоглобинурийный нефроз, анурию. В тяжёлых случаях в первые 1-3 часа протеинурия от 6,6 до 33 г/л, свободный гемоглобин в моче, гемоглобиновые, гиалиновые и зернистые цилиндры, почечный эпителий, гематурия и лейкоцитурия. Суточный диурез снижается до 250 мл, у 25% больных с 1-х суток наступает анурия, уремия. Креатинин повышен ($1,47 \pm 0,18$ ммоль/л). Летальность достигает 60%. Токсическая гепатопатия достигает максимума к 3-4 дню, в 1-е сутки резкое увеличение активности ферментов (АСТ, АЛТ).

Токсичность уксусной кислоты зависит от ее концентрации. Действие 9-10% уксусной кислоты (столовый уксус) чаще всего проявляется катаральным воспалением слизистой пищевода, желудка и не требует экстренной помощи. 30-70% раствор (уксусная эссенция) вызывает тяжелый химический ожог, смертельная доза уксусной кислоты – 50 мл.

В структуре смертельных исходов острые химические отравления уксусной кислотой составляют 3,1% и характеризуются высокой летальностью. Возникает необходимость определения лабораторных критериев тяжести отравления больных прижигающими веществами для оценки прогноза исхода заболевания и определения тактики лечения.

Материал и методы: в процессе оценки состояния больных с отравлением уксусной кислотой использовались обязательные исследования: анализ крови и мочи на свободный гемоглобин, общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови (общий белок, мочевины, креатинин, глюкоза, АЛТ, АСТ); дополнительные: показатели гемостаза (ПТИ, фибриноген, АЧТВ). Свободный гемоглобин определялся фотометрически по реакции с 0,1 N раствором соляной кислоты.

Отравление легкое: гемолиз (свободный гемоглобин) плазмы не выше 5 г/л, протеинурия до 6,6 г/л, гемоглобинурия.

Отравление средней тяжести: гемолиз (свободный гемоглобин) плазмы 5-10 г/л, протеинурия до 5-10 г/л, гемоглобинурия.

Отравление тяжелое: гемолиз (свободный гемоглобин) плазмы выше 10 г/л, протеинурия более 6,6-33 г/л, гемоглобинурия.

Степень протеинурии соответствует степени гемоглобинурии.

Свободный гемоглобин в моче появляется при содержании его в плазме свыше 0,8-1,0 г/л, проявляется изменением окраски мочи от красного до вишнево-бурого в зависимости от уровня гемоглобинурии. Однако отсутствие гемолиза не исключает отравления уксусной кислотой.

По данным токсикологического отделения, за 5-летний период наблюдались больные с отравлением уксусной кислотой. Наряду с токсическим поражением почек и печени с повышением показателей фермен-

тов, мочевины и креатинина в зависимости от тяжести определялись повышение показателей свободного гемоглобина, патология гемостаза, патология анализов крови, мочи.

Выводы: лабораторная диагностика является дополнением в постановке диагноза. Основным доступным эффективным лабораторным методом определения степени тяжести отравления уксусной кислотой является определение гемолиза эритроцитов (свободного гемоглобина в крови и моче) в совокупности с биохимическими исследованиями и анализом мочи.

ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ И ЛЕТАЛЬНОСТЬ ОТ ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ ПО ДАННЫМ АУТОПСИЙ

Конычев Д.В., Рахимов В.Б., Евстратьев Д.В.
Республиканский патологоанатомический центр

Этиологические факторы, приводящие к циррозу печени (ЦП), хорошо известны. На современном этапе существуют эффективные методы терапии, но несмотря на это, ЦП и смертность от его осложнений остается высокой. В развитых странах ЦП входит в число шести основных причин смерти лиц в возрасте 35-60 лет и составляет от 14 до 30 случаев на 100 тыс. населения (Осипенко М.Ф., 2015). Примерно в 26% случаев причиной ЦП является хронический вирусный гепатит С (Davis G.L., 2010). По данным ВОЗ, более 200 млн человек являются носителями вируса гепатита – основного фактора, ответственного за последующее развитие ЦП. Наиболее частыми причинами смерти при ЦП остаются печеночная кома и кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, риск развития которого, по разным данным, составляет от 28,9 до 70%. Летальность при первом эпизоде кровотечения, несмотря на использование различных методов гемостаза, достигает 60%.

Цель: выявление частоты, факторов риска ЦП и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов.

Материал и методы: проведен ретроспективный анализ результатов 1301 взрослой аутопсии, поступившей в Республиканский патологоанатомический центр МЗ РУз в 2011-2015 гг. Патологоанатомические вскрытия производили методом Шора. Для микроскопического изучения органов были изготовлены срезы толщиной 3-5 мк, окрашенные гематоксилином и эозином.

Результаты: при анализе аутопсийного материала ЦП был выявлен в 100 (7,69%) случаях, среди умерших было 58 мужчин и 42 женщины. Смерть в возрасте до 20 лет наступила в 3 (3%) случаях; 20-29 лет – в 8 (8%); 30-39 лет – в 22 (22%); 40-49 лет – в 21 (21%); 50-59 лет – в 24 (24%); 60-69 лет – в 9 (9%); 70-79 лет – в 11 (11%); старше 80 лет – в 2 (2%). В 43 х (43%) случаях ЦП был при наличии хронического вирусного гепати-

та (вирусные гепатиты В, С, D, В и С, В и D); в 52 (52%) выявлен ЦП без вирусного носительства, в том числе порталный, билиарный, смешанный, алкогольный. В 5 (5%) случаях ЦП наблюдался с переходом в рак (гепатоцеллюлярная карцинома, холангиоцеллюлярный рак). При сопоставлении клинических и патологоанатомических диагнозов в 37 (37%) случаях отмечались расхождения по основному заболеванию, в том числе не выявленный ЦП в клинике при жизни. При нахождении больного в клинике до суток расхождения выявлены в 9 (24,3%) случаях, 1-3 суток – в 10 (27%), более 4 суток – в 18 (48,6%).

Выводы: по данным РПАЦ МЗ РУз, ЦП встречаются в 7,69% летальных случаев, чаще у мужчин, в возрасте 50-59 лет, в 43% случаев на фоне хронических вирусных гепатитов. В 37% случаев имеются расхождения по основному заболеванию.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ В И С ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Мадрахимов А.Л., Жалилов Ж.Ж.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Пристальное внимание привлекает широкое распространение хронических заболеваний печени в силу несвоевременной диагностики, тяжести течения и неблагоприятного прогноза для больного.

В хирургической практике службы экстренной медицины у больных циррозом печени в стадии декомпенсации наблюдаются кровотечения из расширенных вен различных отделов ЖКТ, требующих неотложной помощи.

Изменения гемопоэза с панцитопенией любой этиологии наблюдаются при различной патологии, в том числе и при заболеваниях печени. У больных с хронической, резистентной к терапии анемией, гемorragиями диагноз хронического гепатита или цирроза печени устанавливается только после комплексного обследования.

Цель: раннее выявление цитопенического синдрома при сравнении показателей периферической крови (красного, белого и тромбоцитарного ростка) у больных циррозом печени В и С вирусной этиологии для прогнозирования хирургических осложнений гепатита или цирроза печени.

Материал и методы: под нашим наблюдением в 2015-2016 гг. находились 35 больных циррозом печени В и С вирусной этиологии, из них 19 (54,28%) женщин и 17 (45,72%) мужчин. 22 (59,5%) больных были в возрасте 29-43 лет (средний возраст 41,4±3,05 года). 1-ю группу составили 19 больных циррозом печени В вирусной этиологии, 2-ю – 16 больных циррозом печени С вирусной этиологии. Контрольной группой служили 15 практически здоровых лиц.

Диагноз цирроза печени устанавливался согласно классификации Чайлд – Пью на основе диагностических критериев. В план лабораторного обследования

включены развернутые общие анализы крови. Оценивалось состояние внешнего механизма свёртывания тромбоцитарно-сосудистого звена гемостаза, показатели количества тромбоцитов в счётной камере Горяева и по методу Фонио, определение морфологии тромбоцитов, ВСК крови по методам Сухарева и Фонио, длительность кровотечения по Дукке, ИФА диагностика маркеров вирусного гепатита В и С.

Результаты: в контрольной группе средняя концентрация гемоглобина составила 118,2±3,3 г/л, количество эритроцитов 4,17±0,2х10¹²/л, цветовой показатель 0,85. Изменений количества лейкоцитов не выявлено (5,9±0,54х10⁹/л), среднее количество тромбоцитов не изменено (252,8±9,75х10⁹/л), показатель гематокрита составил 41,8±0,9%.

У больных двух других групп в общем анализе крови наблюдалась отчетливая тенденция к умеренной панцитопении. Так, в 1-й группе (ВГВ) средняя концентрация гемоглобина составила 82,0±3,4 г/л, количество эритроцитов 2,99±0,04х10¹²/л, цветовой показатель – 0,82. Среднее количество лейкоцитов оказалось на нижней границе нормы – 3,92±0,06х10⁹/л, среднее количество тромбоцитов составило 105,4±6,8х10⁹/л, показатель гематокрита был ниже нормы (30,6±0,68).

Во 2-й группе (НСВ) средняя концентрация гемоглобина 73,56±4,0 г/л, количество эритроцитов – 2,79±0,1х10¹²/л, цветовой показатель – 0,78. Среднее количество лейкоцитов составило 3,72±0,039/л, среднее количество тромбоцитов снижалось до 96,4±7,2х10⁹/л. Показатель гематокрита снижался до 28,6±0,84%.

Таким образом, у больных циррозом печени вирусной этиологии выявился существенный гипокоагуляционный сдвиг, проявившийся тромбоцитопенией, более выраженный в группе НСВ позитивных больных, и склонность к полиэтиологичной анемии хронических заболеваний различной тяжести, обусловленной как гиперволеимией и снижением гематокрита, так и эпизодами кровотечений (постгеморрагическая ЖДА).

Выводы: 1. У 56% больных циррозом печени С вирусной этиологии тяжесть анемии выражена больше, чем у больных циррозом печени В вирусной этиологии (40%). 2. Цирроз печени класса В и С по Чайлд-Пью характеризуется клинико-лабораторными признаками приобретенной тромбоцитопатии, проявляющейся снижением индуцированной агрегации и адгезии тромбоцитов. 3. Ранняя диагностика цитопенического и анемического синдрома у больных с хронической, резистентной к терапии анемией, гемorragиями со своевременной диагностикой цирроза печени вирусной этиологии, с дополнительным существенным гипокоагуляционным сдвигом по известному общему анализу крови, с дополнительными исследованиями тромбоцитарного звена и параметров коагуляции указывает на необходимость принятия адекватных своевременных лечебных мероприятий для предотвращения тяжёлых геморрагических осложнений.

НАШ ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО УШИВАНИЯ ПЕРФОРАТИВНЫХ ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Маликов Ю.Р., Хотамов И.Э., Хамдамов О.К.
Навоийский филиал РНЦЭМП

Перфорация гастродуоденальной язвы является грозным осложнением, требующим неотложного хирургического вмешательства. В настоящее время известно более 20 способов закрытия перфоративного отверстия. Среди них особое место занимает лапароскопический метод ушивания. 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.

В 2012-2016 гг. в хирургическом отделении Навоийского филиала РНЦЭМП было выполнено 20 лапароскопических вмешательств по поводу перфоративной дуоденальной язвы. При этом в этот же период традиционное ушивание перфоративной язвы было произведено 36 пациентам. Возраст поступивших, которым была выполнена лапароскопическая методика ушивания перфорации, колебался от 19 до 51 года; сроки от момента перфорации до поступления составляли от 1,5 до 6 часов; язвенный анамнез отсутствовал у 14 пациентов. Сроки начала операции после поступления в стационар не превышали 2-х часов. Размеры перфоративного отверстия – до 5 мм, при этом перифокальный язвенный инфильтрат был небольшим. Сроки пребывания в стационаре составили от 4-х до 6 койко-дней.

По нашему мнению, принципиальным моментом операции является первичная санация брюшной полости до начала ушивания язвы. Первичная санация повышает качество и результативность манипуляции, а также исчезает необходимость грубого манипулирования аспиратором-ирригатором в зоне ушитой перфорации. Трубкой аспиратора-ирригатора при помощи ретрактора, мягкого зажима и изменения положения стола производят максимальную эвакуацию выпота. Закрытие перфоративного отверстия мы производили однорядным узловым швом. У 10 больных к линии швов подшивали прядь сальника. У 17 пациентов закрытие отверстия производилось швами с интракорпоральным формированием узлов. Использовался синтетический рассасывающийся плетеный шовный материал (№0/0-1/0), который лучше держит узлы при интракорпоральной методике. Проверку герметичности швов путем нагнетания через назогастральный зонд воздуха при заполненном физиологическим раствором подпеченочном пространстве. Далее выполнялась окончательная санация брюшной полости с помощью 10 мм аспиратора, ретрактора и атравматичных

зажимов после изменения положения операционного стола.

Все пациенты в послеоперационном периоде требовали проведения инфузионной антибактериальной и противоязвенной терапии. В группе пациентов после лапароскопического ушивания длительность антибактериальной терапии составляла от 2-х до 4-х дней, 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 лапароскопического ушивания составила 2 суток, у пациентов после традиционного вмешательства – до 3-х суток. Длительность дренирования брюшной полости у пациентов после лапароскопического ушивания составляла до 3-х суток, после традиционного ушивания до 4-х суток. Кормление пациентов осуществляли жидкой пищей после удаления назогастрального зонда. Осложнений и летальных исходов после лапароскопического ушивания перфоративных язв не было.

Таким образом, методика лапароскопического ушивания перфоративной язвы имеет значительно большую фармако-экономическую эффективность, лучшие показатели качества жизни пациента в послеоперационном периоде, меньший болевой синдром, меньшее количество койко-дней. Однако, на наш взгляд, при выполнении данной методики должен осуществляться строгий отбор пациентов. Технической особенностью оперативного вмешательства, на наш взгляд, является качественная последовательная санация брюшной полости. Лапароскопическое ушивание перфоративной гастродуоденальной язвы показано молодым пациентам без сопутствующего язвенного анамнеза, с малыми сроками от начала заболевания, наличием небольших размеров перфоративного отверстия, с отсутствием выраженного язвенного инфильтрата, отсутствием распространенного гнойного перитонита.

ГЕМОСТАЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НЕКОТОРЫХ ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ДИАТЕЗОВ

*Маткаримова Д.С.¹, Абдулахатов Б.Ш.²,
Фазилов Н.Х.², Сабилов Д.Р.², Агзамов Н.Н.²*

¹Научно-исследовательский институт гематологии
и переливания крови,

²Центральный военный клинический госпиталь
МО РУз

Особое внимание специалистов в проблеме геморрагических диатезов привлекают иммунный микротромбоваскулит (ИМТВ) и иммунная тромбоцитопения (ИТП). В нашей республике эти заболевания у лиц допризывного возраста практически не изучены, что диктует необходимость дальнейшего ее исследования.

Цель: изучение некоторых показателей системы гемостаза у юношей-допризывников с иммунным микротромбозом и иммунной тромбоцитопенией.

Материал и методы: в исследование включены 70 юношей допризывного возраста (35 с ИМТВ и 35 с иммунной тромбоцитопенией) в возрасте 16-17 лет. Обследованные были разделены на 2 группы: 1-ю группу составили 35 допризывников с ИМТВ со II степенью тяжести, 2-ю – 35 допризывников с ИТП. Диагноз верифицирован на основании клинико-лабораторных данных. Контрольную группу составили 40 условно-здоровых допризывников сопоставимого возраста.

Изучение гемостаза включало определение времени свертывания крови (ВСК) по Фонио (1980); подсчет числа тромбоцитов в камере Горяева с применением фазово-контрастного микроскопа; активированного частичного тромбопластинового времени плазмы (АЧТВ) по J. Gaen и соавт., (1968); гемолизат-агрегационного (ГАТ) теста по Л.З. Баркагану (1986); фибриногена по Р.А. Рутбергу (1961).

Статистическую обработку полученных данных проводили на персональном компьютере с использованием пакета стандартных статистических программ Statistic for Windows. Достоверными данные считались при уровне различия $p < 0,05$.

Результаты: изучение показателей гемостаза выявило их отклонения в обеих группах. Так, в 1-й группе по отношению к контролю отмечалось укорочение ВСК ($135,4 \pm 6,0$ с) и АЧТВ ($31,0 \pm 2,4$ с), повышение агрегации тромбоцитов при ГАТ 10-2 ($12,2 \pm 0,3$ с) и 10-6 ($18,6 \pm 0,8$ с) и уровня фибриногена ($4,6 \pm 0,1$ г/л). Во 2-й группе обследованных выявлено удлинение ВСК ($324,2 \pm 3,8$ с) и АЧТВ ($52,0 \pm 1,1$ с), снижение количества тромбоцитов до $80,4 \pm 6,2 \times 10^9$ /л и ГАТ при 10-2 ($20,8 \pm 0,4$ с) и 10-6 ($44,4 \pm 0,5$ с), уровень же фибриногена оставался в пределах нормы.

Полученные данные свидетельствуют о наличии нарушений в системе гемостаза у больных обеих групп, однако эти изменения носят противоположный характер. Так, в 1-й группе наблюдалось напряжение системы гемостаза, т.е. гиперкоагуляция, во 2-й группе, напротив, отмечалось снижение коагуляционной активности.

Таким образом, в развитии ИМТВ и ИТП особая роль принадлежит значительным нарушениям в системе гемостаза, что определяет особенности их патогенетического течения.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

*Маткулиев У.И., Асраров А.А.,
Нормухамедов С.Г., Ашууров Ш.Э.*
Ташкентская медицинская академия

Цель: оценка эффективности эндоскопических методов гемостаза при кровотечениях из язв желудка и

двенадцатиперстной кишки.

Материал и методы: анализу подвергнуты результаты обследования и лечения 525 больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненными кровотечением, находившихся на стационарном лечении в отделении экстренной хирургии 2-й клиники ТМА за период с 2012 по 2017 г. 441 (84,0%) пациент поступил в первые сутки с момента заболевания, 55 (10,5%) – спустя сутки и 29 (5,5%) – через двое суток. Всем больным после санации желудка производилась ЭГДФС. Оценка степени кровотечения производилась по классификации Forrest (1974).

Согласно классификации Forrest 1-A степень выявлена у 79 (15,0%) пациентов, 1-B – у 60 (11,4%), 2-A – у 96 (18,3%), 2-B – у 210 (40,0%), 2-C – у 80 (15,2%).

290 больным с кровотечением 2-B и 2-C степени по Forrest проводились консервативные мероприятия. Остальным 235 пациентам выполнялись различные методы гемостаза: 10 – было произведено эндоскопическое клипирование, 9 – эндоскопическая коагуляция, 216 – эндоскопическое обкалывание 1% раствором этоксисклерола. Первичный гемостаз был достигнут у 100% больных. Однако у 15 (6,3%) пациентов отмечался рецидив кровотечения: у 2 больных после клипирования, у 3 – после эндоскопического коагулирования и у 10 – после эндоскопического обкалывания. Всем пациентам было выполнено эндоскопическое обкалывание. У 6 (2,5%) больных из-за неэффективности повторных эндоскопических методов остановки кровотечения были выполнены оперативные вмешательства. Окончательный гемостаз при использовании эндоскопических методов достигнут у 97,5% наблюдений. У 3 (1,2%) больных в послеоперационном периоде отмечался летальный исход.

Таким образом, эффективность эндоскопических методов гемостаза, в частности эндоскопического обкалывания кровоточащих язв желудка и двенадцатиперстной кишки является высокоэффективным методом, дает положительный клинический эффект и минимизирует частоту открытых вмешательств, что приводит к ранней реабилитации больных.

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ КЛЕЩЕВИНОЙ У ДЕТЕЙ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Махмудов А.Ф., Эминов Б.Ж., Юсупова Д.М.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Клещевина обыкновенная (*Ricinus communis* Euphorbiaceae) – многолетнее травянистое растение из семейства Молочайные. Кусты широкие, раскидистые, до 3 м высотой. Стебель полный, ветвистый, окрашенный в зеленый, красный, коричневый цвета с голубоватым налетом. Листья расположены на полных черешках, крупные, пальчато-раздельные с 5-10 лопастями.

Плод – овальная коробочка, покрытая шипами. Название растения походит от латинского слова «ricinus» – клещ, т.к. семена растения своей формой похожи на восточного клеща. В Узбекистане это растение сажают почти повсеместно в качестве декоративного. В медицинских целях используют для получения касторового масла. Токсичными являются не только семена, но и зеленая часть растений. Токсическое начало клещевины – токсальбумин, рицин и алкалоид рицинин. Попав в пищеварительный тракт, рицин вызывает его воспаление. При попадании в кровь повышает свертываемость крови, вызывает образование тромбов, агглютинацию и гемолиз эритроцитов, нарушает микроциркуляцию. Оказывает токсическое действие на ЦНС, проявляющееся судорогами, параличами и парезами. LD50 для крыс 75 мкг/100 г массы, для человека перорально LD50 4 мкг/кг (10-15 семян).

12.09.2013 г. в ПДО ФФ РНЦЭМП был переведен больной ребенок Б. 12 лет из инфекционной больницы после консультации хирурга с предварительным диагнозом «Острая кишечная непроходимость» для оперативного лечения. Из анамнеза: ребенок болеет в течение суток. Болезнь началась с болей в животе, тошноты, рвоты. Была вызвана бригада скорой помощи. Родители связывали заболевание с употреблением фруктов, айрана. После осмотра врача был поставлен диагноз острой диареи, и ребенок доставлен в инфекционную больницу. В инфекционной больнице произведены общий анализ крови, мочи и кала и начата инфузионная терапия. В динамике состояние больной ухудшилось: боли в животе и вздутие живота усилились. Появился кровавый стул. Был вызван хирург, и ребенок переведен в филиал центра экстренной медицинской помощи.

При осмотре состояние больной тяжелое. Жалуются на сильные боли в животе, тошноту, рвоту, частый до 8-10 раз в сутки стул. Сознание заторможенное. Кожные покровы бледные. Температура тела 38°C. Дыхание 22 в 1 мин. В легких жесткое дыхание. Тоны сердца приглушены. АД 90/60 мм рт. ст. Пульс 120 в мин. Живот вздут, болезненный по всей поверхности. Диурез резко уменьшился. Лабораторные данные: Нв 106 г/л, эр. 3 млн в 1 мм³, л 12,4 тыс. 10⁹/л, п. 4%, с. 62%, цв. показатель 0,9, эоз. 3%, СОЭ 14 мм/ч. Общий белок 60 г/л, билирубин общ. 14, связ. 4, несвяз. 10, мочевины 6 ммоль/л, креатинин 0,023 ммоль/л, сахар 4,0 ммоль/л. ВСК: начало – 210, конец – 315.

Анализ мочи: цвет темно-желтый. Прозрачность мутная. Удельный вес – 1,019, Белок 0,234 г/л, рН 7,5. Эпителий 1-2, лейкоциты 2-4, эритроциты 1-2, цилиндры 2-3. Соли мочевиной кислоты.

Анализ кала: Консистенция жидкая, запах зловонный, цвет малиновый, лейкоциты в большом количестве. Эритроциты 10-15.

На УЗИ в брюшной полости в области малого таза определяется незначительное количество свобод-

ной жидкости. На рентгенографии вздутие кишечника.

После тщательно собранного анамнеза удалось выяснить, что за сутки до поступления ребенок употреблял 4 плодов клещевины. После этого был поставлен диагноз «Острое отравление семенами клещевины» и больная переведена в отделение токсикологии. Было назначено инфузионно-трансфузионная терапия, дезинтоксикация, антибиотики широкого спектра действия, антиоксиданты, энтеросорбенты, спазмолитики, наркотические анальгетики, мочегонные и витаминотерапия. Несмотря на начатое интенсивную терапию состояние ребенка постепенно ухудшалось. Отмечалось увеличение креатинина до 0,430 ммоль/л, мочевины до 20 ммоль/л. Диурез уменьшилось до 300 мл в сутки. Был поставлен вопрос о проведении сеанса гемодиализа. Активное наблюдение хирургов продолжалось. На 4-е сутки состояние больной постепенно улучшилось; отмечалось уменьшение болей в животе, снижение температуры, увеличение суточного диуреза, уменьшение диареи. На 12-е сутки больная выписана в удовлетворительном состоянии домой.

Выводы: 1. Тщательно собранный анамнез играет большую роль в постановке диагноза при отравлениях клещевинной и в дифференциальной диагностике с хирургическими заболеваниями у детей. 2. Своевременно поставленный диагноз и начатая интенсивная терапия способствуют быстрому выздоровлению позволяют избежать таких грозных осложнений, как токсический шок, ОПН.

ПРЕИМУЩЕСТВА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МОДИФИЦИРОВАННОГО ВИДА ПЛАЗМАФЕРЕЗА

*Махмудов К.О.¹, Азимова М.Т.¹, Саидханов Б.А.¹,
Сагиров М.А.², Халикулов Х.Г.¹
¹АО «РСЦХ им. акад. В. Вахидова»,
²Ургенчский филиал РСЦК*

Несмотря на прогресс современной гепатологии, лечение больных с острой печеночной недостаточностью остается одной из самых сложных проблем хирургии и реаниматологии. Это связано с ростом токсической нагрузки на печень различных негативных факторов, таких как алкоголь, различные лекарственные препараты, а также увеличением заболеваемости вирусным гепатитом, который нередко сопровождаются печеночной недостаточностью. При печеночной недостаточности необходимо проведение детоксикационных мероприятий, одним из которых является плазмаферез – способ коррекции нарушений, позволяющий довольно быстро уменьшить активность патологического процесса.

Цель: клиническая оценка эффективности стандартного и модифицированного плазмафереза в ком-

плексном лечении больных с печеночной недостаточностью.

Материал и методы: стандартная методика мембранного плазмафереза осуществлялась в АО «РСЦХ им. акад. В. Вахидова» у 20 больных с печеночной недостаточностью с помощью аппарата «Гемофеникс» через одноканальный контур и плазмафильтр «Роса». При модифицированном методе у 25 пациентов в качестве антикоагулянта использовался раствор нейтрального анолита, который, наряду с профилактикой тромбообразования, стимулирует микроциркуляцию и способствует снижению эндотоксемии. Раствор нейтрального анолита получали путем электрохимического окисления раствора хлорида натрия на аппарате «СТЭЛ». Полученный раствор смешивали с эксфузируемой кровью в экстракорпоральном контуре. Включение раствора нейтрального анолита в протокол плазмафереза помогает решить и другую важную задачу – повысить эффективность детоксикации.

В обоих случаях объем удаляемой плазмы восполняли физиологическим и коллоидными/кристаллоидными растворами. За один сеанс таким образом можно удалить от 30 до 40% объема циркулирующей плазмы. При возмещении донорской плазмой или альбумином может быть удалено до 1-2 объемов.

Результаты исследования: у пациентов исходно отмечались признаки эндотоксикоза: увеличение концентрации среднемолекулярных пептидов в 2 раза, С-реактивного белка – в 3,7 раза по сравнению с нормой. Уровень общего билирубина в крови превышал нормальные величины в 7,8 раза, в основном за счет прямой фракции, возросшей в 14,8 раза, а также увеличение содержания печеночных ферментов: АСТ в 1,9 раза, АЛТ в 1,8 раза.

В ходе наблюдения положительная динамика патологического процесса отмечалась у всех пациентов независимо от тактики проведения плазмафереза. Однако для достижения значимого снижения или нормализации изучаемых показателей требовалось разное количество сеансов. Если для достижения улучшения состояния пациентов по стандартной методике количество сеансов варьировало от 4 до 5, то у пациентов опытной группы такие же результаты отмечались через 2-3 сеанса. После завершения курса детоксикации у пациентов обеих групп удалось добиться значительного снижения практически всех изучаемых показателей. Однако тенденция к нормализации была более выражена у пациентов опытной группы, которым потребовалось проведение меньшего количества сеансов. Подобный эффект обусловлен введением в протокол операции ПА раствора нейтрального анолита.

Вывод: проведение плазмафереза по разработанной методике у больных с печеночной недостаточностью выявило явное ее преимущество перед стандартной тактикой. Независимо от причин, вызвавших

необходимость проведения детоксикационных мероприятий, нам удалось сократить количество сеансов, т.е. повысить качество детоксикации. Таким образом, разработанная методика плазмафереза сочетает в себе детоксикационные механизмы эфферентной терапии (собственно сам плазмаферез) и непрямого электрохимического окисления крови (воздействие электроактивированного раствора, т.е. нейтрального анолита), что позволило повысить эффективность лечения.

ГИСТОХИМИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ВЗРОСЛЫХ

Наврузов С.Н., Мирзахмедов М.М.
Ташкентская медицинская академия

Аномалия развития нервных сплетений проявляется быстрым развитием мегаколона и хронической кишечной непроходимости. В связи с вариабельностью клинического течения часть больных с латентным течением болезни доживают до зрелого возраста, иногда не подозревая о своей болезни. У взрослых данное заболевание – редкая и трудно диагностируемая причина рефрактерного запора.

Цель: оценка роли гистохимической диагностики при различных формах болезни Гиршпрунга у взрослых.

Материал и методы: в отделении колопроктологии Республиканской клинической больницы МЗ РУз в период с 1993 по 2017 г. под наблюдением находились 84 больных с болезнью Гиршпрунга (БГ) в возрасте 16-30 лет и старше.

Одним из специфических тестов для болезни Гиршпрунга является определение активности ацетилхолинэстеразы (АХЭ) в слизистой оболочке прямой кишки. АХЭ – фермент, являющийся инактивирующим медиатором передачи ацетилхолина после каждого импульса, что обеспечивает возобновление электрохимических процессов в холинэргических синапсах.

Результаты: у 84 больных при гистологическом исследовании была выявлена различная степень активности АХЭ. У 30 (35,7%) больных в мышечной пластинке слизистой оболочки содержалось большое количество диффузно расположенного АХЭ-положительного вещества. У этих больных биоптат характеризовался наличием АХЭ-положительных волокон значительной толщины, располагающихся в несколько слоев, и эту реакцию мы расценивали как высоко положительную. У 22 (26,9%) больных наблюдалось диффузное распределение АХЭ. При этом АХЭ выявлялась на всех участках мышечной пластинки слизистой оболочки, однако количество ее было незначительным. Эту реакцию мы расценили как положительную. У 18 (22%) пациентов в мышечной пластинке слизистой оболочки АХЭ выявлялась в виде коротких толстых волокон, АХЭ-положительные волокна располагались в один слой в виде тонкой сети. В данном

случае реакцию оценивали как слабopоложительную. У всех обследованных больных аганглионарная зона обнаружена в прямой кишке. У 6 обследованных больных в биоптате присутствовало небольшое количество АХЭ-положительных коротких толстых волокон, которые не распространялись на собственную пластинку слизистой, так что пространство между железами было свободным как в поверхностных, так и в глубоких отделах. Такая картина может выявляться в прямой кишке и в норме, в связи с чем эту реакцию мы расценивали как отрицательную на АХЭ. У 8 пациентов следов АХЭ в биоптатах не выявлено, реакция была отрицательной.

Таким образом, появление в слизистой оболочке волокон, дающих положительную реакцию на АХЭ, надо расценивать как результат первичного недоразвития механизмов медиаторной передачи при болезни Гиршпрунга. Врожденное отсутствие или недоразвитие интрамуральных нервных сплетений кишечной стенки означает истинную двигательную денервацию и ведет к полному и частичному выключению дистальных отделов толстой кишки из перистальтики. Гистохимический метод определения АХЭ позволяет установить наличие и протяженность гипо- или аганглионарной зоны толстой кишки и является достоверным способом диагностики различных форм болезни Гиршпрунга у взрослых.

SURGICAL TREATMENT HIRSHSPRUNG'S DISEASE IN ADULTS

Navruzov S.N., Mirzakhmedov M.M.
Tashkent Medical Academy

There are certain preconditions for slow, sometimes a latent course of Hirschsprung's disease in adults consisting in existence of variants of congenital morphological alterations, such as short zones of aganglionosis, hypogangliosis types while expressed degenerate processes in the muscular tissue of distal parts of the colon are absent. Persistent functional disturbances causing invalidism are an occasion for seeking medical advice. In this respect, the efforts targeted at improvement of results of treatment of Hirschsprung's disease in adults are quite important. The majority of researchers emphasize that Hirschsprung's disease occur more often than it is diagnosed now. The goal of our work was to determine the efficacy of surgery of abdominoanal resection with bringing down of the proximal parts of the colon into the anal canal in Hirschsprung's disease in adults.

Material and methods: In 1993-2017, 82 patients with Hirschsprung's disease were on an inpatient treatment in the Republican research centre for colon proctology of the Republic of Uzbekistan Ministry of Health in Tashkent. Diagnostics was based on the scheme which included general clinical examination, radiological and endoscopic studies, USI of organs of the abdominal cavity and the small pelvis, proctosigmoidoscopy, functional studies of

the colon and the sphincteric apparatus of the rectum, morphological studies (Swenson biopsy). The differential diagnosis of Hirschsprung's disease in adults requires an individual approach, an integrated assessment of clinical symptoms, data of an X-ray contrast study and results of functional studies of the colon and the sphincter apparatus of the rectum as well as undertaking a morphological study.

Results: During irrigoradiography an supra-anal type of Hirschsprung's disease was found in 72 patients, a rectal one in 10 patients.

From 82 patients who were examined, of them 3 had aganglionosis and 47 patients had hypogangliosis. Sphincterometric indicators in all patients examined, both in rest and voluntary constriction, were normal. During USI, absence of the uterus and its appendages, infantilism of grades I and II were revealed in 3 patients; dimetria and aplasia of the left kidney were found in 2 patients and 1 patient had congenital absence of the right kidney. To detect developmental anomalies and disturbances of the urine excretory system function, USI was combined with other additional techniques (excretory urography, cystoscopy). Cystoscopy was performed in 2 patients. Both patients had a congenital defect of the bladder of 2,5 cm in diameter, open into the vagina and rectum (cloaca).

Choice of surgical treatment tactics. As a hypo- or aganglionic zone is often located in the rectum, its excision can be done using various techniques, for example by means of anterior resection or abdominoanal resection with bringing down of the proximal colon. The practice however has shown that after the anterior resection quite a long hypo- or aganglionic zone is left which is a reason of relapse of disease. But sometimes we can find advanced stages of the disease in some patients when a significant part of it or entire colon is on the verge of decompensation. In such cases discussion of surgical tactics, expediency of dividing the operation into several stages with preliminary formation of colostomy is required. The character of surgical operations used in Hirschsprung's disease (n=82) in our clinic was the following : Duhamel operation is a modification – 44 (53,7%), two abdominal-anal resection of the rectum with bringing down the proximal colon into the anal canal with the imposition of colo-anal anastomosis – 26 (31,7%), three left-sided hemicolectomy, with the formation of the stump of the rectum and the imposition of transverzostomy -5(6,1%), anterior resection of the rectum, with the imposition of sigmoidektomiya destsendostomy – 3 (3,7%), abdomino-anal resection of the rectum, with the imposition of sigmoidektomiya destsendostomy – 2 (2,4%), subtotal colectomy with six imposing astsendostomy and anterior resection of the rectum – 2 (2,4%), In 2 of 44 patients (53,7), pyesis of the presacral area was observed following «Duhamel» surgery modified, 3 patients (6,8%) had marginal necrosis of the intestine brought down, 2 (4,5%) had retraction

and at 1 patient (2,2%) had a stricture of the intestine brought down. The complications were cured following relevant treatment. No lethal outcomes occurred. Good results were obtained in all cases following the surgery of abdominoanal resection with bringing down of proximal parts of the colon to the anal channel.

Carrying out of a surgical intervention in Hirschsprung's disease in adults is always related with great difficulties; therefore diagnostics and a preoperative preparation of patients, prevention of purulent complications plays a great role in rehabilitation of this category of patients. In our observations 46 patients (80,7%) had good results, 10 (17,5%) satisfactory and 1 patient (1,8%) had a poor result.

Thus, the problem of Hirschsprung's disease in adults is urgent and its solution can be provided by development of adequate tactics of treatment including a surgical one with the use of modern methods of study.

Conclusion: 1. To specify a diagnosis, radiological, endoscopic and functional studies of the colon should be supplemented by transanal biopsy of the rectal wall, which is the most reliable method of diagnostics in Hirschsprung's disease in adults. 2. Surgery is the only radical treatment of Hirschsprung's disease. An optimal means of a surgical intervention is abdominoanal resection by bringing down of proximal parts of the colon to the anal channel which meets the requirements of radicalism (excision of the hypo- or aganglionic zone). This kind of surgical treatment suggested by us makes it possible to reduce a number of postoperative complications, promotes early restoration of the motor-evacuatory function of the colon and normalization of independent defecation act. If all these conditions are observed, this surgical method allows achieving good results in about 85% of cases.

ВЫПОЛНЕНИЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ТОНКО- И ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ СВИЩАХ

Наврзуов С.Н., Ахмедов М.А., Мирзахмедов М.М., Курбанов О.А., Рустамов А.Э.
Ташкентская медицинская академия,
1-я клиническая больница МЗ РУз

Образование кишечных свищей является тяжелым осложнением различных операций и травм органов брюшной полости. Для ликвидации этих свищей с восстановлением непрерывности кишечной трубки требуются сложные реконструктивные и восстановительные операции.

Цель: улучшение результатов лечения послеоперационных свищей тонкой и толстой кишки.

Материал и методы: в отделении колопроктологии 1-й клинической больницы МЗ РУз в 2007-2016 гг. 76 больным были выполнены реконструктивные и восстановительные операции по поводу наружных сви-

щей тонкой и толстой кишки. Возраст больных – от 19 до 74 лет (средний возраст 34 года). Мужчин было 44 (57,9%), женщин – 32 (42,1%).

С целью диагностики, наряду с общеклиническими исследованиями, применяли УЗИ, колоноскопию, ирригографию, фистулографию, определение пассажа сульфата бария по желудочно-кишечному тракту. Установлено, что у 27 (35,5%) из 76 больных свищи были тонкокишечными, у 41 (54%) – толстокишечными, у 8 (10,5%) имелись одновременно тонко- и толстокишечные свищи. Причинами возникновения кишечных свищей у 22 (29%) были операции на органах гениталий, у 12 (15,8%) – аппендэктомия, у 12 (15,8%) – операции по поводу острой кишечной непроходимости, у 6 (7,9%) – нефрэктомия, у 11 (14,5%) – травма живота, у 9 (11,8%) – операции по поводу НЯК и болезни Крона, у 2 (2,6%) – грыжесечение, у 1 (1,3%) – резекция желудка, и у 1 (1,3%) больной – холецистэктомия.

В предоперационном периоде проводилась коррекция гомеостаза путем переливания белковых препаратов, солевых растворов и обработка области свища антисептическими растворами.

Всем больным выполняли внутрибрюшинные способы закрытия свища. Применялись следующие методы оперативного лечения: иссечение свища и формирование энтеро-энтероанастомоза по Мельникову выполнены у 8, резекция тонкой кишки и энтеро-энтероанастомоз – у 23, резекция илеоцекальной области с наложением илеоасцендоанастомоза – у 8, правосторонняя гемиколэктомия с формированием илеотранзверзоанастомоза – у 6, левосторонняя гемиколэктомия с формированием транзверзоректального анастомоза – у 3, передняя резекция прямой кишки и сигморектальный анастомоз – у 5, тотальная колэктомия с формированием одноствольной илеостомы – у 9, резекция сигмовидной кишки и формирование десцендоректального анастомоза – у 13. Одной больной выполнена симультанная операция по поводу трех хирургических заболеваний – тонко- и толстокишечного свища, хронического калькулезного холецистита и рецидивного эхинококкоза печени. Произведены холецистэктомия, резекция тонкой и толстой кишки и эхинококкэктомия печени с благоприятным исходом.

В послеоперационном периоде у 6 (7,9%) больных наблюдалось осложнение в виде нагноения послеоперационной раны. У одной больной имела место несостоятельность анастомоза с разлитым каловым перитонитом. Произведена релапаротомия с разобщением анастомоза и формирование колостомы. Летальных исходов не было.

Таким образом, правильный выбор объема и способа хирургического вмешательства при лечении кишечных свищей дает хорошие результаты. Наилучшие результаты получаем при применении внутрибрюшинных способов закрытия свища. Эти операции позволяют провести ревизию брюшной полости, осмотреть

отводящий конец кишечной петли, разделить спайки, сращения, устранить перегибы кишечной петли. Реконструктивные и восстановительные операции рекомендуется выполнять в специализированных колопроктологических отделениях.

К ВОПРОСУ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ПОЛИПАХ И ПОЛИПОЗАХ ТОЛСТОЙ КИШКИ

*Наврззов С.Н., Сапаев Д.А., Маматкулов Ш.М.,
Наврззов Б.С., Мирзахмедов М.М.*
Ташкентская медицинская академия

Полипы и полипозы толстой кишки (ППТК) – серьезная проблема XXI века, поскольку их частота неуклонно растет. Заболевание поражает слизистую оболочку толстой кишки (ТК) множеством полипов, течение прогрессирующее, приводящее к резко выраженному нарушению обмена веществ, анемии и почти обязательному (70-100%) раковому перерождению полипов. Увеличивается число больных с такими грозными осложнениями этого заболевания, как профузное кровотечение, перфорация и малигнизация полипов. В последние годы в медицинской печати периодически появляются сообщения о том, что летальность при хирургическом лечении ППТК остается достаточно высокой, составляет 4,40% и не имеет тенденции к снижению даже в специализированных центрах. Хирургическая тактика должна быть дифференцированной и индивидуальной, в зависимости от характера заболевания и уровня поражения толстой кишки. Своевременная диагностика и прогнозирование течения ППТК является необходимым условием разработки и выбора эффективной дифференцированной хирургической тактики.

Цель: разработка дифференцированной хирургической тактики у больных полипами и полипозом толстой кишки на основе усовершенствованного комплекса диагностики и прогнозирования риска малигнизации полипов.

Результаты: мы проанализировали результаты диагностики и лечения 283 больных, госпитализированных в Республиканский научный центр колопроктологии и Республиканский онкологический научный центр МЗ РУз в 2000-2017 гг. по поводу ППТК. Все больные были разделены на 2 группы: 1-я (контрольная) – 81 больной, у которых применяли традиционные методы обследования и хирургическую тактику лечения; 2-я (основная) – 102 пациента, у которых использовались современные методы диагностики и лечения, включая виртуальную колоноскопию ВКС, молекулярно-генетический анализ APC, ПЦР. Среди пациентов был 161 (60,7%) мужчина и 122 (39,3%) женщины. Диагноз ППТК устанавливали по результатам клинико-инструментальных и лабораторных исследований в соответствии с классификацией В.Д. Федорова.

По клиническим проявлениям у пациентов основной группы течение заболевания было несколько более тяжелым, чем в контрольной группе.

У 15 (8,2±2%) пациентов была выявлена патология гепатобилиарной системы (токсический гепатит, киста, эхинококкоз и гемангиома печени, цирроз печени, хронический холецистит). Патология кишечника отмечалась у 15 (8,2±2,0%) больных в виде геморроя, анальных трещин, спастического колита. Патология сердечно-сосудистой системы (атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, флеботромбоз, гипертоническая болезнь и др.) отмечалась у 17 (9,3±2,1%). Эндокринными нарушениями, ожирением, узловым зобом, сахарным диабетом страдали 7 (3,8±1,4%) обследованных; патология системы крови (анемия, лимфостаз) имелись у 20 (10,9±2,3%); заболевания мочевыделительной системы – у 4 (2,2±1,1%); гинекологические заболевания – у 9 (4,9±1,6%) пациенток.

Большинство больных страдали гастритами, в основном в виде атрофических и субатрофических изменений слизистой желудка. Реже диагностировали эзофагиты и эрозии.

У 25 больных проведены сочетанные (симультанные) операции. Брюшно-анальная резекция (БАР) прямой кишки с низведением проксимальных отделов ТК в анальный канал у 5 больных сочеталась с удалением кисты яичника, ампутацией матки, эхинококкэктомией и резекцией желудка по Бильрот I. Левосторонняя гемиколэктомия с трансверзоректальным анастомозом у 2 больных сочеталась с холецистэктомией и уретеролитотомией. Правосторонняя гемиколэктомия с наложением илеотрансверзоанастомоза у 4 больных сочеталась с удалением кисты яичника и эхинококкэктомией. Резекция сигмовидной кишки с наложением колоректального анастомоза у 3 пациентов сочеталась с ректопексией по Кюммель – Зеренину и ампутацией матки. Субтотальная колэктомия с колоректальным анастомозом у 2 больных сочеталась с аппендэктомией и удалением кисты яичника. Тотальная колэктомия с илеоректальным анастомозом у 5 больных сочеталась с холецистэктомией, грыжесечением и резекцией желудка. Резекция сигмовидной кишки с наложением колоректального анастомоза у 4 больных сочеталась с аппендэктомией, удалением кисты яичника и фибромиомы.

Результаты лечения показали, что в основной группе с индивидуальным подходом к выбору оперативного вмешательства частота развития ранних послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания была существенно меньше: при семейном диффузном полипозе (СДП) у 6 (17,7%) и 2 (5,6%) из 36 больных, что в 1,31 и 3,43 раза реже, чем в контрольной группе. Число выздоровевших больных в основной группе было в 1,3 раза больше, а рецидивов – в 10,2 раза меньше, чем в контрольной.

Выводы: 1. Основными клиническими предикторами развития полипов и полипоза толстой кишки яв-

ляются молодой возраст, перенесенные ранее воспалительные заболевания кишечника, кровавый жидкий стул, вздутие живота, наличие гноя и слизи, анемия и кахексия неясного генеза. 2. Полипы и полипоз толстого кишечника более чем в 90% случаев сочетаются с патологией полипозного характера верхних отделов ЖКТ, гепатобилиарной и сердечно-сосудистой систем. 3. Разработанный комплекс диагностико-прогностических критериев больных полипами и полипозами кишечника позволил дифференцировать выбор оперативного вмешательства, что привело сокращению числа осложнений в 3,1 раза, повысить процент выздоровления с 65,7 до 83,5%, уменьшить число рецидивов в 10,2 раза.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И ТЕЧЕНИЕ РОДОВ У МАТЕРЕЙ НОВОРОЖДЕННЫХ С КРУПНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Нуритдинова Г.Т., Инакова Б.Б., Хакимов Ш.К.
Андижанский государственный
медицинский институт

Цель: изучение исходов родов для матери и плода при большой массе тела новорожденного.

Материал и методы: нами проанализированы 7458 историй родов и новорожденных, родившихся в 2017 году в перинатальном центре Андижанской области. Масса тела новорожденных варьировала от 500 до 6500 г. Доля новорожденных с массой тела ≥ 4000 г составила 592 (7,94%), из них 382 мальчика и 210 девочек, соотношение 1,82:1,0. Для ретроспективного и проспективного анализа данных отобрали 84 новорожденных с большой массой тела, контролем служили данные 80 детей с нормальной массой тела (2800-3999 г). Были изучены данные объективных исследований рожениц (УЗИ-фетометрия, доплерометрия сосудов МПК и ППК), биофизический профиль плода с учетом анте- и интранатальной кардиотокографии (КТГ), данные новорожденных (клинико-неврологическая оценка состояния, антропометрия).

Результаты: нами установлено, что группа женщин с большой массой тела и контрольной группы статически не различались по числу перво- (29,8 \pm 4,99%, в контроле 28,8 \pm 5,1%, $p > 0,05$) и повторнородящих (соответственно 70,2 \pm 4,99 и 71,2 \pm 5,1%, $p > 0,05$). При этом среднее количество родов в обеих группах рожениц (2,34 \pm 0,009 и 2,58 \pm 0,008, $p > 0,05$) также статистически не различались. Роженицы обеих групп были также сопоставимы по возрасту (25,8 \pm 0,04 и 25,1 \pm 0,39 года; $p > 0,05$).

Роженицы основной группы имели большой срок беременности (39,9 \pm 0,15 против 39,4 \pm 0,11 нед., $p < 0,01$), массу тела (73,9 \pm 0,87 против 65,0 \pm 1,14 кг, $p < 0,001$), длину тела (16,9 \pm 0,80 против 15,7,9 \pm 1,17 см,

$p < 0,001$), индекс Кетле (27,2 \pm 0,31 против 26,0 \pm 0,04 усл. ед., $p < 0,001$), чем женщины контрольной группы.

Результаты анализа течения родов выявили значительную его отягощенность у рожениц основной группы. Так, у них часто выявляются дородовое или раннее излитие околоплодных вод (27,4% против 15,0% в контроле, $p < 0,025$), повреждения мягких тканей промежности (22,6 \pm против 5,0%, $p < 0,001$), дистоция плечиков (13,4% против 3,75, $p < 0,013$), отслойка нормально расположенной плаценты (25,0% против 10,0%, $p < 0,001$), высокая частота признаков преэклампсии (66,7% против 45,0%, $p < 0,002$), фоновых и экстрагенитальных заболеваний (72,8% против 60,0%, $p < 0,002$), анатомического и функционального узкого таза (10,7% против 2,5%, $p < 0,015$), что явилось показанием к проведению эпизио- и перинеотомии (14,3% против 3,75%, $p < 0,006$), применение акушерских щипцов и вакуум-экстракции (7,14% против 2,5%, $p > 0,05$), планового и экстренного кесарева сечения (22,6% против 8,75%, $p < 0,006$).

Неблагоприятным исходом родов также явилась высокая частота гипоксии плода (34,5% против 22,5%, $p < 0,043$) и асфиксии новорожденных (45,2% против 30,0%, $p < 0,021$).

У 76% новорожденных с крупной массой тела обнаруживалась желтуха, количество непрямого билирубина у некоторых детей достигало 110 мкмоль/л. Желтушность кожных покровов появилась на 2-3-й день жизни и сохранилась до 14-18 дней. Цвет мочи и кала оставался неизменным.

Таким образом, состояние здоровья и течение родов у рожениц с крупным плодом значительно отягощены в связи с концентрацией пре- и перинатальных факторов риска, способствующих высокой травматизации матери и плода. Эти данные требуют углубленного изучения здоровья новорожденных, родившихся с большой массой тела, в проспективном плане.

РЕЗУЛЬТАТЫ АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ: ТРЕХЛЕТНИЙ ОПЫТ

*Обейд М.А., Абдурахманов А.А.,
Машрапов О.А., Рахимов Н.М.*
Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи

Цель: оценить трехлетний опыт аорто-коронарного шунтирования на работающем сердце.

Материал и методы: в период с 2014 по январь 2017 г. в отделении кардиохирургии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи оперированы 564 пациента, средний возраст 56,2 \pm 0,95 года. Мужчин было 473 (80,9%), женщин – 91 (19,1%). У 10,8% больных диагностирован II ФК сердечной недостаточности по NYHA, у 76,9% – III ФК, у 12,3% – IV ФК NYHA. У 183 оперированных имели место сопутствующ-

щие заболевания: у 62 (33,9%) из них – сахарный диабет 2-го типа, у 25 (13,7%) – обструктивный бронхит в стадии ремиссии, у 20 (10,9%) – сочетанное поражение сосудов коронарного и каротидного бассейна, у 23 (12,5%) – ЯБДПК в стадии ремиссии, у 9 (4,9%) – воспалительные заболевания почек и мочеполовой системы.

Результаты: средняя продолжительность операции составила $210 \pm 1,7$ мин. 52 (8,9%) пациентам потребовалось хирургическое вмешательство с подключением искусственного кровообращения (ИК) (средняя продолжительность ИК – $260 \pm 5,1$ мин). Среднее количество шунтированных артерий (индекс шунтирования) $-3,2 \pm 0,2$, при этом в 479 (81,9%) случаях использовали левую внутреннюю грудную артерию для шунтирования передней межжелудочковой артерии.

В 8 (1,4%) случаях произведена симультантная операция – каротидная эндартерэктомия из левой внутренней сонной артерии и аортокоронарное шунтирование. В раннем послеоперационном периоде диагностировано 60 (10,3%) различных осложнений. В структуре нелетальных послеоперационных осложнений преобладала сердечная недостаточность – у 47 (8,0%); нарушения ритма сердца были у 33 (5,6%) больного.

Умерли 18 (3,0%) пациентов. Среди причин летального исхода также преобладала острая сердечная недостаточность, которая наблюдалась у всех больных, при этом в 6 (1,03%) случаях диагностирован послеоперационный инфаркт миокарда, в 1 (0,17%) случае причиной летального исхода послужил сепсис на фоне острой сердечной недостаточности и острого респираторного дистресс-синдрома взрослых, в остальных 11 (1,8%) случаях причиной летального исхода послужила острая сердечная недостаточность.

Выводы: 1. АКШ является эффективным методом лечения больных ИБС. 2. Непосредственные результаты АКШ на работающем сердце показали высокую эффективность и низкую частоту осложнений. 3. Выживаемость в раннем послеоперационном периоде составила 97%.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ АУТОИММУННОЙ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ С ФАСЦИОЛЁЗОМ ЖЕЛЧНЫХ ХОДОВ

*Ортикова Д.Д., Кадыров М., Мемджанова А.
Ферганский филиал РНЦЭМП*

Описан случай из практики, когда первые признаки гемолитической желтухи наблюдались у больного с фасциолёзом желчных ходов.

Аутоиммунные гемолитические анемии (АИГА) – гетерогенная группа аутоагрессивных заболеваний, обусловленных гемолизом эритроцитов, в результате продукции аутоантител. АИГА встречаются в любом возрасте, соотношение женщин и мужчин – 2:1. АИГА разделяют на первичные (идиопатические) и вторичные, сопряженные с лимфоцитарными опухолями, СКВ, ревматоидным артритом, неспецифическим яз-

венным колитом, врожденными иммунодефицитами, раком толстой кишки, легких, желудка и яичников, некоторыми инфекциями. АИГА проявляется в ходе хронической болезни или гемолиз предшествует проявлению указанных заболеваний, нередко затрудняя своевременную диагностику.

Клинико-лабораторные проявления АИГА: нормоцитарная анемия с быстро нарастающей слабостью, бледность и желтушность кожи, склер, субфебрильная температура и незначительная спленомегалия. В анализе крови снижение уровня гемоглобина от умеренного до $26,0-36,0$ г/л, уменьшение количества эритроцитов при высоком ретикулоцитозе, сочетание микросфероцитоза с макроцитозом, шизоцитоз. При интенсивном гемолизе возможен лейкоцитоз с омоложением лейкоцитарной формулы.

Биохимические показатели: гипербилирубинемия с преобладанием непрямой, неконъюгированной фракции. Своевременная диагностика АИГА обеспечивает восстановление гемограммы и билирубина через 3-5 недель. Мониторинг 3 раза в месяц, по достижении ремиссии – каждые 1,5-2 месяца.

Фасциолёз – гельминтоз, из группы трематодозов, заболевание животных и человека, с поражением печени и желчевыделительной системы. Возбудители: *Fasciola hepatica* и *Fasciola gigantica*.

Фасциола паразитирует и откладывает яйца в желчных протоках печени и желчном пузыре, приводя к обструкции ходов. Яйца выводятся с калом через 4 месяца после заражения, но даже после этого не всегда обнаруживаются.

Клинический случай: 22.03.2017 г. в ФФ РНЦЭМП поступил больной Ж., 1983 г.р. с диагнозом: ЖКБ. Холедохолитиаз. Механическая желтуха.

Жалобы: болезненность в эпигастриальной области и правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, горечь во рту, периодически тошнота, сухость и горечь во рту, периодическая желтушность кожи и склер, потемнение цвета мочи, периодически повышение температуры, общая слабость.

Пациент считает себя больным около 3-4-х месяцев, начало болезни ни с чем не связывает. В детстве перенесенные заболевания отрицает, эпизодов желтухи не отмечал. Месяц назад обращался к гастроэнтерологу, инфекционисту, диагностирован острый бескаменный холецистит. Больной 22.03.2017 г. госпитализирован с подозрением на холелитиаз. Состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Язык сухой, обложен белым налётом, кожные покровы иктеричны (++) , склеры (+++). Живот симметричен, болезнен в эпигастрии и правом подреберье, печень и селезёнка не увеличены, перитонеальных симптомов нет.

Осмотрен гематологом 29.03.2017 г. Д-з: гемолитическая анемия. Гемолитический криз. УЗИ: Острый некалькулёзный холецистит. Полип желчного пузыря. Хронический панкреатит. МСКТ брюшной полости: КТ-признаки острого холецистита, патологические зоны селезёнки, инфаркт? Небольшой выпот вокруг селе-

зёнки. ЭРХПГ проведена трижды, в двух канюляция холедоха не удалась, в последнем из холедоха удалена фасциола.

Лабораторные показатели: при поступлении: RBC – 2,4; Hb – 71,0 г/л; WBC – 6,8; моча тёмно-жёлтая, мутная, белок 0,040, изменённые и неизменённые эритроциты, ураты. 1.04.2017 г. и 4.04.2017 г. после криза: RBC – 1,8; Hb – 40,0 г/л; WBC – 11,9; ESR – 20 мм/ч, сыворотка жёлтая, анизо-пойкилоцитоз, полиморфно-ядрные нейтрофилы – 12, метамиелоциты – 1, миелоциты – 2, ESR – 40 мм/ч, нормобласты – 145:100, белок – 1,0, изменённые и неизменённые эритроциты, ураты, гемоглобиновые цилиндры. Копроскопия по Лернеру – Гоголю: яйца фасциолы не обнаружены. Биохимия крови при поступлении: общий билирубин – 50, связанный – 23, свободный – 27 ммоль/л; АЛТ – 0,40 ммоль/л, АСТ – 0,20 ммоль/л. Резкий подъём показателей от 7.04.2017 г.: общий билирубин – 139, связанный – 117, свободный – 22 ммоль/л; после удаления фасциолы 10.04.2017 г. резкое снижение уровня общего билирубина до 78, связанного до 44, свободного до 34 ммоль/л. По прошествии 2-х месяцев вновь наблюдались клинико-лабораторные признаки гемолитического криза без обструктивного компонента, больной был переведен в гематологическое отделение ФОММЦ.

Вывод: трудность диагностики была обусловлена сочетанием двух патологий, проявления АИГА могут привести к диагностической ошибке в результате сочетания гематологической патологии с механической обструкцией желчных ходов при фасциолёзе.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПЛАСТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ С ПРИМЕНЕНИЕМ НАНОСТРУКТУРНЫХ ПОЛИМЕРНЫХ ЭНДОПРОТЕЗОВ. ВОЗМОЖНОСТИ ИМПОРТОЗАМЕЩЕНИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ И ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Панченков Д.Н.^{1,2}, Иванов Ю.В.^{1,2}, Матвеев Н.Л.¹, Кудрявцев П.В.³, Степанова Ю.А.⁴, Соловьев Н.А.^{1,2}, Злобин А.И.^{1,2}, Зиновский М.В.²

¹ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова Минздрава РФ, Москва, Россия,

²ФГБУ Федеральный научный клинический центр ФМБА России, Москва, Россия

³Центральная городская клиническая больница, г. Реутов Минздрава МО, Реутов, Россия

⁴ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава РФ, Москва, Россия

Высокая стоимость сетчатых эндопротезов для герниопластики зарубежных компаний-производителей ограничивает возможности их широкого применения во многих стационарах России. Поиск адекватной альтернативы продукции иностранных производителей

позволяет решить данную проблему.

Цель: оценка клинического и экономического эффекта применения малобюджетных полимерных сетчатых имплантатов на основе нанотехнологий в лечении пациентов с послеоперационными вентральными грыжами.

Материал и методы: мы располагаем собственным опытом лечения 28 пациентов с послеоперационными вентральными грыжами, которым была выполнена лапароскопическая пластика IPOM с применением полимерных сетчатых имплантатов на основе нанотехнологий. Средний возраст пациентов составил 48,2 года (от 30 до 65 лет). Мужчин – 16 (57,1%), женщин – 12 (42,9%). У всех пациентов имели место послеоперационные вентральные грыжи, у 4 из которых грыжи были рецидивными. Всем пациентам выполнена лапароскопическая герниопластика с интраперитонеальной установкой сетки Реперен (Нижний Новгород, Россия) с антиадгезивным покрытием. У всех пациентов наблюдался спаечный процесс в той или иной степени выраженности – соответственно все операции начинались с адгезиолизиса. Техника установки имплантата была стандартной и не отличалась от таковой при использовании других сеток.

Результаты: осложнений в раннем послеоперационном периоде мы не наблюдали. Средний послеоперационный койко-день составил 5,5 (3-8 дней). Всем пациентам проводилась антибактериальная терапия цефалоспоридами в течение 5 дней. В сроки 3-5 месяцев после операции всем были выполнены контрольные УЗИ и КТ брюшной полости. Рецидивов грыжи и миграции сетки по данным этих исследований не отмечалось. По данным КТ через 5 месяцев после операции отмечалась интеграция сетчатого имплантата в переднюю брюшную стенку. Была проведена также оценка качества жизни пациентов по вопроснику SF-36. Контрольную группу составили 78 пациентов, которым аналогичную операцию выполняли с использованием других широко известных сеток.

Заключение: данное пилотное исследование показало схожие клинические результаты в основной и контрольной группах, при этом экономический эффект в основной группе был существенно выше (стоимость эндопротеза отличается на 70-100%).

СОСТОЯНИЕ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Расулов А.Ф., Сирожиддинов У.К., Самсаков Ф.Т., Соткинов Г.А. Ферганский филиал РНЦЭМП

Осуществление нормального процесса желчевыделения во многом зависит от функционального и морфологического состояния желудка и двенадцатиперст-

ной кишки. Поэтому изучение внешнесекреторной функции печени и состояния желчевыводящих путей при заболеваниях этих органов представляет важную задачу.

В нашем отделении на лечении находились 90 пациентов с осложненной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, из них 25 женщин и 75 мужчин, возраст больных – от 16 до 65 лет. Средний возраст женщин – 35,6±6,5 года, мужчин – 38,5±4,5 года. Всем пациентам было проведено ультразвуковое исследование печени желчевыводящих путей. У 20% обследованных язвенная болезнь сочеталась с воспалительными заболеваниями желчного пузыря.

У 1,9% мужчин и 7,2% женщин встречалась желчнокаменная болезнь. У 6% мужчин и 9,2% женщин наблюдалась деформация желчного пузыря в виде перегибов, перетяжек в области тела шейки. У мужчин обнаружена прямая зависимость между сроком язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и частотой воспалительных поражений желчного пузыря, тогда как у женщин эта зависимость не наблюдалась. Повидимому, наличие холецистита у женщин, имеющих язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки, можно рассматривать как два не зависящих друг от друга сопутствующих заболевания.

Таким образом, число больных с ЖКБ среди как мужчин, так и женщин соответствует распространенности этой патологии в популяции, что не дает основание рассматривать какую-либо зависимость между ЖКБ и язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Рост заболеваемости холециститами среди мужчин с язвенной болезнью, вероятно, связано с гормональным фоном и особенностями развития язвенного процесса.

ОСЛОЖНЕНИЯ ВАЛЬВУЛОТОМИИ ПРИ БЕДРЕННО-ПОДКОЛЕННОМ АУТОВЕНОЗНОМ ШУНТИРОВАНИИ ПО МЕТОДУ IN SITU

*Расулов У.А.¹, Аметов Г.Ж.¹,
Ганиева Ш.Б.¹, Каршиев Б.Х.²*

¹Центральный военный клинический госпиталь МО РУз,

²Самаркандский военный госпиталь

Бедренно-подколенно-берцовый сегмент в настоящее время остается наиболее частой локализацией облитерирующих поражений артерий нижних конечностей. Реконструктивные операции при этой патологии являются основным способом лечения. Аутовенозное шунтирование большой подкожной веной по методике in situ является операцией выбора

Ключевым этапом данного способа шунтирования является разрушение клапанов большой подкожной вены с помощью специальных устройств – вальвулотомов. Несовершенство последних в ряде случаев явля-

ется причиной технических неудач – это пропущенные или частично разрушенные створки клапанов, перфорация стенки вены.

Проанализированы результаты 68 операций аутовенозного шунтирования методом in situ по поводу хронической ишемии нижних конечностей. Виды выполненных операций: бедренно-подколенное шунтирование выше щели коленного сустава – у 8, бедренно-подколенное шунтирование ниже щели коленного сустава – у 53, бедренно-тибиальное шунтирование – у 7.

При анализе результатов операций установлено, что к концу ближайшего послеоперационного периода были проходимы 62 (91,2%) шунта. При выполнении бедренно-подколенных шунтирований с наложением дистального анастомоза выше уровня щели коленного сустава тромбозов шунтов не было. Первичная проходимость шунтов в ближайший послеоперационный период составила 100%. Всего выполнено 53 операции бедренно-подколенного шунтирования с наложением дистального анастомоза ниже уровня щели коленного сустава. Тромбоз шунта в ближайшем послеоперационном периоде отмечен у 5 (9,4%) больных. В этой же группе у одного пациента при проведении вальвулотомии произошел отрыв интимы и перфорация шунта. При выполнении бедренно-тибиальных шунтирований у 1 (14,3%) пациента произошел тромбоз шунта, у 1 (14,3%) – перфорация шунта.

Анализ осложнений раннего послеоперационного периода показал, что их причинами являются погрешности вальвулотомии вследствие несовершенства существующих моделей вальвулотомов.

Использование вальвулотома для разрушения клапанов приводило к неполному разрушению клапанов или отслойке интимы, что явилось причиной 66,7% всех тромбозов в раннем послеоперационном периоде, а также перфорации аутовенозного шунта. Обращает на себя внимание тот факт, что во всех случаях неполная вальвулотомия наблюдалась в проксимальных отделах шунта, в то время как перфорации локализовались в дистальном сегменте. Это объясняется разницей диаметров аутовенозного шунта в проксимальном и дистальном сегментах, в то время как диаметр рабочей части вальвулотома остаётся постоянным, за счёт чего большой наконечник, соответствующий проксимальному диаметру вены (достигающему 8 мм и более), не проходит через узкий дистальный отдел вены (проведение инструмента с диаметром, превышающим диаметр дистального отдела аутовенозного шунта возможно вследствие эластических свойств вены, однако сопровождается перфорацией шунта при ретроградном движении), а наконечник меньшего размера не в состоянии обеспечить полное разрушение створок клапана в проксимальном сегменте. Успех операции зачастую зависит от качества применяемого вальвулотома.

Выводы: 1. При окклюзионных поражениях бедренно-подколенного сегмента, наличии адекватных путей притока и оттока, а также соразмерном диаметре большой подкожной вены методом выбора реконструкции является аутовенозное шунтирование по методике *in situ*. 2. Анализ осложнений послеоперационного периода позволил отметить, что конструктивные особенности наиболее широко используемых вальвулотомов могут явиться причиной неадекватной вальвулотомии, повреждения стенки вены, тромбоза аутовенозного шунта в послеоперационном периоде. 3. Применение вальвулотома, обеспечивающего максимальную эффективность и атравматичность вальвулотомии, технически правильное выполнение вальвулотомии обеспечивают успех операции аутовенозного шунтирования по методике *in situ*.

ПРОБЛЕМЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОБЛИТЕРИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

¹Расулов У.А., ²Абдугофуров З.У.

¹Центральный военный клинический госпиталь МО РУз,

²Ташкентская медицинская академия

Хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей, обуславливающими перемежающуюся хромоту, страдают около 5% населения земного шара, в том числе 3% населения России или 10% лиц в возрасте старше 60 лет, на диспансерном учете находятся 5 млн человек. В США такие заболевания становятся причиной выполнения 2 млн различных оперативных вмешательств ежегодно. В структуру облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей относятся облитерирующий атеросклероз, неспецифический аортоартериит, диабетическая ангиопатия, облитерирующий тромбангиит, болезнь Рейно и другие редкие заболевания артерий.

Среди заболеваний артерий нижних конечностей ведущее место прочно занимает облитерирующий атеросклероз, частота поражений которым, по разным данным, составляет 80-90%. На долю облитерирующего тромбангиита приходится всего 0,5-2% среди окклюдированных заболеваний артерий нижних конечностей. Несмотря на это, следует обращать серьезное внимание на пациентов, страдающих облитерирующим тромбангиитом, поскольку это заболевание, в отличие от атеросклероза, поражает в основном людей молодого возраста мужского пола, и в этой возрастной группе преобладает над атеросклерозом. В то же время в последние годы участились случаи атеросклеротического поражения артерий нижних конечностей у

людей молодого возраста. Несмотря на то, что проблеме дифференциальной диагностики облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей посвящено немало исследований, диагностические ошибки, по данным разных авторов, составляют 20-30%, что приводит к неправильной тактике лечения больных. Для постановки правильного диагноза необходимо провести дифференциальную диагностику между этими заболеваниями, что очень важно для определения тактики лечения.

Материал и методы: в нашей клинике на основании многолетнего опыта разработан алгоритм обследования больных с ХОЗАНК, включающий все современные методы диагностики.

По результатам комплексного обследования больных с ХОЗАНК сформирована база данных, проведен комплексный анализ полученных данных. Анализу подвергались 83 больных, из них 59 (81%) мужчин и 24 (19%) женщины, в возрасте от 32 до 79 лет, средний возраст – 52 года. Облитерирующим атеросклерозом страдали 65 (78,3%) больных, облитерирующим тромбангиитом 5 (6,0%), неспецифическим аортоартериитом 2 (2,4%), диабетической ангиопатией 11 (13,3%). На основании разработанного нами алгоритма диагностики ХОЗАНК составлена компьютерная программа для дифференциальной диагностики облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей, на которую получен патент Агентства по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан (№ DGU 02579 от 31.07.2012 г.).

Результаты: компьютерная программа использована в диагностике ХОЗАНК у 72 больных. В результате использования программы всем больным установлен дифференцированный диагноз. Программа выдает ответ в виде процентного соотношения выраженности признаков трех заболеваний – облитерирующего атеросклероза, облитерирующего тромбангиита и неспецифического аортоартериита. Диабетическая ангиопатия в программу дифференциальной диагностики не включена ввиду несложности её определения. Компьютерная программа установила диагноз «облитерирующий атеросклероз» у 65 больных с вероятностью 83-97%, «облитерирующий тромбангиит» у 5 больных с вероятностью 79-84% и «неспецифический аортоартериит» у 2 больных с вероятностью 75-77%.

Выводы: 1. В результате обработки и введения данных в компьютерную программу не только определяется наиболее вероятный диагноз из трёх возможных заболеваний – облитерирующего атеросклероза, облитерирующего эндартериита и неспецифического аортоартериита, но и создается база данных для каждого больного. 2. Использование данной компьютерной программы значительно облегчает работу и экономит время врача-хирурга.

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
ОПТИМАЛЬНЫХ ГИДРОДИНАМИЧЕСКИХ
ПАРАМЕТРОВ КРОВОТОКА ПРИ БЕДРЕННО-
ПОДКОЛЕННОМ ШУНТИРОВАНИИ МЕТОДОМ
РЕВЕРСИИ И IN SITU**

¹Расулов У.А., ²Абдугофуров З.У.

¹Центральный военный клинический госпиталь МО РУз,

²Ташкентская медицинская академия

Реконструктивные операции на артериях бедренно-подколенного сегмента по поводу их атеросклеротического поражения составляют 60-70% всех видов операций на периферических артериях. Доминирующим методом реконструкции при окклюзии бедренных артерий является обходное шунтирование. В качестве материала для обходного шунта используются как аутовена, так и синтетические сосудистые протезы.

Факторами, влияющими на длительность функционирования обходного шунта, являются уровень наложения дистального анастомоза, угол сосудистого анастомоза, состояние периферического русла, вид шунтирующего материала, техника выполнения операции. Все эти факторы могут повлиять на величину объёмной скорости кровотока, снижение которой ниже 120 мл/мин может привести к возникновению тромбоза шунта в раннем и отдаленном послеоперационном периодах. Уменьшение сопротивления току крови по шунту и увеличение объёмной скорости кровотока по ней может улучшить результаты реконструктивных операций.

Нами созданы математические модели различных вариантов шунтирующих операций на сосудах бедренно-подколенного и бедренно-берцового сегментов и рассчитаны основные гемодинамические параметры при них. Основными критериями для оценки преимущества определенного вида операции явились перепад давления крови у входа в шунт и у выхода; сопротивление потоку крови; линейная и объёмная скорость кровотока. При использовании в качестве обходного шунта синтетического сосудистого протеза диаметр шунта в зоне проксимального и дистального анастомозов не меняется (модель №1). При операции аутовенозного шунтирования методом реверсии диаметр шунта в зоне проксимального анастомоза меньше, чем в зоне дистального анастомоза (модель №2). При операции аутовенозного шунтирования методом in situ диаметр шунта в зоне проксимального анастомоза больше, чем в зоне дистального анастомоза (модель №3). При всех вышеперечисленных моделях предполагалось, что диаметр основной артерии на протяжении не меняется (аналог операций бедренно-бедренного или бедренно-подколенного шунтирования). В связи с этим нами решено рассмотреть модель №4, когда диаметр основной артерии на протяжении уменьшается, как и диаметр обходного шунта (аналог

операции бедренно-берцового шунтирования аутовеной in situ) и модель №5, когда диаметр основной артерии уменьшается, а обходного шунта – увеличивается (аналог операции бедренно-берцового шунтирования реверсированной веной).

На основе теории механики жидкости определен оптимальный угол накладываемого сосудистого анастомоза и вид реконструктивной операции обходного шунтирования на артериях бедренно-подколенно-берцового сегмента.

По результатам проведенных расчетов определен оптимальный угол сосудистого анастомоза – 30-40°, при котором сопротивление потоку крови будет минимальным. Также установлено, что наиболее эффективными по гидродинамическим параметрам являются модели шунтирования №3 и №4, в которых у шунта диаметр входа больше диаметра выхода, т.е. аутовенозное шунтирование осуществляется по методике in situ. При этой методике отмечается наименьшее сопротивление току крови и наименьший перепад давления, соответственно, наименьшие потери напора потока крови по длине обходного шунта. Это дает основание рекомендовать её для широкого применения в лечебной практике.

**ГАСТРОДУОДЕНАЛ ЯРАЛАР ҚОН КЕТИШ
БИЛАН АСОРАТЛАНГАНДА ЭНДОСКОПИК
ДАВО САМАРАДОРЛИГИ**

Рахмонов М., Жураев У., Мамадалиев У.
РШТЎИМФФ Бешариқ тумани субфилиали

Долзарблиги: илмий адабиётлар маълумотларига кўра гастродуоденал яралардан қон кетиш асорати 12-15% ташкил этиб, диагностика ва даволаш тактикаси охиригача ишлаб чиқилмаган долзарб муаммолардан бири ҳисобланади.

Мақсад: туман шароитида гастродуоденал қон кетишларда эндоскопик даво самарадорлиғи ўрганиш.

РШТЎИМФФ Бешариқ субфилиалида 2014-2016 йиллар давомида гастродуоденал яралардан қон кетиш билан асоратланган 59 нафар бемор даволанган. Беморларнинг 51 (86,4%) нафари эркаклар, 8 (13,6%) нафари аёлларни ташкил этади. Беморларнинг касаллик анамнези ўрганилганда уларнинг 52 (88,1%) нафарида 5 йилдан ортиқ вақт давомида меъда ва ўн икки бармоқ ичак яраси диагнози тасдиқланган ва даволанганлар, 5 (8,5%) нафар беморларда яра анамнези 3 йилгача бўлган, 2 (3,4%) нафарида эса меъда ва ўн икки бармоқ ичак патологиясига оид шикоятлари илгари аниқланмаган.

Гастродуоденал ярада қон кетиш асорати бор беморлар шошилиш кўрсатмага биноан стационар бўлимларга ётқизилганлар ва фиброгастродуоденоскопия текшируви бажарилган. Улардан 48 (81,4%) на-

фариди қон кетиш манбаи ўн икки бармоқли ичак яраси, 11 (18,6%) нафариди эса ошқозон яраси эканлиги аниқланган. Шулардан 30 (50,8%) нафар беморда қон кетиш интенсивлиги Форрест таснифи бўйича I Б ва 9 (15,2%) нафариди II А ни ташкил этди. Барча беморларда гастродуоденал қон кетишни эндоскопик усулда тўхтатиш усули қўлланилган. Бунинг учун актив қон кетиб турган соҳага эндоскопик игна ёрдамида 0,1% ли адреналин эритмаси натрий хлоринг изотоник ва гипертоник эритмаси билан инфилтрация қилинди. 4 (6,7%) нафар беморларда 12-72 соат давомида қайта қон кетиш кузатилганлиги сабабли оператив даво қўлланилди. Бу беморларда қонаётган ярани кесиб олиш ва Гейнике-Микулич усули билан пилоропластика операцияси амалга оширилган.

Хулоса: шундай қилиб гастродуоденал яралардан қон кетиш асоратида яра соҳасига 0,1% адреналин эритмасини эндоскопик усул билан инфилтрация қилиб қонни тўхтатиш юқори самарадорлиги ва қулайлиги билан катта аҳамиятга эга. Беморларда қайта қон кетиш хавфи камайди.

ВОПРОСЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ВОЕННЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯХ

Сабиров Д.Р.¹, Нуруллаев А.Ж.¹, Абдулахатов Б.Ш.²

¹Ташкентская медицинская академия,

²Центральный военный клинический госпиталь МО РУз,

Как известно, имеется прямая связь между количеством летальных исходов при ранениях и сроками оказания медицинской помощи. Первая помощь, быстро и правильно оказанная, остается основным средством спасения раненых от жизнеугрожающих последствий боевой травмы, прежде всего от кровотечения, острой асфиксии. Так, по данным российских ученых, если первая медицинская помощь оказывается в первые 30 минут с момента ранения, а первая врачебная помощь – не позднее 1 часа, то вероятность смертельного исхода уменьшается в 3 раза (Клочков Н.Д. и др., 2007).

Цель: изучение зарубежного опыта и внесение изменений в объем организации оказания первой медицинской помощи в военных подразделениях.

По-прежнему важной остаётся задача максимального раннего начала борьбы с кровопотерей и своевременного восстановления газообмена при ранениях. В период второй мировой войны (1941-1945 гг.) от кровопотери погибли около 37,2% всех раненых. В период медицинского обеспечения боевых действий 40-й армии в Афганистане (1979-1989 гг.) эта доля достигала уже 44%, причем в 21,2% случаев летальный исход наступал от условно смертельных ранений, то есть сво-

временное оказание первой медицинской помощи могло бы спасти жизнь пострадавшим. Если раненым с острой кровопотерей в состоянии шока на поле боя инфузионная терапия не проводилась, летальность среди доставленных в военный госпиталь составляла 67%, если же её осуществляли, снижалась до 25%. Отсутствие кислородной терапии (в случаях нарушения дыхания) приводило к повышению летальности до 30% и, напротив, среди тех, кому она проводилась в течение первых 30 минут после ранения, не умер ни один пострадавший.

Согласно данным анализа медицинской службы стран – участниц НАТО, 90% случаев смерти в боевых действиях происходят на поле боя, прежде чем раненые доставляются в медицинский пункт с врачом. При оказании качественной и своевременной медицинской помощи можно было бы избежать ¼ этих случаев.

То есть около 25% раненых, которые умирают до прибытия в медпункт, могли бы быть спасены в случае принятия на месте происшествия и в непосредственной близости к нему следующих необходимых мер:

- остановка массивных кровотечений из конечностей;
- удаление воздуха из плевральной полости при компрессионном пневмотораксе или наложении окклюзионной повязки при открытом пневмотораксе;
- освобождение/восстановление проходимости верхних дыхательных путей при асфиксии.

Первая медицинская помощь в воинских подразделениях в ходе выполнения задач оказывается в виде само- и взаимопомощи: самим раненым (если он в состоянии оказать себе помощь) или рядом находящимся сослуживцем. Медик подразделения, призванный оказать такую помощь при ранениях, в сложной тактической обстановке не всегда может находиться рядом с пострадавшим. По существующим положениям, перечень мероприятий первой медицинской помощи, оказываемой в виде само- и взаимопомощи, включает устранение асфиксии путем удаление инородных тел из ротоглотки, наложение окклюзионной повязки при открытом пневмотораксе, временную остановку наружного кровотечения (жгут, давящая повязка), введение наркотического анальгетика из индивидуальной аптечки. Медик подразделения в дополнение к вышеуказанному может ввести в ротоглотку воздуховодную трубку при обтурации верхних дыхательных путей. А доврачебная помощь, оказываемая фельдшером, не предусматривает введения декомпрессионной иглы в плевральную полость при компрессионном пневмотораксе, трахеотомию и коникотомию при обтурации верхних дыхательных путей, введение инфузионных растворов при массивном кровотечении.

Таким образом, для спасения жизни пострадавших важно своевременное и качественное оказание первой медицинской помощи в первые минуты после ранений («платиновые 10 минут»). Для достижения этих целей нами предлагается:

1. В имеющийся перечень мероприятий первой медицинской помощи включить введение в носоглотку гибкого (носоглоточного) воздуховода, декомпрессионной иглы в плевральную полость при напряженном пневмотораксе. С учетом этого совершенствовать обучение всех военнослужащих (на занятиях по военно-медицинской подготовке) правилам оказания первой медицинской помощи при ранениях, травмах и других несчастных случаях.

2. Совершенствовать программу специальной подготовки медицинского состава войскового звена с учетом разделения действий на следующие 3 этапа:

– медицинская помощь под обстрелом (в зависимости от сложившихся условий обстановки – оказание неотложных мероприятий и вынос в укрытие);

– медицинская помощь в боевой обстановке (оказание помощи, стабилизация состояния, подготовка к эвакуации);

– медицинская помощь во время эвакуации (транспорт с медицинским персоналом и соответствующим оснащением).

3. В имеющийся перечень мероприятий доврачебной помощи включить введение в носоглотку гибкого (носоглоточного) воздуховода, введение декомпрессионной иглы в плевральную полость при напряженном пневмотораксе, трахеотомию или коникотомию, введение инфузионных растворов (кристаллоиды) и т.д.

4. Усовершенствовать и внедрить в систему медицинского обеспечения:

– индивидуальные медицинские аптечки для военнослужащих с набором предметов для временной остановки наружного кровотечения, восстановления проходимости верхних дыхательных путей, устранения открытого и напряженного пневмоторакса, ненаркотических обезболивающих средств в шприц-тюбике, перевязочных пакетов;

– медицинские сумки для медицинского состава подразделений с набором предметов для временной остановки наружного кровотечения, восстановления проходимости верхних дыхательных путей, устранения открытого и напряженного пневмоторакса, трахеотомии и/или коникотомии, ненаркотическими обезболивающими средствами в шприц-тюбике, перевязочных пакетов, растворов для борьбы с геморрагическим шоком, складывающимися (сворачивающимися) санитарными носилками, шинами для иммобилизации переломов конечностей, шейного отдела позвоночника и т.д.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИСЕПТИКА ДЕКАСАНА ПРИ ГНОЙНЫХ ПЕРИТОНИТАХ

Саттаров А.Э., Жаханбаев С.С., Болиев З.А., Баратов Б.И., Сайфуллаев Н.И., Алламурадов А.Р.
Центральный военный клинический госпиталь МО РУз

«Перитонит и сепсис всегда был и остается нестареющей, иными словами, актуальной проблемой абдоминальной хирургии».

А.Н. Бакулев

Одной из наиболее сложных проблем хирургии остаётся лечение абдоминальных гнойно-воспалительных заболеваний и осложнений. В структуре хирургической заболеваемости перитонит и вызывающие его деструктивные поражения органов брюшной полости занимают одно из первых мест. Более того, в последние годы в Центральном военном клиническом госпитале МО РУ нам все чаще приходится иметь дело с запущенными формами этих заболеваний. Резко увеличилось число больных с инфицированными формами панкреонекроза, перфорацией желудочно-кишечного тракта, различными травматическими повреждениями органов брюшной полости, распространенным перитонитом различной этиологии. Летальность при этом не имеет какой-либо тенденции к снижению и колеблется, по последним данным, 19 до 70%.

Интраабдоминальная инфекция – перитонит – это воспаление висцеральной и париетальной брюшины, распространяющееся и на соседние ткани, сопровождающееся общими симптомами заболевания организма и нарушением функций жизненно важных органов и систем.

Установлено, что успешный результат лечения больного с наиболее тяжелой формой абдоминальной инфекции – перитонитом лишь на 15-20% зависит от эффективной антибактериальной терапии (остальные 80% – адекватная хирургическая санация, лаваж с применением современного антисептика декасана).

Цель: оценка эффективности и безопасности антисептического препарата декасана (декаметоксина) при санации брюшной полости во время операции и плановых программных санациях, а также как перитонеальный диализ при распространенных гнойных перитонитах у тяжелораненых и больных на фоне полиорганной недостаточности, абдоминального сепсиса, находившихся на лечении в отделении анестезиологии и реанимации.

Декасан (декаметоксин) обладает выраженным бактерицидным действием в отношении грамположительной, грамотрицательной и анаэробной микрофлоры, а также фунгицидным эффектом. Декасан является

катионным поверхностно-активным веществом, которое, соединяясь с фосфатидными группами липидов цитоплазматических мембран микроорганизмов, вызывает нарушение их проницаемости. Таким образом, бактерицидное действие декасана перекрывает спектр как патогенных, так и условно-патогенных микроорганизмов. При этом образование резистентных к декасану (декаметоксин) штаммов микроорганизмов при длительном применении препарата происходит очень медленно. Положительным свойством декасана является его способность повышать чувствительность микроорганизмов к антибиотикам.

Также был выявлен противовоспалительный эффект, механизм которого связан с угнетением продукции серотонина клетками и с уменьшением экссудации. При этом декасан (декаметоксин), используемый в концентрации 0,02% раствор, не оказывает токсического действия и не вызывает аллергических реакций.

Материал и методы: нами были обследованы 6 тяжелораненых и больных с диффузным и распространенным перитонитом различного генеза: заворот слепой кишки, осложненный некрозом стенки слепой кишки (1); острый тромбоз ветвей верхнебрыжеечной вены, осложненный некрозом стенки слепой и восходящей ободочной кишки с перфорациями (1); криптогенный распространенный гнойный перитонит (1); ножевое проникающее колото-резаное ранение живота с повреждением стенки и брыжейки нисходящего отдела ободочной кишки, стенки начального отдела тощей кишки (1); деструктивные формы аппендицита с образованием абсцессов брюшной полости (2). Возраст больных, которыми были преимущественно мужчины, колебался от 18 до 36 лет, средний возраст $26,5 \pm 9,2$ года. В 1-ю группу включены больные, санация брюшной полости которым была проведена по стандартной методике (фурацилин). Во 2-ю группу вошли больные, санация брюшной полости которым выполнялась декасаном. Группы больных были разные по оперативным вмешательствам. У всех больных операции заканчивались дренированием брюшной полости 3 или 4 силиконовыми дренажными трубками. У больных основной группы в зоне проведенного оперативного вмешательства оставляли лапаростомию. Для реализации программы исследования у больных использовали следующие методы: ежедневное 8-кратное измерение температуры тела, определение ЧСС, определение лейкоцитов и лейкоформулы, бактериологический анализ экссудата брюшной полости.

Результаты: отмечена высокая эффективность препарата декасана по 200 мл, 400 мл во флаконах для местного применения, по сравнению с таковой существующих антисептиков при комплексном лечении интраабдоминальной инфекции. У больных, которым промывали декасаном во время и после операции

брюшную полость, послеоперационных осложнений не было, им не требовалось назначение флуконазола, благодаря уменьшению дозы и количества антибиотиков. Кроме того, при промывании декасаном через дренажи после операции отсутствовали болевые ощущения. Наличие противовоспалительного эффекта способствовало уменьшению количества отделяемого из брюшной полости после операции, в связи с чем уменьшилась длительность нахождения дренажных трубок в брюшной полости.

Выводы: 1. Декасан как антисептик для местного применения оказывает выраженный клинический эффект у больных с интраабдоминальной инфекцией. 2. Препарат декасан хорошо переносится больными, не вызывает негативных реакций. 3. Декасан при комплексном лечении интраабдоминальной инфекции различного генеза позволяет уменьшить количество и дозы антибактериальных препаратов, что положительно влияет на клинический и экономический эффект лечения. 4. Декасан рекомендуется для медицинского применения у больных с интраабдоминальной инфекцией при перитоните различного генеза. 5. Программированные санации брюшной полости с декасаном при правильном понимании преимуществ метода с учетом адекватно выполненного хирургического вмешательства является, по нашим данным, эффективным методом интенсивной терапии при лечении разлитого гнойного перитонита.

ПРИЧИНЫ РЕЦИДИВА ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ, РАНЕЕ ОСЛОЖНЕННОЙ ПРОБОДЕНИЕМ ИЛИ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

*Собиров Н.А., Абдурахмонов Ш.Ш., Ахмадалиев А.Р.
Ферганский филиал РНЦЭМП*

Работа основана на результатах обследования и лечения 223 больных с хронической язвой двенадцатиперстной кишки (ХЯ ДПК), осложненной перфорацией (у 72) или кровотечением (у 151). Больным с перфоративной язвой проводили рентгеноскопическое исследование и видеолапароскопическое ее зашивание, при кровоточащей язве осуществляли эндоскопический гемостаз. Этиотропное противоязвенное лечение начинали с первых суток после поступления в urgentное хирургическое отделение, а затем продолжали в гастроэнтерологическом отделении, куда больных переводили после компенсации кровопотери. В результате этого рубцевание язвы наступило почти у всех пациентов ($95,5 \pm 5,7\%$). Несмотря на наличие зарубцевавшейся язвы, в течение первого месяца после лечения были выявлены выраженные морфофункциональные изменения в желудке. Так, по данным гастродуоденоманометрии, у 153 ($68,6 \pm 5,7\%$) больных отмечалось сни-

жение моторики желудка, у 132 (59,2±5,8%) была нарушена координация сокращений в антрум-пилородуоденальной зоне. При проведении дуоденодебитометрии у 2/3 (149) больных диагностирован дуоденогастральный рефлюкс, у 1/4 пациентов имелись признаки хронической дуоденальной непроходимости различной степени выраженности. По данным суточной внутрижелудочной pH-метрии, у 121 (54,2±5,8%) больного зафиксировано гиперацидное состояние, при этом среднее значение pH в теле желудка составляло 1,2±0,4. По данным ФЭГДС, гастроэзофагеальный рефлюкс был выявлен у 52 (23,3±0,8%) пациентов, хронический эзофагит – у 52 (23,3±0,8%), хронический гастрит – у всех наблюдаемых больных, дуоденогастральный рефлюкс – у 30 (13,5±1,5%), рубцово-язвенная деформация ДПК – у 114 (51,2±6,1%), компенсированный стеноз ДПК – у 8 (3,6±0,8%), субкомпенсированный стеноз ДПК – у 5 (2,2±0,8%), грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) – у 9 (4,1±0,4%).

При гистологическом исследовании биоптатов СОЖ у всех пациентов отмечались признаки хронического гастрита. У 115 (51,6±5,9%) больных обнаружен хронический поверхностный гастрит, у 25 (11,2±1,2%) – атрофический гастрит, у 16 (7,2±0,5%) – эрозивный гастрит, у 6 (2,7±0,4%) кишечная метаплазия. У 148 (66,4±5,8%) пациентов при проведении гистологического исследования и (или) уреазного теста обнаружено различной степени обсеменение слизистой желудка *Helicobacter pylori*, в том числе у 122 (54,7±5,9%) обсеменение слизистой оболочки желудка I степени, у 21 (9,4±0,8%) II степени и у 5 (2,3±0,5%) III степени.

При диспансерном наблюдении в течение 7 лет у больных с хронической дуоденальной язвой, осложненной ранее кровотечением, рецидив заболевания возник у 26,4±3,5% пациентов, после зашивания прободной пилородуоденальной язвы у 34,5±4,6%. Курсы поддерживающей медикаментозной терапии не исключали возможности рецидива заболевания, но по сравнению с пациентами, не получавшими противорецидивное лечение, снижали его частоту соответственно на 24 и 37,6%.

Таким образом, у больных, перенесших лапароскопическое ушивание прободной пилородуоденальной язвы или эндоскопический гемостаз при кровоточащей дуоденальной язве, после проведенной этиотропной терапии, несмотря на рубцевание язвенного дефекта, в желудке остаются выраженные морфофункциональные изменения, которые могут способствовать рецидиву язвы – гипокинезия желудка, явления хронического гастрита, обсемененность *Helicobacter pylori*. Эти пациенты нуждаются в постоянном диспансерном наблюдении с проведением медикаментозного лечения, которое более чем в 4 раза снижает частоту рецидивов заболевания и осложнений, требующих оперативного вмешательства.

ҚҶШМА ЖАРОҲАТЛАРДА ЁҒ ЭМБОЛИЯСИ СИНДРОМИ БИЛАН АСОРАТЛАНИШИНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ВА ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

Таджибаев А.Т., Тожибоев Б.А.

**Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази
Сирдарё вилоят филиали**

Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази Сирдарё вилоят филиалида 2011-2016 йиллар давомида 2140 нафар беморлар узун найсимон суякларнинг синиши юзасидан даволанган бўлиб, бу беморларнинг 16 нафариди муурожаат ва даволаниш жараёнида ёғ эмболияси билан асоратланиши кузатилди. Жароҳат олганларнинг касаллик тарихлари таҳлил қилинган вақтда ёғ эмболияси билан асоратланган беморларнинг барчасида муурожаат вақтида травматик шок кузатилганлиги ва беморларни шифохонга йўловчи машиналарда иммобилизациясиз олиб келинганлиги аниқланди. Ёғ эмболияси билан асоратланган беморларнинг 11 тасини эркаклар ва 5 нафарини аёллар ташкил этиб, уларнинг ёш кўрсаткичи 26 ёшдан 61 ёшгача бўлган меҳнатга лаёқатли аҳоли қатламини ташкил этиши касалликнинг ижтимоий аҳамиятга эга эканлигини кўрсатиб туради.

Ёғ эмболияси билан асоратланган жароҳатланганларнинг 9 нафариди касаллик қўшма жароҳатларда кузатилиб, уларнинг 4 тасида бош мия ёпиқ жароҳати билан, 3 нафариди кўкрак қафаси ва 2 нафариди қорин ёпиқ жароҳати билан бирга учраши, бу беморларни даволаш этапларида бир қанча техник қийинчиликларни юзага келтириб, врач-травматолог олдида етакчи жароҳатни, бемор ҳаётига энг юқори хавф солувчи факторни аниқлаб, бир вақтнинг ўзида ёғ эмболияси синдромини олдини олиш ва даволашни талаб этади.

Клиникамизда қўшма жароҳатлар билан даволанган беморларда ёғ эмболияси синдроми билан асоратланган беморларнинг 9 тасида сон суягининг синиши кузатилган бўлиб, бу беморларнинг 3 та ҳолатида иккала сон суяги синиши билан кузатилган бўлса, 7 тасида болдир суякларнинг синиши айнан иккала оёқ болдир суякларининг синиши билан кузатилди. Ёғ эмболияси синдроми клиникаси 4 нафар беморларнинг жароҳат олишдан кейинги биринчи 6 соатда юзага келган бўлса, 11 та беморда бу ҳолат жароҳатдан 24 соатдан юзага келган ва 1 та беморда бу ҳолат 48 соатдан сўнг юзага келди. Ёғ эмболияси синдроми билан даволанган беморларнинг 7 тасида касаллик яққол мия формасида учраган бўлса, 2 та беморда ёғ эмболияси синдроми ўпка формасида, 7 та беморда эса аралаш формада юзага келди. Қўшма жароҳатлар билан даволанган ёғ эмболияси аралаш формаси билан асоратланган беморларнинг 2 нафариди касаллик ўлим билан якунланди.

Ёғ эмболияси билан асоратланган беморларда оператив даво, ёғ эмболияси клиникаси бартарарф

бўлгандан сўнг, ўртача жароҳат олгандан сўнг 14–21 суткада амалга оширилди. Узун найсимон суякларда экстремедулляр ва компрессион-дистракцион остео-синтезлаш усуллардан фойдаланилиб, суяк каналига максимал жароҳат етказмасликка ҳаракат қилинди ва операциядан сўнг беморларни аҳволи яхши томонга ўзгаришига олиб келди.

Қўшма жароҳатлар билан даволанган беморларда ёғ эмболияси синдроми билан асоратланган беморларнинг ўлим кўрсаткичи юқори бўлишини инobatга олган ҳолда, бизнинг клиникамизда узун найсимон суяклар синишлари билан кузатилган қўшма жароҳатларда, беморларнинг жароҳат вақтида, шифохонага мурожаат вақтида шок билан, ҳушини йўқотиш билан кузатилган беморларда, сийдикда эркин ёғ томчилари аниқланган беморларда, ҳамда даволаниш давомида ёғ эмболияси субклиник белгилари кузатилган беморлар: тургун, до-рилар таъсирида йўқолмайдиган тахикардия, бартараф этилмаётган анемия, узоқ давом этувчи гипертермия юзага келган ҳолда, даволаш этапларида 33% – 100 мл этил спирти суткасига 1 марта, антикоагулянт терапия ва инфузион терапия қўлланган беморларда ёғ эмбо-лияси синдроми кузатилмаганлиги беморлар давола-ниш кунларини қисқаришига ва эрта реабилитациясига имкон бериб, беморларни ўз вақтида соғайишига олиб келди.

Хулоса: Травматик шок билан кузатилган қўшма жароҳатлар ҳамда даволанаётган беморларда ёғ эм-болияси синдроми субклиник шакллари аниқланганда, лаборатор сийдикда ва қонда ёғ томчилари аниқланган беморларда эрта вақтларда 33% этил спирти, антикоа-гулянт терапия ва инфузион терапия қўлланган бемор-ларда касаллик ёғ эмболияси синдроми билан асоратла-нишини олдини олади.

ИЗУЧЕНИЕ ПРИЧИН СУИЦИДАЛЬНЫХ ПОПЫТОК И ПСИХИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ОТРАВЛЕНИЯМИ УКСУСНОЙ КИСЛОТЫ

**Стопницкий А.А.¹, Ташпулатова Н.М.¹, Акалаева А.А.²,
Хожиев Х.Ш.¹, Ишбаев Н.А.¹, Шоабсаров А.А.¹**
Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи¹
Казанский национальный исследовательский
технологический университет²

Изучение причин суицидов, которые подталкивают человека к попытке самоубийства, а также возникающих при этом психических изменений у суицидентов – актуальная проблема, так как частота суицидальных попыток очень высока. По данным некоторых зарубежных авторов, практически нигде в мире, кроме России и государств Центральной Азии и Кавказа, суициденты не пытаются воспользоваться столь изощренным спо-

собом сведения счетов с жизнью, как использование уксусной кислоты.

Цель: изучение причин применения уксусной кислоты для совершения суицидальных попыток, а также диагностика уже имеющихся или появившихся психических нарушений у больных с острыми отравлениями уксусной кислотой.

Материал и методы: были опрошены и обследованы 42 пациента с тяжелыми острыми отравлениями уксусной кислотой в возрасте 21-50 лет (преобладали лица в возрасте 20-23 лет), поступившие в реанимационное отделение токсикологии РНЦЭМП в период с IV-го квартала 2016 г. по III-й квартал 2017 г. В комплексе исследования использовались: клиническое интервью; методика определения выраженности депрессии А.Т. Бека; методика оценки невротических состояний (К.Х. Яхин, Д.М. Менделевич) из 6 параметров: тревога, невротическая депрессия, астения, истерический тип реагирования, обсессивно-фобические и вегетативные нарушения.

Результаты: на основании проведенных исследований, анализа интервью и методик у пациентов были выявлены следующие мотивы использования уксусной кислоты: 1) легкая доступность; 2) низкая цена; 3) мнение суицидента об уксусной кислоте как о более эстетичном (чем самопорезы или повешение) способе совершения суицида. В процессе лечения после незавершенного суицида данное мнение меняется кардинально и выражается в безысходности – «не было верёвки», «боюсь крови», «дома таблетки не водятся». Только единицы, т.е. 4 из 42 суицидентов отметили, что уксусная кислота своей высокой концентрацией и доступностью провоцирует к совершению суицидального поступка.

Из обследованных женщин было 34 (80,9%), мужчин – 8 (19,1%), т.е. среди суицидентов преобладали женщины. Наши данные подтверждают мнение современных авторов о том, что женщинам присущи более демонстративные формы поведения (в том числе демонстративный суицид), которые в своей основе имеют истерические включения, что означает ситуационную суицидальную попытку. Мужчинам свойственны более глубокие переживания, вызывающие депрессивные состояния, приводящие к аутоагрессивной суицидальной попытке, провоцирующей их совершить суицид.

По вопроснику А.Т. Бека у 11 (26,19%) пациентов выявлен депрессивный эпизод легкой степени – субдепрессия, у 23 (54,76%) – умеренная депрессия без соматических проявлений, у 8 (19,05%) – тяжёлая депрессия с соматическими проявлениями. Высокий уровень депрессивных симптомов чаще встречается у мужчин, т.е. у 5 (62,5%) из 8. По методике Яхина – Менделевича выявлено следующее: у 16 (47,05%) женщин-суицидентов выражен истерический тип реагирования; среди 6 мужчин-суицидентов (75%) наблюдается выраженная невротическая депрессия.

Выводы: у всех суицидентов независимо от пола, в той или иной степени выявлена невротическая депрессия с истерическим типом реагирования. Причиной «уксусного» суицида является то, что человек проинформирован социальным окружением или СМИ о том, что уксус – верный, легкодоступный и дешёвый способ совершения суицида. Уксусную кислоту в качестве способа для совершения суицида люди чаще используют в порядке исключения, то есть из-за неимения других способов совершения суицида.

ОРГАНИЗАЦИИ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОЙ ТРАВМЕ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Тияков А.Б., Хамзаев К.А., Абдуллаев К.Г.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Одной из актуальных современных медицинских и социальных проблем является сочетанная травма. Частота встречаемости и тяжесть повреждений при ней увеличивается из года в год вследствие интенсивной урбанизации, возрастания механизации, скоростей средств передвижения во всех экономически развитых странах, в том числе и у нас в Узбекистане.

Цель работы – изучить структуру дорожно-транспортного травматизма и характер повреждений у пострадавших в ДТП для разработки оптимального алгоритма оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе.

Для оценки степени тяжести состояния использовались клинические данные, показатели витальных систем: частота сердечных сокращений, частота дыхания, артериальное давление, шоковый индекс по Альговеру, балльная оценка глубины комы (Глазго), определялось насыщение гемоглобина кислородом (SpO_2).

Изучено 1624 карты вызовов пострадавших в результате ДТП за три года 2-х подстанций скорой медицинской помощи г. Ташкента (№6 Юнусабадского района и №3 Яшнабадского района). В 2013 г. медицинская помощь была оказана 534 пострадавшим, в 2014 г. – 540 пострадавшим, в 2015 – 550 пострадавшим. Лица мужского пола составили 67%, женского – 33%. Из общего количества пострадавших – 56 (7,35%) – дети в возрасте от 2 мес. до 15 лет, чаще участниками ДТП становились дети в возрастной группе от 11 до 15 лет.

По характеру травматических повреждений были выделены следующие группы: первая группа – пострадавшие с тяжелыми сочетанными травмами, нуждающиеся в экстренной медицинской помощи по жизненным показаниям (шок, острая кровопотеря, разрывы внутренних органов и пр.); вторая группа – пострадав-

шие с сочетанными травмами; третья группа – пострадавшие с изолированными травмами; четвертая группа – погибшие на месте ДТП.

На месте происшествия и на этапе эвакуации проводилась неотложная терапия, направленная на нормализацию витальных функций, искусственная вентиляция легких, респираторная поддержка с использованием повышенных концентраций кислорода, противошоковая терапия, транспортная иммобилизация. Для устранения болевого синдрома используются наркотические анальгетики (промедол, омнопон, морфин) в сочетании с антигистаминными препаратами, нейролептиками. Наложение асептических повязок, транспортная иммобилизация конечностей, бережная транспортировка пострадавших повышает эффективность профилактики шока. Одним из важных этиологических факторов при лечении травм являются сроки оказания первой медицинской помощи. В первые 30 минут от момента получения травмы в лечебное учреждение доставлены 614 пострадавших, от 30 минут до 1 часа – 510, от 1 часа до 1,5 часов – 215, от 1,5 до 2 часов – 185. Отсроченное время поступления от 1,5 до 2 и более от момента получения травмы объясняется удаленностью места ДТП от профильного учреждения; количеством пострадавших, требующих привлечения дополнительных бригад СМП; наличием автомобильных пробок на дорогах.

Таким образом, своевременная комплексная оценка состояния пострадавших в ДТП позволяет улучшить диагностику повреждений, адекватная тактика лечения способствует предупреждению развития осложнений.

АСПЕКТЫ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

Тияков А.Б., Исмаилова Ш.Т., Маматкулов Б.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Основные проблемы при чрезвычайных ситуациях связаны с организацией и оказанием медицинской помощи пострадавшим детям, начиная с первых часов после катастрофы, и на протяжении первых 2-3 суток. Известно, что 46% пострадавших могли бы быть спасены, если бы в течение первых 5 часов им своевременно проводились бы мероприятия по поддержанию жизни. Помощь пострадавшим включает: восстановление проходимости верхних дыхательных путей, проведение экспираторного искусственного дыхания, остановку наружного кровотечения, иммобилизацию конечностей при их повреждении, обезболивание, придание определенного положения при эвакуации.

В местах временного сосредоточения пострадавших детей особое значение имеет сортировка для определения необходимости эвакуации и ее очередности. При массовых повреждениях первоочередной эвакуации подлежат дети с нарушением витальных функций, но имеющие возможность выжить. Пострадавшие, находящиеся в терминальном состоянии, эвакуации не подлежат, уход и симптоматическое лечение направлены на облегчение их страданий. Пострадавших с повреждениями легкой и средней тяжести эвакуируют во вторую очередь. На догоспитальном этапе, наряду с применением анальгетиков, необходимы мероприятия, направленные на устранение или уменьшение гиповолемии. В полевых условиях – это введение жидкостей через рот, желательнее в виде щелочно-электролитных растворов, слабokonцентрированных растворов глюкозы.

Транспортировку необходимо осуществлять специальным транспортом в сопровождении медицинского работника, осуществляющего контроль за пострадавшим и способным поддерживать деятельность жизненно важных функций организма с применением различных лекарственных препаратов. В первую очередь он должен обеспечить проходимость верхних дыхательных путей, при необходимости провести интубацию трахеи, обеспечить обезболивание, внутривенное введение жидкостей, особое внимание уделяется созданию выгодного положения пострадавшего в зависимости от характера и объема повреждения.

Важным фактором, определяющим четкую организацию и эффективное лечение пострадавшим детям на госпитальном этапе, является участие анестезиолога-реаниматолога на первичном осмотре и сортировке поступивших. Особенностью повреждений при многих катастрофах является наличие сочетанных и множественных травм, обуславливающих развитие синдрома взаимного отягощения. Существенно возрастает угроза для жизни вследствие возникновения шока, в основе которого лежит массивная кровопотеря, дегидратация, ожог, тяжелая инфекция. Ранние мероприятия по выведению из шока, основанные на компенсации потерянного объема крови позволяют предотвратить прогрессирование шока и стабилизировать состояние пострадавших.

Необходимо отметить, что организация реанимационной помощи в значительной степени зависит от характера повреждений, в объем помощи могут быть включены методы экстракорпоральной детоксикации, ГБО, УФО крови, различные варианты ИВЛ, иммунотерапия, профилактика различных осложнений.

Таким образом, организация реаниматологической помощи на этапах медицинской эвакуации занимает важное место в ликвидации последствий катастроф.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ СТРАТЕГИЙ ЛЕЧЕНИЯ ПОВТОРНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Тохилов Ж.Я., Ахмедов Л.А., Пулатова Ш.Х.,

Хасанова Н.Н., Алиев С.Н.

Республиканский научный центр экстренной помощи

Цель: оценка ближайших и отдаленных результатов различных стратегий лечения больных с повторным инфарктом миокарда (ПИМ).

Материал и методы: обследованы 680 больных с крупноочаговым ПИМ, находившихся на лечении в 2003-2011 гг. Исходный риск смерти (РС) определяли по TIMI. Тромболитическая терапия (ТЛТ) применена у 142 больных, коронарография – у 340, различные виды ЧКВ – у 189, в том числе первичные, отсроченные (до 72 ч), спасительные и после успешной ТЛТ – соответственно у 75, 60, 17 и 37. Шунтирование коронарных артерий (КА) выполнено у 65 больных через 6-10 недель от начала ПИМ. В течение 5 лет у 165 больных с различными стратегиями лечения оценивали общую и сердечно-сосудистую летальность (ССЛ).

Результаты: у 75% больных интервал между инфарктами составил от 1 до 5 лет. Высокий, средний и низкий РС имели место соответственно 67, 18 и 15% пациентов. Одно-, двух- и трехсосудистое поражение КА обнаружено у 4, 18 и 78% больных; окклюзия инфаркт-связанной артерии, субокклюзия и стеноз КА свыше 75% – соответственно у 61, 31 и 8% пациентов. Применение ЧКВ, в том числе отсроченных, позволило предотвратить прогрессирование дисфункции левого желудочка (ЛЖ). Госпитальная и ССЛ за 5 лет после выписки составила соответственно 7 и 5%. Шунтирование КА было выполнено только в 50% случаев. Остальным больным в оперативном лечении было отказано в связи с выраженной дисфункцией ЛЖ. ФВ ЛЖ после операции возросла с 37 до 43%. Госпитальная летальность составила 7,5%, общая и ССЛ за 5 лет – соответственно 5 и 2,5%. У больных без ЧКВ было отмечено дальнейшее прогрессирование дисфункции ЛЖ. Постинфарктная стенокардия, нарушения ритма и проводимости и сердечная недостаточность имели место у 50, 43 и 76% больных. Госпитальная летальность составила 17%. У большей части больных ПИМ являлся следствием окклюзии еще одной КА, васкуляризирующей противоположную зону ЛЖ. Одно-, двух и трехсосудистое поражение имело место в 84, 11 и 5% случаев. В первые сутки умерли 61% больных, на вторые-пятые – 20%, в последующие – еще 20%. Общая и ССЛ за 5 лет достигла соответственно 71 и 61%.

Заключение: повторный ИМ является предиктором высокого риска смерти и определяет приоритетность больных к реперфузионной терапии. Высокая частота летальных исходов в отсутствие реперфузионной терапии сохраняется в период всего стационарного лечения

и в последующие годы наблюдения. Различные виды ЧКВ, в том числе отсроченные, позволяют предотвратить развитие осложнений и летальных исходов. Доступность их ограничивается характером поражения коронарного русла и выраженностью дисфункции ЛЖ. Шунтирование КА улучшает сократительную функцию ЛЖ и повышает выживаемость больных. Обеспечение своевременной доступности реперфузионных стратегий расширяет возможности эффективного лечения больных с повторным ИМ.

ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА В ОТДЕЛЕНИЯХ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ

*Туляганов Д.Б., Тожибоев М.П., Юлдашев М.Х.,
Ахмедов Х.Э., Даминов Б.Н., Гофуров А.Н.,
Нахалбаев Р.Т., Холмирзаев Б.Ф.
Джизакский филиал РНЦЭМП*

По образному выражению одного из известнейших пульмонологов и реаниматологов Калифорнийского университета 20-го столетия Kenneth M. Moser, «два слова характеризуют летальность и частоту осложнений, связанных с тромбоэмболическими событиями: первая – значительная, вторая – неприемлемая». Является очевидной и бесспорной важность профилактики венозных тромбоэмболий в обеспечении безопасности госпитализированного пациента, особенно пациента хирургического профиля, так как «большие» хирургические операции (длительностью более 30 мин и все операции под общей анестезией), urgentные осложнения злокачественных новообразований (особенно у лиц, получающих химиотерапию и лучевую терапию), тяжёлые сопутствующие соматические заболевания и состояния (ОНМК, ОИМ, сердечная недостаточность, ожирение, возраст старше 40 лет и др.), периоперационная интенсивная терапия (продолжительная ИВЛ, длительная миорелаксация, центральный венозный катетер, тяжёлый сепсис, ДВС-синдром, гепарин-индуцированная тромбоцитопения) являются признанными и ведущими факторами риска развития тромбоэмболического синдрома (ТЭС).

Цель: систематизация наших подходов к профилактике послеоперационного ТЭС у больных, подвергнутых «большим» хирургическим вмешательствам в экстренном порядке.

Материал и методы: клиническая эффективность применяемого в отделении экстренной хирургии Джизакского филиала РНЦЭМП за последние 6-7 лет протокола комплексной профилактики ТЭС оценена у 75 больных. В группу исследования включены пациенты с urgentной абдоминальной патологией, оперированные в экстренном порядке через широкий лапаро-

томный доступ. Мужчин было 30 (40,0%), женщин – (60,0%). Средний возраст пациентов – 44,5±15,2 года с диапазоном от 28 до 75 лет.

Протокол комплексной профилактики ТЭС состоит из следующих компонентов: эластичное бинтование нижних конечностей; антикоагулянтная терапия; общестимулирующая и дыхательная гимнастика в постели; движения в голеностопных, коленных и тазобедренных суставах, подтягивание пяток к ягодицам, активное трение стопой одной ноги голени и бедра другой каждые 30-40 мин; раннее послеоперационное восстановление активности пациентов, лечебная физкультура; умеренная гемодилюция – Ht-30%.

Антикоагулянтную терапию начинали непосредственно перед операцией (при отсроченных операциях нефрагментированный гепарин (НФГ) 5000 ед. за 6 ч или низкомолекулярный гепарин (НМГ) 0,4 мг за 12 ч до операции. В послеоперационном периоде НФГ назначали по 5000 ЕД 3 раза в день или НМГ по 0,4 мг 1 раз в сутки в подкожную клетчатку живота в течение 5-7 дней под контролем ВСК, АЧТВ и коагулограммы, в последующем больного переводили на антикоагулянты непрямого действия под контролем ПТИ, МНО в течение месяца.

Результаты: при соблюдении вышеописанного протокола профилактики ТЭС отмечали стабильное сохранение нормокоагуляции и некоторое увеличение фибринолитической активности крови на показателях коагулограммы. Венозные тромботические осложнения имели место только у 3 (4,0%) пациентов, в том числе восходящий варикотромбофлебит большой подкожной вены констатирован у 2 (2,7%), илеофemorальный тромбоз – у 1 (1,3%). Общим осложнением с восходящим варикотромбофлебитом была выполнена кроссэктомия с целью хирургической профилактики тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА), а у пациентки с илеофemorальным тромбозом без ультразвуковых признаков эмболоопасного флотирующего тромба применена консервативная терапия.

Все 3 больных с флеботромбозами имели ожирение различной степени с конусовидной формой нижней конечности, у которых сложно надлежащим образом фиксировать эластичный бинт на уровне бедра, когда бинт, сворачиваясь, может привести к развитию «эффекта жгута», который замедляет опорожнение соответствующего сегмента вены и травмирует ее. Поэтому в последние годы мы начали использовать преимущественно компрессионные чулки отечественного производства, на фоне применения которых мы пока еще не отмечали флеботромбозы в системе нижней полой вены.

Умерла вследствие ТЭЛА 1 (1,3%) пациентка 58 лет, оперированная по поводу ущемленной гигантской послеоперационной вентральной грыжи.

Заключение: больные с ургентной абдоминальной патологией требуют обязательного применения комплексных мер профилактики послеоперационных венозных тромбозомболических осложнений. Центральное место в профилактике ТЭЛА должно занимать периоперационное применение прямых антикоагулянтов и компрессионного трикотажа.

ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТОМ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Туляганов Д.Б., Тожибоев М.П., Юлдашев М.Х.,
Ахмедов Х.Э., Даминов Б.Н., Нахалбаев Р.Т.,
Алимов А.К.*

Джизакский филиал РНЦЭМП

Острый варикотромбофлебит является наиболее распространённым осложнением варикозной болезни подкожных вен нижних конечностей, частота которого достигает 30%. Восходящие формы варикотромбофлебита реально угрожают распространением тромбоза на глубокие вены и развитием эмболии легочных артерий. Частота выявления на ультразвуковом исследовании тромбоза глубоких вен у больных острого тромбофлебита подкожных вен колеблется от 10 до 30%. При этом распространённость клинически проявляющейся тромбозомболии лёгочных артерий (ТЭЛА), диагноз которой подтверждён сцинтиграфией легких, у больных тромбофлебитом поверхностных вен составляет в среднем 5,4%. В 52,6% случаев ТЭЛА наблюдается при сочетании тромбофлебита поверхностных и глубоких вен. Распространённость бессимптомной ТЭЛА, выявленной с помощью сцинтиграфии лёгких у больных острыми варикотромбофлебитами, варьирует от 33 до 49%. Это ставит под сомнение традиционную точку зрения о доброкачественном течении острого варикотромбофлебита и требует проведения активных мер профилактики ТЭЛА у этой категории пациентов.

Цель: совершенствование подходов к комплексной профилактике ТЭЛА у больных варикотромбофлебитом нижних конечностей.

Материал и методы: представлен наш опыт ведения 76 больных с варикотромбофлебитом, госпитализированных в Джизакский филиал РНЦЭМП в 2003-2017 гг. Среди этой категории больных преобладали женщины – 49 (64,5%), мужчин было 27 (35,5%). Пациенты были в возрасте от 19 до 66 лет (средний возраст – 43,1±14,6 года).

У 58 (76,3%) больных диагностирован острый восходящий варикотромбофлебит большой подкожной вены (БПВ), а у остальных 18 (23,7%) – ограниченный тромбофлебит на уровне голени. При этом переход

видимой проксимальной границы тромба на бедро у больных восходящим варикотромбофлебитом, что имело место у 48 (63,2%) больных, явилось показанием к хирургической профилактике ТЭЛА. Как правило, у этих больных выполняем кроссэктомиию. Вместе с тем, у 3 (3,9%) пациентов головка тромба достигала сафено-фemorального соустья и переходила в бедренную вену, в связи с чем классическая кроссэктомия была дополнена тромбэктомией.

У больных ограниченным варикотромбофлебитом на уровне голени в последние годы начали применять более активную хирургическую тактику. Так, у 7 (9,2%) пациентов с ограниченным варикотромбофлебитом на уровне голени, у которых отсутствовал выраженный перифлебит, с целью профилактики рецидива тромбоза и тромбозомболического синдрома выполнена флебэктомия. Еще у 5 (6,6%) больных с клиническими и ультразвуковыми признаками несостоятельности остиального клапана БПВ произведена кроссэктомия с последующей склеротерапией варикозно-расширенных участков проксимальнее зоны тромбоза. Подобная тактика, направленная на прекращение патологического ретроградного кровотока по БПВ и снижение венозного давления в зоне варикотромбофлебита, способствовала более быстрому купированию болевого синдрома и воспалительных явлений.

Неотъемлемым компонентом профилактики ТЭЛА у больных варикотромбофлебитом нижних конечностей является медикаментозная профилактика инфекционных осложнений и прогрессирования тромбоза, которую начинали до операции и продолжали в послеоперационном периоде. Всем больным назначали антикоагулянты (гепарин, фраксипарин), антибиотики, НПВС, антигистаминные препараты, антиагреганты, венотоники (детралекс, флебодиа), местное лечение (гепариновая мазь, физиотерапия).

Случаев ТЭЛА, послеоперационных осложнений и летальных исходов у больных варикотромбофлебитом не было.

Таким образом, активная хирургическая тактика с ранним применением кроссэктомии и склеротерапии, тромбэктомии из устья БПВ (по показаниям), стандартизация медикаментозной профилактики тромбозомболических осложнений позволила надежно защитить больных от фатальной ТЭЛА и улучшить результаты комплексного лечения.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭКССУДАТА ПРИ ПЕРИТОНИТЕ

Турсунова М.У., Мемджанова А.Н., Махмудов Н.И.
**Ферганский филиал РНЦЭМП,
Ферганский филиал ТМА**

Оценке роли микробного фактора в развитии инфекционного процесса в брюшной полости всегда

уделялось большое внимание. От вида микроба, вызвавшего инфекционный процесс, зависит специфика течения перитонита и особенности морфологических изменений в органах и тканях организма. Это важно учитывать, так как в этиологической структуре возбудителей гнойных хирургических инфекций произошли значительные изменения, на первое место выдвинулась проблема условно-патогенных возбудителей.

Цель: изучение видового состава микрофлоры перитонеального экссудата, чувствительности микрофлоры к различным по механизму и спектру действия антибактериальным препаратам, определение количества микробных тел в 1 мл экссудата у больных перитонитом в динамике при программированных лапаросанациях.

Материал и методы: под нашим наблюдением находились 40 больных с запущенными формами распространенного гнойного перитонита, которым проводились программированные лапаросанации (этапные ревизии и санации брюшной полости). При каждой манипуляции осуществлялся забор материала из брюшной полости (перитонеальный экссудат, гной) для микробиологического анализа с определением видового состава микрофлоры, чувствительности к антибактериальным препаратам дисковым методом, определение количества микробных тел в 1 мл перитонеального экссудата (всего 86 проб, 200 исследований). Взятие и транспортировку материала осуществляли по общепринятой схеме. Идентификацию выделенных чистых культур проводили по общепринятой схеме.

Результаты: при всех острых гнойно-деструктивных заболеваниях и травматических повреждениях органов брюшной полости отмечалось явное преобладание кишечной флоры и увеличение количества её ассоциаций: *Enterobacter* – 32%, *Staph. aureus* – 10%, *Staph. epidermidis* – 12%, *Pseudomonas aeruginosa* – 10%, *E. coli* – 8%.

Эффективность очередных санаций контролировалась также количественным определением выделенной микрофлоры и оценкой ее чувствительности к антибактериальным препаратам. Рост бактерий прекращался после 3-5 санаций. Исходя из экспериментально доказанного положения, что один микроб в благоприятных условиях размножается через каждые 20 мин, а через 1 час их насчитывается 8, то становится понятной целесообразность программированных лапаросанаций у больных с запущенными формами распространенного гнойного перитонита, тем более что резорбтивная способность брюшины при перитоните сохраняется.

С увеличением числа этапных ревизий и санаций брюшной полости изменялся и микробиологический пейзаж перитонеального экссудата в сторону увеличения числа антибиотико-резистентных штаммов, что требовало замены антибактериальных препаратов.

Микробная обсеменённость перитонеального экссудата при программированной лапаросанации выявила выраженное снижение концентрации микробов. Концентрация микробных тел в 1 мл до санации $4,6 \times 10^8$ КОЕ/мл, а после 3-й или 4-й санации – $4,5 \times 10^4$ КОЕ/мл.

Вывод: программированная лапаросанация у больных распространенным гнойным перитонитом обеспечивала очищение брюшной полости от бактерий в среднем на 90% и снизила летальность до 20% по сравнению с контрольной группой (43%).

ЭНДОСКОПИЯ ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА

Тухтасинов М.А., Ахмедов К.Р.,

Жаханов Д.Ж., Холматов Х.Р.

Маргеланский субфилиал ФФРНЦЭМП

Роль эндоскопии оперированного желудка сводится к выявлению структурных изменений верхнего отдела пищеварительного тракта и его моторно-эвакуаторной функции, способных объяснить те или иные клинические проявления патологических постгастрорезекционных синдромов с целью поиска способов их медикаментозной или оперативной коррекции.

Материал и методы: эндоскопическое исследование проводилось у 184 больных, перенесших операции – различные способы резекции желудка

За норму следует принять такое состояние культи желудка, когда она не содержит натощак секреторной жидкости и патологических примесей, имеет равномерную розовую окраску слизистой оболочки, отчетливо выраженный рельеф по большой кривизне, хороший тонус, придающий ей форму воронки с активной перистальтикой в зоне анастомоза, диаметр которого в период раскрытия после прохождения перистальтической волны не должен превышать 2 см. Такое состояние нормы зависит от исходного физиологического резерва, возможных осложнений в ходе операции, мануальной техники хирурга и соблюдения режима питания в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде.

Практически после любого способа резекции желудка мы наблюдали слабость кардии в виде неполного смыкания или зияния, однако клинически выраженная недостаточность запирающей функции нижнего пищеводного сфинктера с соответствующей симптоматикой проявлялась только при нарушениях эвакуаторной функции культи желудка, как то: узкий гастроэнтероанастомоз менее 1 см, пилоруссохраняющие резекции, синдром приводящей петли, спаечный процесс в отводящей петле тощей кишки, хронический панкреатит с пезом культи желудка, хроническое нарушение дуоденальной проходимости на фоне выполненной резекции по способу Б-1, пептическая язва гастроэнтероанастомоза. При

нормально функционирующей культе желудка в отсутствии дефектов оперативной техники визуально наблюдавшаяся слабость кардиального жома клинически себя не проявляла.

Наличие желчи в культе желудка может свидетельствовать о моторных нарушениях и носить проходящий характер, не вызывая при этом дискомфорта у больного. Присутствие большого количества пенящейся желчи свидетельствует о патологическом состоянии, которое может быть следствием первичного опорожнения приводящего отдела тощей кишки в культуру желудка при широком зияющем анастомозе, дуоденостазе, отсутствии или короткой шпоре приводящей кишки, атонии культуры желудка. Постоянный рефлюкс желчи вызывает раздражение слизистой оболочки, гиперемия, отек с соответствующими клиническими симптомами. Кроме того, длительное воздействие компонентов желчи на желудочной эпителий индуцирует метапластический процесс с развитием аденоматозных структур.

Чрезмерно широкое желудочно-кишечное соустье при способе резекции по Гофмейстеру–Финстереру может способствовать не только быстрому опорожнению культуры, но и функциональной несостоятельности шпоры анастомоза, рефлюксу содержимого желудка в культуру двенадцатиперстной кишки с развитием ее дилатации и атонии. Поэтому при эндоскопическом исследовании нужно обращать внимание на диаметр соустья и возможность проведения эндоскопа в приводящую петлю. При правильно сформированной шпоре и адекватном размере анастомоза осмотреть приводящую кишку невозможно. Короткая шпора приводящей кишки и широкий гастроэнтероанастомоз всегда открывают свободный доступ в приводящий отдел.

Наличие в культе желудка и отводящей кишке избыточного количества жидкости с примесью желчи свидетельствует о нарушенной проходимости отводящего сегмента.

Заслуживают внимания особенности эндоскопической картины при пилоруссохраняющих резекциях. При трубковидной резекции желудка практически полное отсутствие малой кривизны приводит к первичной слабости культуры, которая усугубляется близким расположением гастрогастроанастомоза к денервированному привратнику, лишённому регулирующего влияния номотопного водителя ритма и находящемуся в состоянии длительного тонического напряжения. В результате при эндоскопии мы наблюдали задержку пищевого детрита в культе желудка до 14-18 часов, бродильные процессы, картину гастрита культуры желудка, стойкий пилороспазм.

В раннем послеоперационном периоде необходимость в эндоскопическом исследовании возникла в связи с кровотечением из культуры желудка. Источником кровотечения являлась либо линия швов в области

сформированного кия, либо зона гастроэнтероанастомоза. Массивные кровотечения из артериальных сосудов подслизистого слоя требовали обширной электрокоагуляции для формирования струпа вокруг кровоточащего участка. Большая толща тканей по линии швов позволяла производить глубокую диатермокоагуляцию без опасности перфорации органа. Применение эндоскопического исследования в раннем послеоперационном периоде, осложнившимся кровотечением из культуры желудка, во всех случаях позволило избежать релапаротомии.

В ближайшем послеоперационном периоде наиболее часто нам приходилось встречаться с эвакуаторными нарушениями культуры желудка, обусловленными развивающимся анастомозитом и слабостью культуры. Культура желудка при анастомозите выглядела растянутой, содержала много жидкости, рельеф сглажен, слизистая оболочка истончена. В зоне гастроэнтероанастомоза стенки инфильтрированы, ригидны, слизистая отечна, просвет сужен. Однако при любой степени выраженности анастомозита всегда удавалось провести через анастомоз эндоскоп диаметром 10-12 мм и, используя инструментальный канал аппарата, интубировать нижележащие отделы отводящей кишки катетером для энтерального питания. Одновременная интубация тонкой кишки и трансназальная декомпрессия оперированного желудка позволяли, сохранив пациенту полноценное энтеральное питание, создать покой для больного анастомоза, что в кратчайшие сроки способствовало восстановлению пассажа пищи.

Учитывая изложенное, эндоскопическое исследование оперированного желудка следует считать приоритетным методом в динамическом контроле течения послеоперационного периода в различные сроки.

КОМПЛЕКС СТАНДАРТНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПОСТРАДАВШИМ С ТЯЖЁЛЫМИ СОЧЕТАННЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ

**Умаров О.М., Дехканов К.М.
Ферганский филиал РНЦЭМП**

В настоящее время травматизм является социальной проблемой и занимает одно из лидирующих мест среди причин стойкой утраты трудоспособности населения. Особое место занимают пострадавшие с тяжёлыми сочетанными и множественными повреждениями.

В течение 2007-2012 гг. в Ферганском филиале РНЦЭМП на лечении находились 879 больных с политравмами и сочетанными повреждениями. Мужчин было 576 (65,5%), женщин – 303 (34,5%). В ДТП травму получили 66,8% пострадавших, при падении с высоты – 18,8%, криминальные травмы были у 9,2%, производственные травмы – у 3,6%. Пострадавшие с сочетанными поврежде-

ниями черепа и ОДА составили 64,6%, с сочетанными повреждениями внутренних органов и ОДА – 20,8%, с множественными травмами – 14,6%. 806 (91,7%) пострадавших доставлены в экстремальном состоянии, из них с травматическим шоком I-II степени 271 (33,6%); с травматическим шоком III-IV степени – 536 (66,5%); внутренним (абдоминальным или торакальным) кровотечением – 114 (14,2%), наружным кровотечением (при открытых переломах конечностей) – 498 (т.е. 61,8%).

Анализ наших исследований позволил разработать стандарт мероприятий по оказанию неотложной помощи для пострадавших с сочетанными повреждениями. Медицинская помощь должна оказываться одновременно с осмотром больного и первичной диагностикой. Осмотр пострадавшего должны проводить совместно травматолог, нейрохирург, хирург, реаниматолог во главе с ответственным хирургом и сразу же решать вопрос об объёме оказываемой интенсивной терапии и оперативных вмешательств. Лечебно-диагностический процесс у больных с сочетанной травмой необходимо начинать с определения доминирующей патологии. Лечебно-диагностические мероприятия необходимо проводить непосредственно у постели больного. Не нужно тратить «драгоценное» время, столь необходимое для спасения жизни пострадавшего, для транспортировки в диагностические кабинеты.

Лабораторная диагностика должна осуществляться в динамике, начиная с первых минут после поступления до стабилизации состояния пострадавших, и включать все виды клинических и биохимических исследований. Обязательными манипуляциями с диагностической целью должны быть (по показаниям) люмбальная пункция, пункция полостей, лапароскопия, лапароцентез, торакоцентез, пункция суставов.

Одновременно с диагностическими мероприятиями должна проводиться интенсивная противошоковая терапия. Важными элементами анестезиолого-реанимационной помощи являются лечебные мероприятия по предупреждению и устранению последствий геморрагического шока и надлежущего обезболивания. Больным катетеризируются центральные вены, проводится коррекция дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности, противошоковая терапия, регуляция водно-электролитного обмена. Проводится мониторинг ЭКГ, ЧСС, АД, ВД.

Одной из важных задач противошоковой терапии является адекватное обезбоживание пострадавших, новокаиновые блокады области перелома, внутритазовые блокады по Школьникову, вагосимпатическая блокада при торакальной травме. При политравме, при наличии повреждения нескольких сегментов конечностей, необходимо проводить блокаду магистральных нервных стволов раствором новокаина и лидокаина. Одной из главных задач лечения пострадавших

с сочетанными повреждениями и политравмой должна быть борьба с гипоксией, которая связана с замедлением циркуляции крови (циркуляторная гипоксия) и снижением числа эритроцитов (гипоксимическая гипоксия). При тяжелом шоке компенсаторные механизмы регуляции выработки кортикостероидов истощаются, поэтому необходимо применить гормоны преднизолон и дексаметазон. Наряду с противошоковыми мероприятиями, в лечении сочетанных повреждений и политравм следует проводить профилактику жировой эмболии (липостабил, эссенциале и 33% этиловый спирт), кровоостанавливающую терапию, профилактику тромбозов. При открытых повреждениях, разрывах конечностей необходимо обязательное введение 30.000 МЕ поливалентной противогангренозной сыворотки, противостолбнячной сыворотки и анатоксина.

Рациональная антибактериальная терапия должна назначаться сразу после поступления пострадавшего с сочетанными повреждениями и политравмой с профилактической и лечебной целью.

Оперативные вмешательства необходимо выполнять последовательно, после устранения доминирующей патологии брюшной, грудной полостей и черепа. Выбор метода лечения переломов конечностей зависит от состояния пострадавшего, локализации и характера перелома. При нестабильной гемодинамике больного и возможном развитии осложнений при тяжелых открытых переломах мы применяли малоинвазивные методы остеосинтеза повреждённых конечностей аппаратами внешней фиксации (аппарат Илизарова и стержневые аппараты). После стабилизации гемодинамики больного при закрытых переломах возможно применение погружного остеосинтеза.

Наш опыт показал, что разработанный нами комплекс стандартных мероприятий может без дополнительных экономических затрат обеспечить значительное снижение вероятности летальных исходов, сократить продолжительность лечения и сроки временной нетрудоспособности пострадавших с тяжёлыми сочетанными и множественными повреждениями.

СВОБОДНОЕ ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ ПРИ ОСТРОЙ ФОРМЕ КАЛЬКУЛЕЗНОГО ПИЕЛОНЕФРИТА И ЕГО КОРРЕКЦИЯ

***Утегенов Н.У., Сабиров Р.Р., Реймбергенова С.Т.,
Сабирова А.Т., Нурмахова М.М.
Нукусский филиал ТашПМИ***

Регуляция свободнорадикального окисления липидов осуществляется глутатионом и аскорбатом, влияющими на состояние клеточной мембраны, ДНК, обеспеченность кислородом и энергией (Бурова Н.Я. и др., 1984; Вейсман А.В., 1988). Изменение уровня экстре-

ции липидов с мочой говорит о развитии мембраноде- стабилизирующих процессов в организме и активации различных гидролизующих систем в почечной ткани.

Цель: изучение показателей продуктов перекисно- го окисления липидов (ПОЛ) у детей с острой формой калькулезного пиелонефрита (КП) при метаболитной и базисной терапии.

Материалы и методы: под наблюдением были 12 здоровых детей, 26 детей с острой формой калькулез- ного пиелонефрита получали метаболитное лечение, 24 детям проведено базисное лечение. Клинико-био- химические лабораторные исследования, клиренс эндогенного креатинина, содержание натрия, калия, кальция в сыворотке крови и моче определяли мето- дом плазменной фотометрии (Меньшиков В.В., 1987), неорганического фосфора – колориметрически (Лагу- тина Л.Е. и др., 1991), показатели рН крови, сдвиг бу- ферных оснований (ВЕ), стандартный буфер (SB), амми- ак в моче – по Конвею, титрационную кислотность – по титрованию рН потенциометрическим методом (Тодо- ров И., 1966).

Результаты: у детей с острой активной формой калькулезного пиелонефрита с одиночными камнями почек при метаболитном лечении уровень диеновых конъюгатов, малонового диальдегида, щелочной фос- фатазы, трансаминадазы, фосфолипазы, фосфолипазы Д, фосфолипазы С был достоверно ниже, чем при ба- зисной терапии.

Аналогичные явления наблюдаются при метаболит- ном лечении острой гнойной формы калькулезного пие- лонефрита с множественными камнями почек. У детей с острой гнойной формой калькулезного пиелонефрита с множественными и одиночными камнями почек в суточной моче отмечалось возрастание концентрации диеновых конъюгатов ($p < 0,001$), малонового диальде- гида ($p < 0,001$), щелочной фосфатазы, трансаминадазы, фосфолипазы, фосфолипазы Д, фосфолипазы С.

Таким образом, метаболитная терапия оказывает положительное влияние на липидный обмен, липо- литические ферменты, нормализует показатели пере- кисного окисления липидов в более короткие сроки, чем базисная терапия, стабилизирует метаболический канальцевый ацидоз почек, блокирует активность вос- палительного процесса, тормозит образование кри- сталлизации мочевых солей.

ОСОБЕННОСТИ НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ЭЛЕКТРООЖОГАМИ

*Фаязов А.Д., Ажиниязов Р.С., Туляганов Д.Б.,
Камилов У.Р., Вервекина Т.А.*

**Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи**

По данным литературы, в настоящее время ожоги электричеством среди термических травм не превыша-

ют 2-3%, но часто становятся причиной инвалидности, а в некоторых случаях и смерти, что по значимости ста- вят их на одно из первых мест.

Цель работы: Изучение влияния качества неотлож- ной хирургической помощи на конечные результаты лечения пострадавших с электротравмой.

Изучены 86 больных с глубокими электроожогами в возрасте от 6 месяцев до 60 лет, госпитализированных в отделение комбустиологии РНЦЭМП. Из них 53 (46%) составили дети и подростки в возрасте от 6 месяцев до 18 лет, не имеющих порой достаточных знаний об опасности действия тока. Число пострадавших лиц тру- доспособного возраста 19-60 лет равняется 63 (54%).

У 7 (7,7%) пострадавших общая площадь поражения превышала 10% поверхности тела (п.т.). У 19 (22,5%) пациентов имело место поражение от 1 до 3% п.т., у 23 (27%) – 4-10% п.т. Остальные 37 (42,8%) составляли по- страдавшие с ожогами площадью менее 1% п.т.

При глубоких циркулярных поражениях сделана декомпрессивная фасциотомия в первые часы после травмы, в том числе в состоянии шока.

У 86 произведены 112 неотложных хирургических вмешательств. Из произведенных операций 58 (51,8%) вмешательств проводились уже в первые сутки после травмы – декомпрессивной фасциотомией на конеч- ностях. Это позволило предупредить развитие вторич- ных изменений из-за субфасциального отека. Показа- ниями к фасциотомии служили увеличение сегмента конечности в объеме, отсутствие или ослабление пуль- сации магистральных сосудов, изменение окраски кожных покровов сегмента конечности (бледность, цианоз, мраморность), снижение или отсутствие так- тильной или болевой чувствительности. Также любое подозрение на повреждение магистральных сосудов явилось показанием к проведению декомпрессивной фасциотомии до проксимального уровня омертвения тканей. Обязательным условием при проведении фас- циотомии является рассечение фасции над каждой группой мышц. К ампутации сегментов конечностей пришлось прибегнуть у 28 (32,1%) из общего числа оперированных, поступивших более поздние сроки после травмы.

Показаниями к фасциотомии служили:

- субфасциальный отек и увеличение сегмента ко- нечности в объеме;
- отсутствие или ослабление пульсации в маги- стральных или периферических сосудах;
- изменение окраски кожных покровов сегмента конечности (бледность, цианоз, мраморность);
- снижение или отсутствие тактильной чувстви- тельности.

Декомпрессионная некротомия, фасциотомия, внутриартериальное введение спазмолитиков и ге- парина эффективны в первые 6 часов после травмы. Проведение подобной тактики позже 24 часов оказы-

вается запоздалым, а после 36 - 48 часов неэффективным.

Особенности развития некроза при электроожогах часто требует решения вопроса об ампутациях. Промедление с ампутацией при тромбозе магистральных сосудов конечностей опасно развитием гангрены, ОПН, сепсиса и гибели больного. Тотальное поражение всех тканей конечностей – прямое показание к ранней ампутации. Чем выше уровень тотальной гибели тканей конечности, чем тяжелее состояние больного, тем раньше проводится ампутация (в сроки от 2 до 5-6 суток, а иногда к концу 1-х – началу 2-х суток). Гибель одного сегмента или 2/3 мышечных тканей двух или трех сегментов разных конечностей – прямое показание к ампутации. Крайне тяжелое состояние пострадавшего в подобных случаях не противопоказание, а наоборот, прямое показание к ранней ампутации при обязательном проведении интенсивной трансфузионной терапии.

При нарушении жизнеспособности менее одного сегмента или 1/3 мышечных тканей, одного или двух сегментов разных конечностей, особенно дистальных, целесообразна выжидательная тактика. Определяющим здесь является степень циркулярного поражения и обнажения костей нижней трети предплечья и голени, лучезапястного и голеностопного суставов, возможность раннего или позднего проведения кожно-пластических вмешательств, общая площадь термического поражения и глубоких ожогов.

Таким образом, наряду с комплексной интенсивной терапией у пострадавших с электротермическими поражениями необходимо своевременное выполнение неотложных хирургических вмешательств в зависимости от тяжести поражения, что позволяет снизить частоту или уменьшить уровень ампутации и экзартикуляции, улучшить функциональные результаты после перенесенной травмы.

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЯТРОГЕННЫХ ТРАВМАХ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ И НАРУЖНЫХ ЖЕЛЧНЫХ СВИЩАХ

*Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Саатов Р.Р.,
Туракулов У.Н., Закиров К.Н.*

**Республиканский специализированный
научный центр им. акад. В. Вахидова,
Ташкентский институт усовершенствования врачей**

Цель: улучшение результатов диагностики и хирургического лечения ятрогенных травм внепеченочных желчных путей.

Материал и методы: в 2016 г. находились на лечении 586 больных с ятрогенными повреждениями

гепатикохоледоха и наружными желчными свищами (мужчин – 189, женщин – 397). В комплекс диагностики включены ультразвуковая сонография (УЗС) печени и желчных путей; эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРПХГ); чрескожная чреспеченочная холангиография (ЧЧХГ); компьютерная томография (КТ); фистулография; бактериологические исследования.

Результаты: анализ причин образования рубцовых стриктур и свищей показал следующее: повреждение желчных протоков и их неадекватное дренирование при холецистэктомии (9,2%), при резекции желудка (7,0%) и при эхинококкэктомии из печени (2,8%).

Ревизия гепатобилиарной зоны при реконструктивной операции выявила следующие виды повреждений, способствующих образованию рубцовых стриктур и наружных свищей желчных протоков: 1) пересечение и прошивание гепатикохоледоха и его ветвей (43,2%), 2) пристеночная или полная перевязка холедоха в области впадения пузырного протока (28,7%), 3) повреждение и рубцовые стриктуры супрадуоденальной части холедоха (20,5%), 4) повреждение общего желчного протока при резекции желудка (7,6%).

Характер и объем реконструктивной операции определялся видом и уровнем повреждения желчных протоков и характером желчного свища, а также временем, прошедшим с момента повреждения. При блоке дистального отдела холедоха выполнялись преимущественно холедоходуодено- или холедохоэнтероанастомозы. Ликвидация высоких ятрогенных повреждений, посттравматических стриктур и свищей представляла значительные технические трудности.

С целью восстановления адекватного пассажа желчи применяли операции двух видов: восстановительные и реконструктивные. Восстановительные операции были выполнены у 47 (9,0%) пациентов. Из этого числа – первичный шов на Т-образном дренаже или на дренаже Вишневецкого (18), билиобилиарное анастомозирование по типу «конец в конец» (14), рассечение протока в продольном направлении и сшивание в поперечном (по Микуличу) в сочетании с холецистэктомией (9), пластика обширного дефекта на передней стенке холедоха. (6).

Реконструктивные операции предприняты у 470 (91,0%) больных: холедоходуоденоанастомоз выполнен 118 (22,8%) больным, в том числе в сочетании с трансдуоденальной папиллосфинктеропластикой – 11 (2,2%). 115 (22,3%) больному произведен гепатикодуоденоанастомоз. При высоких повреждениях гепатикохоледоха у 36 (7,0%) пациентов осуществлен гепатикоэнтероанастомоз по Брауну. После резекции желудка по Бильрот II гепатикоэнтероанастомоз с приводящей петлей выполнен у 18 (3,5%) больных, бигепатикоэнтероанастомоз – у 13 (2,6%), в редких случаях произведены гепатикогастроанастомозы – у 4 (0,7%). У 34 (6,5%) больного с проксимальной стриктурой гепатикохоледоха для обеспечения надежного функционирования анастомоз дополнялся наружным дренированием по

Фелькеру, а у 32 (6,1%) – транспеченочным по Сейпол – Куриану. Дренажи сохранялись в просвете анастомоза 1,5-2 года и при необходимости обновлялись. Гепатоконтертоанастомозы по Ру на выключенной петле осуществлены у 34 (6,5%) пациентов.

Из 517 оперированных по поводу повреждений, рубцовых стриктур и наружных желчных свищей различные послеоперационные осложнения отмечались у 102 (19,8%) больных, из числа которых специфические осложнения имели место у 40 (7,8%): несостоятельность швов анастомоза – у 7, кровотечения из зоны анастомоза – у 12, гнойный холангит – у 16, эрозивное кровотечение из зоны анастомоза – у 5. Летальность составила 8,6%.

Нами произведено 71 трансдуоденальное вмешательство, в том числе – у 11 стентирований, результаты которых отражены ниже. Контрольная ЭРХПГ предпринята после ЭПСТ у 24 больных. Эндоскопическим методом удалось восстановить проходимость просвета гепатикохоледоха и провести стентирование стенотического сегмента, что привело к выздоровлению и выписке больных через 6-8 суток. В разные сроки (от 6 до 10 мес.) стенты были извлечены при дуоденоскопии.

Выводы: 1. Причиной возникновения интраоперационных повреждений, рубцовых стриктур и наружных желчных свищей являются тактические и грубые технические ошибки при первичных операциях, чаще при холецистэктомии. 2. Среди восстановительных и реконструктивных операций основными являются билиобилиарные и билиодигестивные анастомозы, а при высоких повреждениях для профилактики несостоятельности швов и стенозирования анастомозов необходимо использование каркасного дренирования. 3. Методы эндобилиарного стентирования являются одним из основных методов коррекции ятрогенных повреждений ВЖП и НЖС. Они зачастую предупреждают тяжелые и порой неоднократные оперативные вмешательства.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДЕТОКСИКАЦИИ ПРИ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ

Фаязов А.Д., Камилов У.Р., Ибрагимов Д.Ф.
Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи

Ожоговая токсемия по происхождению является комплексной, или многофакторной. Токсическая концепция патогенеза термических ожогов базируется на гипотезе, предполагающей образование в организме пострадавшего токсической субстанции, которая вызывает многочисленные нарушения деятельности органов и систем организма.

На современном уровне медицины при относительном дефиците комплексно действующих инфузионных кровезаменителей клиническое применение сукцинасола в периоде острой ожоговой токсемии

ожоговой болезни является актуальным и своевременным.

Нами проанализированы результаты наблюдения и проведена оценка степени эндогенной интоксикации у 112 больных с ожоговой болезнью, получавших лечение в комбустиологических отделениях РНЦЭМП и 1-й городской клинической больницы г. Ташкента. У 58 больных с обширными ожогами (основная группа) в комплексе лечения применялся сукцинасол. Контролем служили 54 больных, получавших лечение общепринятыми методами.

Пациентам основной группе дополнительно к основной терапии, включающей инфузионную терапию, компоненты крови, антибиотики, спазмолитики, обезболивающие, витамины, антикоагулянты, местное лечение с использованием антисептиков и мазевых повязок, с первых суток поступления назначали раствор сукцинасола в суточной дозе 10 мл/кг в течение 7 дней со скоростью 3-4 мл/мин. Оценивали группу гуморальных маркеров эндогенной интоксикации: лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), молекулы средней массы (МСМ), уровень перекисного окисления липидов (ПОЛ). После инфузии сукцинасола уже на 7-е сутки отмечалось заметное снижение уровня МСМ в крови почти в 1,7 раза по сравнению с контрольной группой. Что касается гематологических показателей интоксикации, то на 7-е сутки ЛИИ в 1-й группе снизился почти в 1,6 раза. Показатели ПОЛ – уровень конъюгированных диенов – снизился в 1,7 раза, а диеновых кетонов в 1,4 раза, малонового диальдегида в 1,5 раза. Печеночные ферменты АЛТ и АСТ были ниже контроля соответственно в 1,3 и 1,4 раза. В ходе исследования наблюдалось уменьшение частоты такого осложнения, как токсический гепатит примерно в 1,8 раза.

Сукцинасол является высокоэффективным дезинтоксикационным препаратом при интоксикациях. Включение сукцинасола в комплексную терапию ожоговой болезни способствует быстрому снижению интенсивности интоксикационного синдрома, снижению частоты грозных осложнений ожоговой болезни.

ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ ГЕПАТОПАТИИ У БОЛЬНЫХ С ОЖОГОВЫМ СЕПСИСОМ

*Хакимов Э.А., Карабаев Х.К., Тагаев К.Р.,
Кенжемуратова К.С., Самиев Х.Ж.*
Самаркандский филиал РНЦЭМП,
Самаркандский государственный
медицинский институт

Тяжелая термическая травма вызывает синдром системного воспалительного ответа (ССВО) на повреждение с возможным развитием сепсиса и тяжелого сепсиса (Ушакова Т.А. и др., 2010). По данным ряда авторов, от 23 до 82% умерших в поздние периоды

ожоговой болезни, погибают от сепсиса (Шлык И.В., 2010; Толстов А.В. и др., 2010; Карабаев Х.К. и др., 2012).

Цель: определение частоты развития печеночной дисфункции (ПД) и влияние её коррекции на исходы лечения больных с ожоговым сепсисом (ОС).

Материал и методы: с целью диагностики ОС вначале мы проводили прокальцитонинный тест. В группу исследования вошли 50 больных в возрасте от 17 до 75 лет (средний возраст $48,8 \pm 2,58$ года) с общей площадью ожоговых ран от 30 до 85% поверхности тела, раны IIIАВ-IV степени составили от 20 до 70% поверхности тела. В 1-ю группу вошли 30 пациентов с индексом тяжести травмы по Франку (ИФ) с ИФ < 70 ед., во 2-ю – 20 тяжелообожженных с ИФ > 100 ед. Все больные имели клиничко-лабораторные признаки ССВО, на фоне которых у обожженных 2-й группы диагностирован сепсис. Тяжесть состояния пациентов определялась по шкале SOFA.

Кроме стандартных клиничко-лабораторных тестов (термометрия, частота сердечных сокращений, клинические и биохимические анализы крови и мочи, микробиологическое исследование отделяемого ожоговых ран с определением чувствительности флоры к антибиотикам), по методу PCT-QBRAHMS проведены измерения уровня прокальцитонина (ПКТ) в сыворотке крови на 2-е, 3-е, 5-е, 7-е и 10-е сутки после травмы.

На фоне сепсиса на 3-5-й день заболевания концентрация ПКТ $4,8 \pm 1,1$ нг/мл отмечалась у 35 больных, чувствительность – у 67%, специфичность – у 92%, ППЗ – у 85%, ОПЗ – у 81%, а у 15 пострадавших с тяжелым течением сепсиса зафиксирован уровень ПКТ $15,6 \pm 2,2$ нг/мл, чувствительность – 33%, специфичность – 98%, ППЗ – 83%, ОПЗ – 81%.

На 5-10-й день заболевания уровень ПКТ более 2 нг/мл во всех случаях коррелирован с развитием клинической картины ожогового сепсиса, а у 5 больных с уровнем ПКТ более 10 нг/мл чувствительность – 27%, специфичность – 95%, положительное прогностическое значение (ППЗ) – 75%, отрицательное прогностическое значение (ОПЗ) – 70%, диагноз ожогового сепсиса был подтвержден также патоморфологически. Достоверное влияние на гибель больного оказали: значение ПКТ > 2 нг/мл, оценка по шкале SOFA – 18-20 баллов.

По клиничко-лабораторным данным (PCT > 2 нг/мл, CRP, температура тела выше 38°C и др.) и регистрируемой у больных более 3 раз бактериемии нами установлен диагноз сепсиса у 198 обожженных, что составило 4,1% от общего числа пострадавших и 61,5% от числа тяжелообожженных. ПД при ОС определялась при гипербилирубинемии более 20 мкмоль/л в течение двух дней, при повышении уровня трансаминаз (АЛТ, АСТ) и щелочной фосфатазы (ЩФ) в 2 раза и более от нормы, при ультразвуковых и морфологических изменениях. Для мониторинга течения ПД использовались показатели, которые отражают цитолиз (АЛТ, АСТ, ЛДГ),

холестаза (билирубин, щелочная фосфатаза) и синтетическую функцию печени (общий белок, альбумин, триглицериды – ТГ). Из 198 больных с ОС (105 мужчин и 93 женщины) в возрасте $40,2 \pm 5,0$ года, находившихся на лечении в Самаркандском филиале в 2006-2016 гг., ПД наблюдалась у 110. Они были разделены на две группы: основную – 60 пациентов, которым проведена медикаментозная коррекция гептралом 400 мг/сут и реамберинном 400 мл/сут, и группу сравнения – 50 пациентов, которым коррекция не проводилась. Все больные получали лечение согласно протоколам ведения больных с ОС. У всех наблюдаемых больных выявлена органная дисфункция (SOFA) с ожоговым сепсисом, в том числе респираторная – у 71,5%, ССС – у 72,7%, ЦНС – у 47,8%, почки – у 44,3%, печени – у 55,5%, ЖКТ – у 43,8%, гемостаза – у 15,1%. Осложнения в виде септического шока наблюдались у 13,3%, стресс-язвы – у 12,5% больных.

Результаты: у 55,5% пациентов с ОС развивается ПД. Показатели цитолиза в основной группе снижались к $7,312 \pm 1,07$ суткам, тогда как в группе сравнения они оставались высокими даже к концу 2-й недели. Показатели холестаза в основной группе снижались к $7,85 \pm 1,45$ суткам, причем наиболее остро реагировала ЩФ, тогда как в группе сравнения эти показатели не только не снижались, но и росли. Синтетическая функция печени проявляется снижением уровня общего белка и триглицеридов. На фоне проводимого лечения у пациентов основной группы мы наблюдали постепенное увеличение уровня общего белка и альбуминов, снижение содержания билирубина и ЩФ к $6,75 \pm 2,35$ суткам, снижение концентрации АЛТ, АСТ и ЛДГ к $16,38 \pm 1,41$ суткам, рост ТГ происходит с $7,36 \pm 2,55$ суток, тогда как в группе сравнения эти показатели ухудшались. Летальность в основной группе составила 34,3%, в группе сравнения – 76,4%.

Выводы: ПД, которая развивается у 55,5% пациентов с ОС, является независимым фактором неблагоприятного прогноза исхода. Для диагностики и мониторинга ПД целесообразно использовать такие показатели, как общий белок и его фракции, ТГ и ЩФ. Предварительные данные показывают, что коррекция ПД гептралом и реамберинном позволяет снизить летальность у данной категории больных с 75,5 до 32,3%.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ДИВЕРТИКУЛЕЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ

Халилов А.С., Мирсидиков М.А.
Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи

По мнению подавляющего большинства исследователей, основной целью диагностических мероприятий является не только установление факта наличия

дивертикулеза толстой кишки (ДТК), но и выявление особенностей имеющих у подобных больных осложнений данной патологии, а также оценки их общего состояния. В совокупности эти данные позволяют выбрать адекватный способ оперативного пособия, определить срочность его выполнения.

Наш клинический опыт основан на обследовании 82 больных с различными осложненными формами ДТК. Мужчин было 44 (53,7%), женщин – 38 (46,3%). Возраст больных – от 19 до 97 лет, средний возраст – $61,1 \pm 2,45$ года. Все больные были обследованы согласно разработанному нами лечебно-диагностическому алгоритму.

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

Ирригография выполнена у 52 (63,4%) пациентов. Дивертикулы обнаружены у 50 (96,2%) из них.

При проведении ультразвукового исследования у 13 (15,9%) больных выявлена свободная жидкость в брюшной полости, у 1 (1,2%) – объемное образование, у 10 (12,2%) – инфильтрат или абсцесс.

При колонофиброскопии достоверно положительные результаты имели место у 22 из 25 обследованных, ложноположительные результаты были в 3-х случаях. Информативность колонофиброскопии составила 88%.

МСКТ с виртуальной колоноскопией с реконструкцией изображения в 3D режиме проведена у 26 больных. Острый дивертикулит диагностирован у 8 (30,8%) обследованных, инфильтрат дивертикулярной этиологии – у 4 (15,4%), у 14 (53,8%) обнаружены дивертикулярные поражения различной локализации, осложненные кровотечением. МСКТ позволяет установить точный топический диагноз, определить участки поражения, а также объем предстоящего оперативного вмешательства. Информативность метода – 100%.

Диагностическая лапароскопия выполнена у 10 (12%) больных с сомнительной клинической картиной перитонита. При выполнении лапароскопического исследования у 6 (60%) пациентов установлена перфорация дивертикула, у 2 (20%) – перидивертикулярный инфильтрат, у 2 (20%) – острый дивертикулит. У 4 (40%) из них операция завершена лапароскопической санацией и дренированием брюшной полости.

После обследования дивертикулез толстой кишки, осложненный кровотечением, установлен у 36 (44%) пациентов, дивертикулит – у 22 (27%), инфильтрат и абсцесс – у 10 (12%), перфорация – у 13 (16%), кишечная непроходимость – у 1 (1%).

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

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

Таким образом, широкое применение у больных с осложненными формами ДТК современных высокотехнологических методов в виде МСКТ с виртуальной колоноскопией и эндовизуальной техникой значительно улучшают результаты диагностики и лечения. При этом устанавливается участок поражения дивертикулами толстой кишки и определяется уровень резекции патологического участка при необходимости оперативного лечения.

ПРИМЕНЕНИЕ АДРЕНАЛИНА НЕБУЛАЙЗЕРОМ ПРИ ЛАРИНГИТЕ У ДЕТЕЙ НА ЭТАПЕ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Хамзаев К.А., Кариева Ш.А., Абдуллаев К.Г.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Острый стенозирующий ларинготрахеит – это неотложное состояние, требующее экстренной диагностики и терапии уже на догоспитальном этапе. Цель терапии при этом заболевании, исходя из патогенеза его развития, – уменьшение отека компонента и обеспечение свободной проходимости дыхательных путей. В настоящее время глюкокортикостероиды считаются основным средством лечения острого стенозирующего ларинготрахеита

Цель исследования. Определить эффективность применения небулайзера для ликвидации стеноза гортани при стенозирующем ларинготрахеите в условиях работы врача скорой помощи в сравнении с традиционной терапией.

Материалы и методы. Все больные со стенозом гортани первой степени при стенозирующем ларинготрахеите (60 человек) разделены на 2 группы.

Первая группа – больные, которым для ликвидации стеноза гортани при стенозирующем ларинготрахеите проводилась ингаляция адреналина при помощи небулайзера.

Вторая группа – больные, которым для ликвидации стеноза гортани при стенозирующем ларинготрахеите проводилась традиционная терапия, т.е. внутримышечно вводился преднизолон. Численность каждой группы составила по 30 человек.

Результаты и обсуждение. В первой группе после проведения небулайзерной терапии стеноз гортани ликвидирован у 18 (60 %) человек. Терапия оказалась малоэффективной у 6 (20 %) человек, вследствие чего они были госпитализированы в стационар. Не полностью ликвидирован стеноз гортани у 6 (20 %) человек, но поскольку их самочувствие улучшилось, эти больные не были госпитализированы, но им дана рекоменда-

дация продолжать ингаляционную терапию адреналином с помощью небулайзера. Все эти больные были переданы в поликлинику для дальнейшего наблюдения врача общей практики. Хочется отметить, что у этой группы больных не было повторных вызовов по данному заболеванию, что говорит в пользу эффективности вышеуказанной терапии.

Во второй группе после проведения традиционной терапии стеноз гортани ликвидирован полностью у 6 (20 %) человек. Терапия оказалась неэффективной у 12 (40 %) человек, в связи с чем они были госпитализированы в стационар. Не полностью ликвидирован стеноз гортани у 12 (40 %) человек. Эти больные, так же как и в первой группе, были переданы в поликлинику для дальнейшего наблюдения врача общей практики.

Выводы. 1. Количество детей с полной ликвидацией стеноза гортани при стенозирующем ларинготрахеите в 3 раза больше в 1-й группе с применением небулайзерной терапии – 18 человек (60 %), чем во 2-й группе с применением традиционной терапии – 6 человек (20 %). 2. Количество госпитализированных в стационар детей меньше в 1-й группе, чем во 2-й: 6 (20 %) и 12 (40 %) соответственно. 3. Количество больных, переданных в поликлинику, меньше в 1-й группе, чем во 2-й: 6 (20 %) и 12 (40 %) соответственно. 4. Эффективность небулайзерной терапии значительно выше традиционной. 5. Небулайзерная терапия с ингаляциями адреналина может быть рекомендована врачами общей практики для применения в амбулаторных условиях с целью ликвидации стеноза гортани при стенозирующем ларинготрахеите.

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ БРОНХООБСТРУКТИВНОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Хамзаев К.А., Шарипов А.М., Кариева Ш.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность: Острая инфекционная патология лидирует по частоте возникновения среди воспалительных заболеваний респираторного тракта у детей – ее распространенность составляет не менее 90% от всех болезней дыхательных путей. Частота развития бронхообструктивного синдрома на фоне ОРЗ у детей первых трех лет жизни составляет от 5 до 50%. Бронхообструктивный синдром (БОС) у детей встречается достаточно часто и иногда протекает тяжело, сопровождаясь признаками дыхательной недостаточности.

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности неотложной терапии острой дыхательной недостаточности, обусловленной течением бронхообструктивного синдрома у детей различных возрастных групп на догоспитальном этапе.

Материалы и методы: За период с 2016 по 2017 г. бригадами станции скорой медицинской помощи

города Ташкента было выполнено 129 вызовов к детям от 6 мес до 15 лет, острая дыхательная недостаточность у которых была обусловлена БОС. Учитывая связанное с возрастными особенностями различное клиническое течение бронхиальной обструкции, а также различные возрастные нормы основных параметров оценки степени тяжести данной патологии, все пациенты были распределены на группы: до 1 года – 14 (10,9%), от 1 года до 3 лет – 37 (28,7%), от 4 до 7 лет – 42 (32,6%), старше 7 лет (до 15 лет) – 36 (27,8%).

На основании объективных клинических признаков, определяемых в острый период респираторного заболевания у детей на догоспитальном этапе, установлено развитие острой дыхательной недостаточности (ОДН), обусловленной бронхиальной обструкцией в 78,4% случаев, причем ОДН II регистрировалась в 27,1%, ОДН I – в 51,3%. Первая линия терапии включала ингаляционное введение лекарственных препаратов через небулайзер. Ингаляция была выполнена в течение 5–10 мин (до полного распыления раствора). Во всех случаях препарат разводили 0,9% NaCl до общего объема 2–4 мл. Для купирования БОС больным вводили беродуал: детям до 6 лет и массой тела до 20 кг в разовой дозе 1 капля на 1 кг массы тела ребенка, детям 6–12 лет – 0,5–1 мл (10–20 капель), старше 12 лет – 1–2 мл на ингаляцию.

При тяжелом течении БОС у детей в комплексную ингаляционную терапию был включен ингаляционный глюкокортикостероид будесонид, применяемый в возрастных дозировках: у детей до 1 года – 0,25 мг, от 1 года до 7 лет – 0,5 мг, старше 7 лет – 0,5–1 мг.

Результаты: В 24% (n=31) случаев установлено уменьшение степени бронхиальной обструкции с последующей госпитализацией детей в стационар. БОС явился причиной ОДН в 76% (n=98) случаев: ОДН I степени – в 49,6% (n=64), ОДН II степени – в 26,4% (n=34), без дыхательной недостаточности – у 24% (n=31) больных. Сравнительный анализ возрастных особенностей проявления ОДН у детей с БОС показал, что БОС в группе детей до 1 года в 50% случаев обусловил развитие ОДН II степени (в сравнении с другими группами это являлось значимым различием, $p=0,04$). В группе старше 7 лет ОДН II степени регистрировалась значительно реже (16,7%, n=6). По мере увеличения возраста больных имелась тенденция к увеличению случаев течения бронхиальной обструкции без ОДН.

Эффективность неотложной терапии бронхообструктивного синдрома у детей на догоспитальном этапе подтверждена следующими фактами: в 76% (n=98) случаев лечение основного заболевания было продолжено амбулаторно при полном купировании клинических проявлений дыхательной недостаточности.

Заключение: Таким образом, на основании объективных клинических признаков, определяемых в острый период респираторного заболевания у детей на догоспитальном этапе, установлено развитие ОДН, обусловленной бронхиальной обструкцией в 78,4% случаев, причем ОДН II степени регистрировалась в 27,1%, ОДН I степени – в 51,3% случаев.

Выводы: На степень выраженности дыхательной недостаточности оказывают влияние общетоксические проявления респираторного заболевания, а также наличие отягощающих преморбидных факторов. Дифференцированный подход к определению метода оказания помощи приводит к уменьшению частоты госпитализации детей с БОС.

ГОМОЛАТЕРАЛЬНАЯ ПЕРЕВЯЗКА ВОСХОДЯЩЕГО ОТДЕЛА МАТОЧНОЙ АРТЕРИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МИОМЭКТОМИИ У БЕРЕМЕННЫХ

Хусанходжаева М.Т.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

По сведениям из различных источников, в современной женской популяции сочетание беременности и миомы матки (ММ) увеличилось до 4,0%. Это связано как с возрастанием частоты ММ, так и с расширением возможностей ее обнаружения. Как часто возникает необходимость проведения миомэктомии (МЭ) у беременных? Практика показывает, что со временем актуальность этого вопроса возрастает также в связи с омоложением заболевания и возрастанием числа больных с очень желанной беременностью. Показания к данному виду вмешательства у беременных до настоящего времени не регламентированы, а различные сообщения носят характер описания отдельных случаев из практики.

Цель: оценка эффективности и безопасности применения перевязки восходящего ствола маточной артерии при проведении миомэктомии во время беременности.

Материал и методы: в 2001-2012 гг. в отделении гинекологии РНЦЭМП МЗ РУз зарегистрирован 41 случай проведения МЭ во время беременности. У всех женщин беременность была желанной. Вторым ведущим условием подбора больных явилась интраорганическая локализация ММ. Показаниями к вмешательству служили ишемия миоматозных узлов, большие размеры узлов миомы с быстрым ростом опухоли и инкурабельная прогрессирующая угроза прерывания желанной беременности. Сроки беременности, при которых проводилась операция, колебались от 6 до 35 недель. Возраст беременных – от 24 до 42 лет. Первородящих, включая повторнобеременных, была 21 (51,2%), по-

второродящих – 20 (48,7%), многорожавших не было. 4 (14,6%) женщинам при очевидном риске большой интраоперационной кровопотери во время операции производилась гомолатеральная перевязка восходящего ствола маточной артерии. Выбор стороны перевязки диктовался локализацией доминантного узла.

Результаты: целесообразность перевязки восходящих стволов маточной артерии при проведении МЭ доказана современными исследованиями, однако использование данной методики у беременных изучено недостаточно и, очевидно, сопряжено с риском внутриутробной гипоксии плода. Вероятно, поэтому в обозримой литературе мы не встречали сведений о ее использовании у беременных. У 4 беременных прибегнуть к ее использованию нас побудил крайне высокий риск массивного кровотечения, которое само по себе не менее пагубно для внутриутробного плода. Решение о необходимости перевязки принимали интраоперационно, взвесив риск потери не только беременности, но и детородного органа. Как показали наши наблюдения, фатальной гипоксии внутриутробного плода после гомолатеральной перевязки маточной артерии не последовало. Все 4 женщины доносили беременность до доношенных сроков. Объем кровопотери колебался от 400,0 до 600,0 мл.

Таким образом, МЭ среди беременных, проведенная по неотложным показаниям, демонстрирует хорошие результаты. Вместе с тем, данный вид вмешательства следует отнести к категории повышенной сложности и рассматривать как последний резерв по сохранению желанной беременности.

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Хусанходжаева М.Т.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Миома матки (ММ) занимает одно из ведущих мест в патологии репродуктивной системы, при этом в последние годы отмечается отчетливый рост частоты данной патологии при беременности. Тактика ведения беременных с ММ представляет одну из сложнейших проблем акушерства и требует разработки четких критериев выбора консервативного и оперативного методов лечения, оптимизации техники выполнения миомэктомии (МЭ) у беременных, а также пред- и послеоперационного ведения больных. При urgentных осложнениях ММ во время желанной беременности встает главный вопрос о возможности донашивания беременности.

Цель: изучение эффективности и безопасности проведения МЭ во время беременности с целью ее сохранения.

Материал и методы: с 2001 по 2012 г. в отделении гинекологии РНЦЭМП МЗ РУз зарегистрирован

41 случай проведения МЭ во время беременности. У всех женщин беременность была желанной. Сроки беременности – от 6 до 34 недель. Возраст беременных от 24 до 42 лет. Первородящих, включая повторнородящих, была 21 (51,2%), повторнородящих – 24 (48,7%), многорожавших не было. Всем женщинам проведена МЭ из-за нарушения питания МУ, быстрого роста МУ в течение настоящей беременности, отсутствия эффекта от сохраняющей беременность терапии.

Результаты: у всех женщин отмечен рост миомы в течение настоящей беременности. У 17 (41,4%) из них наблюдался быстрый рост ММ при беременности. При этом только у 4 из 17 выявлялся центростремительный рост МУ с деформацией полости матки. Нарушение питания МУ, выявленное клинически у 23 (56,0%) пациенток, верифицировано гистологическими исследованиями. У 15 из 23 пациенток ММ была моноузловой крупных размеров (6-10 см), у всех залегала, затрагивая сосудистый слой миометрия. У 4 из 23 пациенток на фоне беременности 9 недель величина опухоли в дне матки достигала 18 см в диаметре, превышая первоначально установленный во время беременности размер в 5 раз. У 7 из 23 больных МУ располагались в дне и теле по передней стенке матки, у 3 в области маточно-трубного угла справа, у 2 в теле матки по задней стенке. Интраоперационная кровопотеря колебалась от 150,0 до 600,0 мл. Послеоперационных осложнений не было. В результате проведенной операции сохранить беременность удалось у 39 (95,1%) из 41 женщины. Прервалась беременность у 2 (4,8%) пациенток через 14 дней после проведения МЭ в сроках 11 и 15 недель. Все 39 женщин доносили беременность до 37-39 недель, у всех проведено оперативное родоразрешение (кесарево сечение). Перинатальной смертности не зарегистрировано.

Таким образом, анализ ближайших и отдаленных результатов реконструктивно-пластических операций при ММ свидетельствует о целесообразности и эффективности данного вмешательства. Значение этой операции определяется возможностью создания благоприятных условий для вынашивания беременности и реализации репродуктивной функции у женщин с нарушенной фертильностью.

ОЁҚ ЖАРОҲАТЛАРИ ШОШИЛИНЧ АМАЛИЁТИДА ОРҚА МИЯ АНЕСТЕЗИЯНИ ҚЎЛЛАНИЛИШИ

**Элмуродов М., Абдуллаев А.,
Нуруллаев Н., Жумаев Н.
РШТЁИМ Сирдарё вилоят филиали**

Ҳозирги иш жараёни, яшаш турмуши ва автохалокатлар билан боғлиқ қўшма жароҳатларнинг деярли 70 % дан ортиғини оёқ жароҳатлари ташкил қилади. Тиббиёт муассасаларига мурожаат этган беморларга тиббий ёрдам кўрсатиш вақтида албатта беморни

оғриқсизлантириш усулини танлаш масаласи долзарблигича қолмоқда.

2016-1017 йил мобайнида РШТЁИМ СВФ қўшма жароҳатлар бўлимига чаноқ-сон, болдир суякларининг ёпиқ ва очиқ синишлари ташхиси билан ётқизилган 118 нафар беморга амалиёт вақтида орқа мия оғриқсизлантириш усули қўлланилган. Шулардан беморларнинг 70 тасида болдир суяклари жароҳати, 28 тасида сон суяги жароҳатлари, 20 нафарида тизза бўғими жароҳатлари ва шу жумладан 28 тасида қўшма жароҳатлар аниқланган. Беморларнинг ўртача ёши 37-40 ёшни ташкил қилган. Соматик касалликлардан гипертония касаллиги беморларнинг 11 нафарида, сурункали обструктив бронхит 1 нафарида қайд этилган.

Операция олди тайёргарлиги ўртача 1-2 сутка давом этган. Бу вақт ичида беморлар посттравматик, постгеморрагик шокка қарши даво муолажаларини олган. Операция олдидан инфузион терапия ангиокатетер G18-20 орқали қуйилиб, 10-15 мл/кг миқдорда 15-30 дақиқа мобайнида кристаллоид ва коллоидлар ҳисобига ўтказилди. Премедикация операциядан олдин анъанавий усулда бажарилган. Операция хонасида, инфузион терапия давом эттирилган. Беморга керакли ҳолат берилиб, асептик шароитда VL3-VL4, VL4-VL5 сатҳларда субарохноидал бўшлиққа G22-25 спинал игна ёрдамида асептик шароитда тушилиб, 10-15 мг «лонгокаин-хеви (бупивикаин)» гипербарик эритмаси орқа мия каналига 1мл/дақ тезлигида юборилди. Бемор 10-15 дақиқа кузатилиб вегетатив, мотор, оғриқ, субъектив сезгиси камайгач амалиёт бошланди. Амалиёт 1 соатдан 3 соатгача давом этган. Операция вақтида психоэмоционал зўриқишни олдини олиш, седатация мақсадида сибазон 10 мг, кетамин 100 мг в/и юборилган. Инфекцион асоратларни олдини олиш мақсадида амалиётдан олдин антибиотикотерапия бошланган ва амалиёт вақтида ҳам антибиотик қўлланилган.

Амалиёт даврида гемодинамик кўрсаткичлар кардиомонитор кузатувида бўлган, АҚБ-120/80-100/60 мм сим. уст, Ps-96-72 та 1дақ, НОС -20-16та 1дақ, SPO₂ -96-98% оралиғида сақланган.

Орқа мия оғриқсизлантириш усули қўлланилган вақтида беморларнинг ҳеч бирида нейротоксик аломатлар кузатилмади, нейровазоплегик, яъни қисқа муддатли гипотония 2 та ҳолатда қайд этилиб, мезатон эритмаси инфузияга қўшиш билан АҚБ турғунлашди, операциядан кейинги даврда асоратлар кузатилмади. Бемор операция сўнгида АҚБ, НОС меъёрий даражаларда, эс-хуши ўзида кузатув учун ОРИТга олиб тушилди ва 3 соатдан 24 соатгача назоратда ушланди, операциядан кейинги оғриқсизлантириш 2-4 соатгача етди.

Хулоса: Орқа мия оғриқсизлантириш усулида «лонгокаин-хеви (бупивикаин)»нинг қўлланилиш доираси кенглиги, камхаражатлиги, қўшма жароҳатлар ва соматик патология мавжудлигида қўллаш имкони борлиги, асоратларнинг камлиги оёқ жароҳатлари шошилиш амалиётларида бу усулни кенг қўллаш имкониятини яратади.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА

Юлдашев А.А., Хомиджонов И.Б., Усманов Б.С.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Тактика лечения ятрогенных повреждений магистральных сосудов при операциях на органах брюшной полости и забрюшинного пространства до настоящего времени остаётся сложной задачей, что связано с высокой летальностью вследствие массивной кровопотери.

Неподготовленный к подобному осложнению хирург иногда теряет самообладание и контроль над ситуацией, выполняет неадекватные действия по остановке кровотечения. Чаще это наблюдается в узкоспециализированных центрах, хирургических стационарах общего профиля, городских и районных больницах.

В 2012-2016 гг. при выполнении оперативных вмешательств на органах брюшной полости и забрюшинного пространства экстренная ангиохирургическая помощь оказалась необходимой 25 пациентам. Мужчин было 15 (60%), женщин – 10 (40%). Возраст больных от 22 до 60 лет. Явления геморрагического шока II-III степени отмечались у 18 (72%) больных.

Основными причинами ятрогенного повреждения сосудов при операциях на органах брюшной полости и забрюшинного пространства были недоучет вариативности расположения сосудистого пучка и возможное изменение расположения последнего под воздействием патологического процесса, грубая обработка тканей в области локализации крупных сосудов.

Повреждение брюшной аорты отмечалось у 5 (20%) больных, общей подвздошной артерии – у 2 (8%), наружной подвздошной артерии – у 3 (12%), внутренней подвздошной артерии – у 2 (8%), ранение почечной артерии – у 1 (4%). Ранение нижней полой вены было у 7 (28%) больных, общей подвздошной вены – у 2 (8%), наружной подвздошной вены – у 2 (8%), внутренней подвздошной вены – у 1 (4%).

При различных видах и локализациях ятрогенных повреждений магистральных сосудов методы остановки кровотечения и способы восстановления стенок сосудов не были однотипны. Кровотечение из повреждённого крупного сосуда в ходе операции всегда останавливают прижатием пальцев, а после наложения сосудистых клипс – наложением сосудистого шва. Для остановки кровотечения нельзя использовать обычные кровоостанавливающие зажимы, и тем более делать это вслепую. Основные действия на операционном столе сводились к следующим приемам: пальцевое или тупферовое прижатие концов или дефектов стенки сосуда, непрерывное осушение операционного поля электроотсосом, мобилизация приводящего и отводящего отделов, взятие их на сосудистые зажимы или боковое пережатие стенки сосуда, наложение атравматического шва.

Шов сосудов «конец в конец» выполнен 3 (12%) больным, боковой шов – 18 (72%), аутовенозное протезирование – 2 (8%), лигирование сосуда выполнено 2 (8%).

Восстановительная операция у 2 больных произведена общим хирургом, у 23 – ангиохирургом, сроки подключения к операции последнего варьировали от 10 мин до 30 (в среднем 20 мин).

Умерли 5 (20%) больных, из них 3 во время операции, после наложения шва на сосуды, от тяжелого геморрагического шока, 2 – на 2-е сутки после операции от почечной недостаточности.

Таким образом, соблюдение основных принципов остановки кровотечения и своевременное восполнение объёма циркулирующей крови позволяет спасти жизнь большинству пациентов с ятрогенными повреждениями магистральных сосудов при операциях на органах брюшной полости и забрюшинного пространства. По нашему мнению, оперативное пособие у данного контингента больных должен выполнять сосудистый хирург, либо хирург общего профиля, прошедший специализацию по сосудистой хирургии.

ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ГНОЙНОМ ОМЕНТОБУРСИТЕ

Юнусов Р.С., Эрметов А.Т., Мамадумаров Т.С., Бозорбоев У.Р., Курбонбоев Б.Н., Аълоханов А.А.
Наманганский филиал РНЦЭМП, Узбекистан

Целью нашего исследования явилось определение тактики лечения при осложнении гнойного деструктивного панкреатита – оментобурсите.

Материалы и методы: за период 2012-2016 гг. в хирургическом отделении Наманганского филиала РНЦЭМП пролечено 37 больных, поступивших с диагнозом деструктивный панкреатит. Из них мужчин было 24, женщин – 13. Средний возраст больных колебался от 17 до 55 лет. Кроме клинико-лабораторных исследований обязательно проводилось ультразвуковое исследование (УЗИ) и компьютерная томография (КТ) поджелудочной железы и ее окружающие клетчатки.

Результаты исследования: При разборе хирургической анатомии присоединившихся осложнений выявлено следующее. Разрушение заднего листка брюшины над поджелудочной железой с проникновением гнойно-деструктивного процесса в сальниковую сумку и образованием гнойного оментобурсита (центральная локализация) было выявлено у 27 больных (72,9%). Образование подпеченочного абсцесса с формированием правосторонней забрюшинной флегмоны наблюдалось у 6 пациентов (16,3%). Наличие левостороннего поддиафрагмального абсцесса и забрюшинного затека наблюдалось у 2 больных (5,4%). У 2 больных (5,4%) наблюдалась тотальная деструкция поджелудочной железы с наличием абсцедирования сальниковой сумки и обширными флегмонами пара-

панкреатической и забрюшинной клетчатки как по ходу восходящей, так и по ходу нисходящей ободочной кишки. Наличие гнойно-деструктивного процесса с развитием ограниченных гнояников или затеков в забрюшинное пространство, которое констатировалось по данным УЗИ и КТ исследования, являлось безусловным показанием к активной хирургической тактике. 34 пациента подверглись оперативному лечению на 10-15 сутки от момента начала заболевания. 3 пациентам под контролем УЗИ было произведено чрескожное дренирование сальниковой сумки. Несмотря на ежедневные санации растворами антисептиков и консервативную терапию, объем гнойного экссудата не уменьшался (более 100 мл/сут), что заставило заподозрить наличие секвестрированных очагов некроза, поддерживающих воспалительный процесс. Учитывая неэффективность чрескожного дренирования, 2 больных были оперированы традиционным способом на 10 сутки после первичного дренирования. Во всех случаях операцию заканчивали с установлением широкой оментобурсостомии для проведения программированной санации сальниковой сумки. В послеоперационном периоде больным проводилась интенсивная инфузионно-трансфузионная, антибактериальная, антисекреторная, симптоматическая терапия. Программированная санация проведена однократно 2 (7%) больным, двукратно – 6 (22%), трехкратно – 14 (52%), четырехкратно – 5 (19%) пациентам. Благоприятный исход лечения достигнут у 32 больных (86,2%). Умерло 5 пациентов (13,8%). Основной причиной летальности у 4 больного была полиорганная недостаточность на фоне прогрессирования гнойных осложнений, у одного больного наблюдалось массивное аррозивное кровотечение.

Выводы: Оментобурсит представляет собой жидкостное гнойное образование, формирующееся в результате разрушения заднего листка брюшины над пораженной поджелудочной железой с последующим инфицированием.

Являясь наиболее часто встречающимся вариантом гнойно-септических осложнений деструктивного панкреатита, оментобурсит характеризуется отсутствием четких единых методологических подходов к диагностике и хирургической тактике.

Диагноз гнойный оментобурсит служит абсолютным показанием к активной хирургической тактике, обязательным наложением широкой оментобурсостомии для проведения дальнейшей программированной санации.

ИНФОРМАТИВНОСТЬ ЭХОГРАФИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ И ПЛЕВРЫ У ДЕТЕЙ

Юсупалиева Г.А., Усманова Г.М., Абзалова Ш.Р.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Среди многочисленных форм патологии органов дыхания у детей частота воспалительных заболеваний легких и плевры непрерывно возрастает.

Цель: оптимизация диагностики острых пневмоний и их осложнений у детей путём применения ультразвукового сканирования в системе комплексного обследования больных.

Материал и методы: под наблюдением были 315 детей в возрасте от 1 месяца до 15 лет. Мальчиков было 150, девочек 105. Настоящее исследование основано на результатах комплексного клинического и инструментально-лабораторного обследования пациентов, проведенного в клинике Ташкентского педиатрического медицинского института. У 255 детей диагностированы острые пневмонии и их осложнения, у 60 обследованных патологии со стороны лёгких не выявлено (контрольная группа). При проведении исследований применялись клинико-лабораторные, ультразвуковые и рентгенологические методы, а также метод математической статистики.

Результаты: 182 (71,3%) ребенка поступили в клинику с различными клиническими формами пневмоний, а у 73 (28,7%) больных заболевание сочеталось с лёгочными осложнениями.

Детализирована эхографическая семиотика острой пневмонии в зависимости от клинической формы воспалительного процесса, ранних признаков скопления выпота в плевральных синусах, формирующегося абсцесса, эмпиемы, пневмоторакса и пиопневмоторакса.

Выводы: установлена высокая чувствительность, специфичность и диагностическая точность ультразвукового исследования при плевритах (100%), абсцессах (соответственно $96,6 \pm 3,4$; 100,0; $96,6 \pm 3,4$ %), воспалительных инфильтратах ($91,2 \pm 2,1$; 100,0; $96,7 \pm 1,3$ %), что выдвигает его в ряд высокоинформативных методов медицинской визуализации при перечисленных заболеваниях лёгких;

Точность ультразвукового исследования значительно ниже рентгенологических данных при пневмотораксе и пиопневмотораксе ($85,0 \pm 8,0$ %). При перечисленных осложнениях острой пневмонии ультразвуковое сканирование следует сочетать с рентгенологическим исследованием.



www.endomedium.ru



ВСЕ СПЕКТР ПРИБОРОВ И ИНСТРУМЕНТОВ

- ЛАПАРОСКОПИЯ
- ТОРАКОСКОПИЯ
- АРТРОСКОПИЯ
- ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ
- ГИСТЕРОСКОПИЯ
- УРОЛОГИЯ
- ФЛЕБЭКТОМИЯ
- ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ
- ГИБКАЯ ЭНДОСКОПИЯ



СОБСТВЕННЫЕ РАЗРАБОТКИ И ПРОИЗВОДСТВО

МНПО «ЭНДОМЕДИУМ»
Республика Татарстан, г. Казань, пр. Янашева, д.36
Тел.: (843) 513-77-00, 513-77-01, 513-77-02
E-mail: endo@endomedium.ru www.endomedium.ru

Представитель в Республике Узбекистан
Ахлаева Альфия Абдуллаевна
Тел.: +998908082278, +998712771205
E-mail: alfiya100@yandex.ru k_alfiya_a@mail.ru

VI. КОНКУРС МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОГЛОБУЛИНА
ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-
СЕПТИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ***Аблаева Э.А.***Республиканский специализированный центр
хирургии им. акад. В. Вахидова**

Несмотря на появление новых методов диагностики и лечения, применение новейших антибактериальных препаратов, сепсис и септический шок остаются важнейшими причинами смерти пациентов отделений реанимации и интенсивной терапии. В Германии от сепсиса ежегодно гибнут около 70 тыс. пациентов, в США – более 100 тыс., в России – 120 тыс. Современные представления о патогенезе этих состояний свидетельствуют о необходимости применения лечебных методов, направленных на снижение уровня микробных токсинов и медиаторов генерализованного воспаления. Поэтому применение препаратов, способных удалять или нейтрализовать микробные токсины и медиаторы воспаления, патогенетически обосновано и направлено на улучшение результатов лечения.

Цель: оценка эффективности применения иммуноглобулина нормального человеческого (пентаглобина) в комплексном лечении гнойно-септических осложнений у хирургических больных ОРИТ.

Материал и методы: проведен ретроспективный анализ у 57 больных в ОРИТ абдоминального и кардиохирургического профиля, прооперированных в РСЦХ им. акад. В. Вахидова в 2010-2017 гг., с манифестацией послеоперационных гнойно-септических осложнений, тяжелым абдоминальным сепсисом, острым панкреатитом, полиорганной недостаточностью и т.д.

Материалом для анализа служили образцы крови на стерильность и другие виды биоматериалов. Использованы традиционные методы выделения и идентификации микроорганизмов, определения их чувствительности к антибиотикам и динамический контроль содержания С-реактивного белка (CRP), применение разработанных схем профилактики и лечения нозокомиальной инфекции. Производили контроль лейкоцитарной активации, клинико-биохимических показателей, определяли цитокиновый статус. Тяжесть состояния оценивалась по шкале APACHE II. Больные были разделены на 2 группы. 1-ю группу составили 9 больных острым панкреатитом, 10 – перитонитом, 11 – кардиохирургических, получавших пентаглобин. Во 2-ю группу включены пациенты, которые принимали традиционное лечение без применения иммунокорректоров, в том числе 9 больных острым панкреатитом, 8 – перитонитом, 10 – кардиохирургических. Дозирование иммунокорректоров подбиралось индивидуально.

Результаты: индекс тяжести по шкале APACHE II 20-24 балла отмечался у 11 пациентов абдоминальной группы и у 2 кардиохирургических больных. При оценке изучаемых сывороточных цитокинов у пациентов 1-й группы выявлены существенные различия их содержания по сравнению со 2-й группой. Уровень провоспалительных цитокинов (ИЛ-1 β , TNF- α) у пациентов 1-й группы был выше, а ИЛ-1Ra, ИЛ-6, ИЛ-10 – ниже, чем во 2-й группе. Полученные результаты подтверждают, что повышение концентрации сывороточных провоспалительных цитокинов в полной мере отражает картину генерализованного воспаления на инфекционный процесс. В то же время определялось снижение уровня в крови противовоспалительных медиаторов – ИЛ-1Ra, ИЛ-6, ИЛ-10 в 1-й группе.

Различия лабораторных показателей у наблюдаемых больных были достоверны, уровень CRP отражал клиническую значимость гнойно-септического осложнения и коррелировал с показателями лейкоформулы и температуры больного. Общее количество лейкоцитов возрастало до $15,0-19,0 \times 10^9/\text{л}$ в 1-й группе; до $15,0-29,9 \times 10^9/\text{л}$ во 2-й. При этом количество палочкоядерных нейтрофилов увеличивалось до $18,7 \pm 3,1\%$ в 1-й группе и имело тенденцию к повышению во 2-й группе – $38,7 \pm 3,3$. Количество лимфоцитов в 1-й группе возрастало в среднем до $15,5 \pm 0,2\%$ и имело тенденцию к снижению до критического – $6,2 \pm 0,3\%$ во 2-й группе. В содержании моноцитов отмечалось их статистически достоверное снижение до $11,2-15,7\%$ в 1-й группе, во 2-й группе увеличивалось до $19,0-23,0\%$. Во 2-й группе у 4 больных количество лейкоцитов не увеличивалось, напротив, имело место снижение этого показателя – развивалась лейкопения ($<4 \times 10^9/\text{л}$), что сопровождалось соответственно нейтропенией, а также лимфопенией (до критических цифр $<1,2 \times 10^9/\text{л}$). Улучшение клинико-биохимических показателей у этих больных определялось динамическим контролем уровня CRP, результатами микробиологических исследований, физикальными данными. Так, у пациентов 1-й группы уровень CRP в среднем составлял 48-90 мг/л, температура тела – $37,5-39,0^\circ\text{C}$, неоднократные посева крови на стерильность были отрицательными, во 2-й группе уровень CRP составлял 90-120 мг/л.

Таким образом, необходимость включения иммунотерапии диктуется высокой частотой развития сепсиса, ПОН и риска летального исхода у больных с исходной тяжестью по APACHE II более 20 баллов.

Профилактическое применение иммуноглобулина нормального человеческого (пентаглобина) у послеоперационных больных показало высокую клиническую эффективность (в 3 раза по сравнению с контрольной группой). Пентаглобин, способствуя положительной иммунореактивности в SIRS, повышает выживаемость пациентов, а также обеспечивает снижение летально-

сти при развитии тяжелой инфекции и полиорганной недостаточности, что обуславливает целесообразность широкого использования его у больных.

THE ROLE OF SERUM GFAP AS A PREDICTOR OF POSTOPERATIVE COGNITIVE DYSFUNCTION FOLLOWING MAJOR SURGERY

Valihanov A.A.

Background: postoperative cognitive dysfunction (POCD) is a common and widely described phenomenon in surgical patients. The incidence (POCD) varies from 15% to 80% upon discharge. Type of surgery, patients' age, duration of surgery, type of anesthesia, level of education, diabetes and poor postoperative pain control were studied as influencing factor to the prevalence of POCD. According to ISPOCD study patients with persistent POCD were at high risk for early removal from labor market, social dependency and early mortality. Despite the abundance of this phenomenon protocols to diagnose in a normal clinical setting are still absent. In most cases POCD is represented as mild and subtle cognitive impairment which is overlooked by clinicians and the patients themselves. The cognitive capacity itself varies from patient to patient and the single screening tests upon discharge offer little benefit in diagnosing POCD. Generally accepted method of diagnosing POCD still includes neuropsychological examination at two time frames; prior to the surgery and upon discharge which is time consuming and impractical in a daily clinical setting. Glial fibrillary acidic protein (GFAP) is a brain-specific type III intermediate filament protein found primarily in mature astrocytes and to a lesser extent in some other glial cells and its rise following major surgery could reflect the extent of neuronal damage which may be correlated to the incidence of POCD.

Objective: to study the fluctuations of GFAP levels following a major surgery and to examine the correlation between POCD and increased GFAP levels

Methods: 35 (mean age $64 \pm 7,1$ years) patients scheduled for 'off-pump' CABG surgery underwent psychometric testing before the surgery and 8 days the surgery. We used following tests to assess cognitive capacity: auditory verbal learning test (AVLT), digit span test (DST), digit-letter substitution test (DLST), stroop test and trail making test (TMT). A 20% or more decline in two or more tests in comparison to preoperative test results was declared as POCD. to analyze the GFAP levels blood serum of patients were collected at 4 time points: t1-before the operation, t2-after the operation, t3-6 hours after the surgery and t4-24 hours after the surgery. Patients received similar anesthesia, postoperative care and were operated by the same surgical team.

Results: according to cognitive examination results 13 (37,1%) patients suffered from early POCD. The levels of serum GFAP 24 hours after surgery in patients with and without POCD were 61 ± 4 ng/l and 63 ± 3 ng/l respectively.

Serum GFAP levels at 8 hours after the surgery were significantly higher ($p < 0,05$) in patients with POCD and at the other time points statistically different elevation of GFAP in comparison to no POCD group was not observed.

Conclusion: our study demonstrated that neuronal damage due to surgery is highest at the end of the surgery. However, the rise of serum GFAP levels occurred in all patients with or without POCD and to establish cut-off values which are specific to diagnose PODC more studies with larger numbers of samples are needed.

МОРФОМЕТРИЯ В ОЦЕНКЕ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Ибрагимов С.Х.

Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В. Вахидова

Мембрана эритроцитов весьма чувствительна к изменению концентрации токсических веществ, появляющихся в крови при острых заболеваниях печени и поджелудочной железы. Известно, что желчные кислоты приводят к эхиноцитарной трансформации, причём после удаления веществ, вызывающих трансформацию, эритроциты вновь приобретают дисковидную форму. Это свойство может быть критерием оценки эффективности проводимой терапии.

Цель: изучение изменения форм эритроцитов капиллярной крови на этапах лечения пациентов с острыми заболеваниями гепатопанкреатодуоденальной зоны в отделении реанимации и интенсивной терапии.

Материал и методы: исследована морфология эритроцитов капиллярной крови с помощью оригинального способа изучения дискретных структур – методика экспресс-диагностики форм эритроцитов «толстой капли» (ЭМТК) (патент Республики Узбекистан № DGU 01195) у 23 пациентов с диагнозами цирроз печени, осложненный кровотечением, и некротизирующий острый панкреатит на этапах интенсивной терапии. Нативную неокрашенную кровь исследовали с помощью микроскопов Биолам-И и Люмам-И2 при соответствующем увеличении и цифровой фотокамеры HP PhotoSmart. При оценке ФЭ пользовались модифицированной классификацией Г.И. Козинца (1987) и Рязанцевой (2001).

Результаты: у пациентов с острыми заболеваниями гепатопанкреатодуоденальной зоны формы эритроцитов претерпевают существенные изменения, которые заключаются в увеличении количества эхиноцитов – клеток, имеющих выросты на цитоплазматической мембране.

При геморрагически осложненных тяжелых формах течения заболеваний печени и поджелудочной железы количество дискоцитов уменьшается, в ходе проведения интенсивной терапии происходит восстановление

форм эритроцитов, что проявляется меньшей степенью эхиноцитарной трансформации, а также уменьшением количества стоматоцитов и необратимо измененных форм. Проявления пойкилоцитоза и анизоцитоза после интенсивной терапии играют важную положительную роль в формировании процессов тромбообразования и характеризуют состояние анемии, развившейся на фоне геморрагических осложнений цирроза печени и некротизирующего острого панкреатита. Форма эритроцитов является зеркалом функционального состояния клетки, а прогрессирование патологических трансформаций на фоне сниженных показателей гемоглобина и гематокрита ещё больше усугубляет и без того нарушенные кислородтранспортные свойства крови, чем объясняется контроль степени гипоксии и тяжесть клинического статуса.

Выводы: 1. У пациентов с циррозом печени и некротизирующим острым панкреатитом в периферической крови количество патологических форм эритроцитов по сравнению с контролем резко увеличено. 2. Проведение дифференцированной интенсивной терапии данных острых патологий гепатопанкреатодуоденальной зоны существенно улучшает морфологию эритроцитов. 3. Мониторинг форм эритроцитов периферической крови с помощью метода «толстой капли» позволяет объективно оценить эффективность интенсивной терапии.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИ ВРОЖДЁННОЙ КИСТОЗНОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ГЕПАТИКОХОЛЕДОХА

Кочетов В.Е.

**Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи**

Кистозное расширение желчных протоков является редкой аномалией развития и формирования желчевыводящих путей. Частота регистрации данного заболевания в популяции составляет один случай на 10-15 тыс. человек, наиболее часто в странах Восточной Азии. У девочек данная аномалия встречается в 3 раза чаще, чем у мальчиков. У 20% людей клинические симптомы могут не проявляться или проявляться незначительно. Типичными являются боли в животе (может быть единственным симптомом), желтуха и пальпируемое образование в области правого подреберья. К настоящему времени в мировой литературе описано более 1000 наблюдений.

В отделении детской хирургии РНЦЭМП в 2014-2016 гг. было произведено 11 операций по поводу врождённой кистозной трансформации гепатикохоледоха. В клинику поступили 10 девочек и 1 мальчик в возрасте от 1 года до 14 лет. Средний возраст пациентов $5,55 \pm 0,41$ года. При проведении обследования был выставлен диагноз врождённой кистозной трансформации гепатикохоледоха, который нашёл своё подтверж-

дение во время проведения операции. Во всех случаях была произведена операция холецистэктомии, иссечение кисты гепатикохоледоха с наложением гепатикоэнтероанастомоза на каркасном металлическом кольце на выключенной по Ру петле тонкой кишки. В 7 наблюдениях выявлен резко увеличенный желчный пузырь, в 4 размерах пузыря не изменены. Веретеновидная киста обнаружена у 9 пациентов, шаровидная – у 2. Размер кист колебался в различных пределах: от 3 до 5 см (7), 6 см (1), 8 см (1) и 15 см (2). Средний диаметр – $6,5 \pm 0,43$ см.

После каждой операции оперативно удалённый материал – желчный пузырь и стенка иссечённой кисты гепатикохоледоха – доставлялся в патологоанатомическое отделение для макро- и микроскопического исследования. При макроскопическом исследовании проводилось измерение желчного пузыря, толщины его стенки. В 7 наблюдениях установлено увеличение размеров (длина $7,5 \pm 0,24$ см, ширина $2 \pm 0,1$ см), в 4 размерах желчного пузыря были в пределах возрастной нормы (длина $5,25 \pm 0,49$ см, ширина $2,87 \pm 0,59$ см). Утолщение стенки пузыря до 0,9 см отмечалось у 1 пациента, до 0,6 см – у 3, до 0,4 см – у 2. В среднем толщина стенки составила $0,41 \pm 0,02$ см. У 5 детей толщина стенки оставалась в пределах нормы – 0,2 см. Отмечались также изменения со стороны слизистой: атрофия имела место в 9 наблюдениях, в 2 отмечена сохранённая слизистая оболочка. Размеры иссечённой кистозно изменённой стенки гепатикохоледоха составили: длина $3,24 \pm 0,12$ см, ширина $3,02 \pm 0,25$ см, с утолщением стенки во всех случаях.

При микроскопическом исследовании желчного пузыря установлено сохранение структуры слоёв стенки. К тому же в 3 наблюдениях определялась мононуклеарная инфильтрация, в 1 – лейкоцитарная инфильтрация слизистой. У 2-летней пациентки имела место гипертрофия мышечного слоя, а у 12-летней – хронический холецистит. Гистологическая структура гепатикохоледоха во всех случаях нарушена. Стенка представлена фиброзной тканью, в 5 наблюдениях выстланной уплощённым эпителием, в 2 наблюдениях с неравномерным распределением мышечной ткани, в 2 – с лейкоцитарной инфильтрацией. В остальных 2 наблюдениях слои стенки были полностью замещены фиброзной тканью.

Таким образом, во всех наблюдениях имело место нарушение морфологической структуры строения стенки гепатикохоледоха с частичным или полным замещением её фиброзной тканью. Желчный пузырь у 2/3 пациентов был увеличен в размерах с утолщением стенки, в подавляющем большинстве случаев с атрофией слизистой. Гипертрофия мышечного слоя желчного пузыря отмечалась лишь у 1 пациентки в возрасте 2 лет. Чуть более половины наблюдений (6) пришлось на первые 4 года жизни. Соотношение мальчиков и девочек – 1:10.

СИМУЛЬТАННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА КОРОНАРНЫХ И КАРОТИДНЫХ АРТЕРИЯХ: ПЕРВЫЙ ОПЫТ

Машрапов О.А.

Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи

По данным А. Ebuzer и соавт. (2014), стенозы каротидных артерий являются дополнительным фактором риска, ухудшающим послеоперационный прогноз после аорто-коронарного шунтирования (АКШ). При сочетанных поражениях коронарного и каротидного русла до сих пор не сформировано однозначного стандартизированного подхода к хирургическому лечению (Базылев и др., 2007). Выбор последовательности этапов зачастую основан на выраженности поражения того или иного русла.

Таким образом, проблема выбора тактики хирургического лечения при сочетанных поражениях каротидных и коронарных артерий сохраняет свою высокую актуальность.

Цель: анализ результатов симультанных операций у больных с сочетанным поражением коронарного и каротидного русла.

Материал и методы: за период с 2014 по 2017 г. в РНЦЭМП оперированы 8 пациентов с сочетанным поражением каротидного и коронарного русла. Средний возраст больных 67,2±3,5 года. Лиц мужского пола было 6, женского 2. Все больные были подвергнуты симультанной операции односторонней (со стороны наибольшего поражения) каротидной эндартерэктомии и аорто-коронарному шунтированию на работающем сердце. Выбор в пользу симультанного подхода был сделан на том основании, что все оперированные имели двустороннее поражение каротидного русла (более 70%). Все больные были с нестабильной стенокардией с многососудистым поражением (более 2-х сосудов) коронарного русла. У 6 больных наблюдалась хроническая ишемия головного мозга III степени, у 2 – ишемия II степени. 5 пациентам КЭЭ производилась реддрессация каротидной артерии, 1 выполнена резекция внутренней сонной артерии (имел место кинкинг), у 2 осуществлена пластика передней стенки внутренней сонной артерии аутовенозной заплатой после КЭЭ. У 4 больных шунтировано 4 коронарных сосуда, 4 – 3, индекс шунтирования составил 3,6; у 2 не использовали внутреннюю грудную артерию для шунтирования передней межжелудочковой артерии.

Результаты: послеоперационный период протекал без осложнений, раны зажили первичным натяжением. В раннем послеоперационном периоде не наблюдалось нарушений мозгового кровообращения и других сердечно-сосудистых осложнений (острый инфаркт миокарда, сердечная недостаточность). Средняя продолжительность послеоперационного госпитального периода составила 8,8±1,2 дня. На контрольном цвет-

ном дуплексном сканировании экстракраниальных сосудов со стороны хирургического вмешательства не выявлено стеноза, был визуализирован ламинарный кровоток. На эхокардиографии патологических отклонений также не обнаружено; средний конечно-диастолический объем составил 145,7±5,1 мл; фракция выброса в среднем – 52,2±3,1%. Все больные наблюдались в отдаленном периоде, средняя продолжительность наблюдения составила 16±1,2 месяца. Больные не предъявляли жалоб, контрольное ЦДС экстракраниальных сосудов и ЭхоКГ патологических отклонений также не выявили.

Таким образом, симультанный подход при лечении сочетанного поражения каротидного и коронарного бассейнов на работающем сердце является достаточно эффективным и безопасным методом, который, несмотря на тяжелое сочетанное поражение и наличие сопутствующих заболеваний, позволяет достичь хорошего результата.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЭМБРИОНАЛЬНЫХ ГЕПАТОЦИТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Мирзакулов А.Г.

Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи

Пациенты с острой печеночной недостаточностью (ОПН) являются особенно сложной группой больных в абдоминальной хирургии. Неуклонный рост числа больных, нехватка материала для выполнения органной трансплантации, пожизненный прием иммуносупрессивной терапии, послеоперационные осложнения возводят ОПН в разряд актуальных проблем современной гепатологии. Применение клеточных технологий в лечении ОПН является перспективным направлением ввиду того, что фетальная ткань не вызывает реакции отторжения у реципиента, способствует не только восполнению утраченных клеток печени, но и стимулирует регенерацию имеющихся гепатоцитов поврежденной ткани печени.

Цель: оценка влияния трансплантации эмбриональных гепатоцитов при лечении острой печеночной недостаточности в эксперименте.

Материал и методы: эксперимент выполнен на белых беспородных крысах, которые были разделены на 3 группы: 1-я группа – здоровые крысы; 2-я – крысы с моделью ОПН; 3-я – крысы с моделью ОПН, леченные трансплантацией гепатоцитов. Эмбриональные гепатоциты получали из плодов крыс по модифицированному способу Seglen. В эксперименте ОПН получали путем введения половозрелым крысам разведенного в масле в объемном соотношении 1:1 гепатотропного токсина СС14 внутрибрюшинно однократно, на следующие сутки в брюшную полость вводили эмбриональные гепатоциты.

Результаты: на 7-е сутки эксперимента активность печеночных ферментов в сыворотке крови животных, подвергнутых токсическому воздействию CCl_4 , была резко повышена: уровень АСТ повысился в 5,2 раза, АЛТ – в 1,9 раза ($p < 0,001$) по сравнению с интактными животными. Достоверное повышение активности щелочной фосфатазы при ОПН в эти сроки в 3,2 раза и билирубина в 2,3 раза ($p < 0,001$) указывало на холестаза вследствие массивного паренхиматозного некроза печени. При трансплантации эмбриональных гепатоцитов отмечалось достоверное снижение концентрации в крови уровня печеночных ферментов, щелочной фосфатазы, билирубина. Отмечена также положительная динамика в отношении концентрации мочевины, креатинина, альбумина.

После введения CCl_4 наблюдалось токсическое поражение печени, при лапаротомии на 5-6-е сутки у погибших крыс макроскопически отмечались выраженные изменения печени: поверхность печени плотная, красноватой окраски, зернистость и закругленность краев. При микроскопическом исследовании отмечались повреждения гепатоцитов с очагами некрозов и лейкоцитарной инфильтрацией, участки дискомплексации балочных структур. При морфологическом исследовании у крыс 3-й группы выявлялось усиление регенеративных процессов, восстановление и сохранность балочной структуры со значительным преобладанием неповрежденных гепатоцитов за счет протективной функции пересаженных клеток. Основную массу паренхимы составляли гипертрофированные гепатоциты с ядрами различных размеров. Восстанавливалась цитоплазма некоторых печеночных клеток, при окраске гематоксилином и эозином они окрашивались в розовый цвет.

У крыс 2-й группы наблюдается достоверное уменьшение количества Т-хелперов в 1,6 раза по сравнению с интактными животными. Было установлено, что в крови больных крыс количество Т-супрессоров имело тенденцию к снижению, составляя в среднем $16,2 \pm 0,6\%$, что несколько ниже, чем у интактных крыс ($18,5 \pm 0,9\%$). У больных крыс относительное число CD16-лимфоцитов в 1-й день эксперимента составило $13,4 \pm 1,0\%$, что почти в 1,5 раза выше, чем у интактных крыс ($p < 0,05$). Фагоцитарная активность нейтрофилов была на 11,8% ниже контрольных значений. Циркулирующие иммунные комплексы во 2-й группе были в 1,98 раза выше, чем в 1-й группы.

Анализ результатов, полученных у животных 3-й группы, свидетельствует о положительном влиянии трансплантации эмбриональных гепатоцитов, которое выражалось в стабилизации и тенденции к восстановлению нормальной концентрации показателей клеточного и гуморального иммунитета, фагоцитарной активности нейтрофилов и снижению количества циркулирующих иммунных комплексов.

Таким образом, было установлено положительное воздействие трансплантации эмбриональных гепа-

тоцитов на поврежденную печень, что выражается в улучшении биохимических и иммунологических показателей, более раннем возникновении репаративных, регенераторных процессов в печеночной ткани, что обосновывает целесообразность использования трансплантации эмбриональных гепатоцитов при лечении острой печеночной недостаточности.

ОСТРЫЙ РЕСПИРАТОРНЫЙ ДИСТРЕСС-СИНДРОМ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Росстальная А.Л.

Ташкентский институт усовершенствования врачей,
Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи

Актуальность проблемы определяется, прежде всего, неуклонным ростом заболеваемости, увеличением доли некротического панкреатита и стабильно высокими показателями летальности при данной патологии. Однако трудности лечения тяжелого деструктивного панкреатита зачастую связаны с острым респираторным дистресс-синдромом (ОРДС), что обусловлено сложным многофакторным характером патогенеза, многокомпонентностью структурных и функциональных нарушений и полиморфностью клинических признаков.

Цель: оценка результатов респираторной терапии при ОРДС путем определения причинно-следственной связи и ее эффективности у больных с панкреонекрозом.

Материал и методы: в исследование включены 35 пациентов в возрасте от 19 до 72 лет с деструктивными формами панкреатита, которые находились в отделении хирургической реанимации РНЦЭМП с 2016 по сентябрь 2017 г. Все пациенты были с тяжёлым клиническим статусом (по шкале Ranson более 4 баллов), осложнённым ОРДС. Диагноз ОРДС ставили на основании критериев The Berlin Definition of Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) (<http://jama.jamanetwork.com/on/05/24/2012>). Проводился контроль гемодинамических показателей, газов артериальной крови, респираторного индекса, капнометрия (монитор TriTON, МПР 03-6), рентгеновская и компьютерная томография органов грудной клетки.

Все больные находились на продленной ИВЛ (Zis Line MB 200, VELLA+; Drager) в режимах по SIMV объёму (VCV). В зависимости от методики респираторной поддержки пациенты были разделены на 2 группы. У 16 больных 1-й группы респираторная поддержка проводилась только в режиме SIMV VCV с применением рекрутмент-маневра один раз в сутки. Обратное отношение вдох/выдох – 1,5/1, P_{insp} – 20-26 см вод. ст., FiO₂ – до 60% «Оптимальный» РЕЕР (поддержание PaO₂ выше 60 mm Hg). Скорость Visp – 40 – 60 л/мин, autoPEEP не более 50% от общего РЕЕР. У 19 больных 2-й группы респираторная поддержка проводилась в

режиме SIMV VCV (V_t – 6-7 мл/кг, f – 16-20, FiO_2 – до 60% PEEP – 8-15 мм рт. ст.) в комбинации со струйной высокочастотной искусственной вентиляцией легких – sHFJV (MV 16-18 л/мин, f – 60-100 в мин, I:E – 1:2, 1:3, FiO_2 – 21-40%) на аппарате ZisLine, JV 100 В (Россия, Екатеринбург). sHFJV подключалась ежедневно на 2-8 часов 2-3 раза в день под контролем $EtCO_2$ и поддержанием в условиях умеренной гиперкапнии (до 40 мм рт. ст.). В дальнейшем вентиляцию легких проводили в традиционном режиме SIMV VCV с поддержкой PEEP 8-15 мм рт. ст.

Критериями эффективности вентиляции легких служило увеличение комплаенса (Cst), PaO_2 более 60 мм рт. ст., SpO_2 и респираторного индекса (PaO_2/FiO_2) более 300.

Результаты: динамика респираторной системы в процессе вентиляции легких контролировалась до, во время и после выбранного режима. До начала вентиляции в обеих группах PaO_2/FiO_2 – 150 ± 54 и Cs – $28 \pm 3,4$ не различался. Во время вентиляции – в 1-й группе PaO_2/FiO_2 – 157 ± 34 , Cs – $38 \pm 4,4$, во 2-й – PaO_2/FiO_2 – $192 \pm 2,8$, Cs – $50 \pm 6,4$, а после – в 1-й группе PaO_2/FiO_2 – 167 ± 54 , Cs – $41 \pm 6,4$, во 2-й группе PaO_2/FiO_2 – $264 \pm 4,2$, Cs – $67 \pm 2,4$. У больных 2-1 группы выявлено уменьшение сроков ИВЛ относительно больных 1-й группы (соответственно $12 \pm 2,6/16 \pm 4,6$ сут). Общая летальность во 2-й группе – 15,8% (3), в 1-й группе – 44% (7).

Анализ применения высокочастотной вентиляции легких в комплексе респираторного пособия у пациентов с деструктивными формами панкреатита выявил снижение показателей «слизь/поток» и «вязкость/упругость» слизи. Изменение воздушного потока способствовало «сдвигу» механики клиренса слизи, создавая условия для физиологических кашлевых толчков без повышения давления (аутоPEEP) на фоне малых дыхательных объемов и высокой частоты дыхания.

Таким образом, ведение больных с деструктивными формами панкреатита, осложненными ОРДС, в режимах SIMV VCV + sHFJV явилось более эффективным в отношении коррекции гипоксемии, уменьшения отрицательного влияния механической вентиляции на паренхиму лёгких, длительности искусственной вентиляции лёгких и снижения летальности.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Рузибоев Ш.Ж.

Самаркандский филиал РНЦЭМП,
Самаркандский государственный
медицинский институт

Прободение язвы двенадцатиперстной кишки – одно из самых грозных и распространенных осложнений язвенной болезни. Число неотложных операций по поводу осложнений язвенной болезни увеличилось

почти на 100%, общая летальность возросла с 2,2 до 2,8% (Панцирев Ю.М., 2005; Каримов Ш.И. и др., 2014).

Цель: оценка результатов эндовидеохирургических методов в лечении больных с перфорацией язв двенадцатиперстной кишки (ДПК).

Материал и методы: в Самаркандском филиале РНЦЭМП в период с 2012 по август 2017 г. произведено 388 операций лапароскопических ушиваний перфоративных язв пилородуоденальной зоны. Мужчин было 275 (70,8%), женщин – 113 (29,2%), возраст больных – от 18 до 50 лет. Время с момента перфорации язвы и до начала операции варьировало от 2-х до 12 часов. Средняя продолжительность операции 90 минут. Язвы располагались на передней и на передневерхней стенке луковицы ДПК. Диаметр перфоративного отверстия колебался от 0,3 до 0,6 см. Лапароскопическое ушивание перфоративной язвы проводилось П- или Z-образным швом с подшиванием и без подшивания сальника. Во всех случаях проводилась санация физиологическим раствором и водным раствором хлоргексидина (декасан) с последующим дренированием брюшной полости. 6 (0,4%) больным потребовалась конверсия, и язва ушита из минидоступа.

Результаты: всем пациентам выполнялись общеклинические исследования, обзорная рентгенография брюшной полости. Клинико-рентгенологическая симптоматика с наличием свободного газа под куполом диафрагмы выявлена у 338 больных. У 50 больных, обследованных эндоскопически, при негативной рентгенологической картине выявлены явные или косвенные признаки ПГДЯ. У 19 пациентов имелись косвенные признаки перфоративной язвы: глубокий конусообразный дефект, выраженный периульцерозный отек с множественными внутрислизистыми кровоизлияниями, усиление болей во время исследования.

Местный перитонит был у 255 (65,7%) больных, распространенный – у 133 (34,3%). В послеоперационном периоде всем больным проводили антибактериальную и противоязвенную терапию, раннюю активизацию. Дренажи из брюшной полости извлекали через 12-24 часа после ультразвукового исследования.

Сроки пребывания в стационаре после операции колебались от 5 до 7 суток.

У 2 (0,5%) больных в послеоперационном периоде наблюдалась несостоятельность швов, потребовалась лапаротомия с благоприятным исходом.

Умерли 2 (0,5%) больных от тромбоэмболии легочной артерии.

Выводы: 1. Видеолапароскопические ушивания перфоративной язвы ДПК являются эффективным способом лечения перфоративной пилородуоденальной язвы. 2. Метод технически не сложный и даёт значительный социальный, экономический и косметический эффекты при лечении перфоративных пилородуоденальных язв. 3. Видеолапароскопическая техника при ПЯДК позволяет свести операционную травму к минимуму.

MIRIZZI'S SYNDROME: NEW VIEWS IN EMERGENCY SURGERY

Ruzimurodov N.F.

Tashkent medical academy

Background: Cholelithiasis is one of “developing” disease in general surgery. At the same time, number of complications of this disease is growing. There are two main types of complications: common and uncommon. As it is known, that uncommon complication has many features and they show several clinical pictures. So, one of the uncommon complication of cholelithiasis is Mirizzi’s syndrome. This syndrome keeps on being a substance with a low frequency today and presents both of indicative and helpful tests for surgeons. There is not enough clinical examinations and information available about the uncommon complication in papers. That is why, the aim of this study is to reckon up 2 years experience and to give some conclusions from our skills.

Methods: A study comprising patients diagnosed with Mirizzi’s syndrome between September 2015 and August 2017 at the department of surgery in the 1st Republican clinical hospital.

Results: A total number of patients were 16. 11 (69%) of them comprise women and 5 (31%) are men. The average age was 58 years.

The history of biliary disease was reported in 13 (81%) patients. The most general signs at diagnosis were abdominal pain and fever in 9 patients (56%). Preoperative diagnosis was received in 11 patients (69%), and 5 (31%) patients were undergone endoscopic retrograde cholangiopancreatography before the operation. The results show that laparotomy (traditional) was performed in 10 patients (63%), laparoscopic operation was endeavored in 4 (25%) and 2 (12,5%) patients were performed conversion to laparotomy, reasons for conversion were the availability of inflammatory mass and fibrosis that prevented the correct identification of structures of anatomical visions. There was not postoperative mortality.

Conclusion: From gained skills laparoscopic surgery for Mirizzi’s syndrome has been demonstrated successful results just in the beginning periods. But in other morbid events laparotomy was effective method till these days.

ДВУСТОРОННЯЯ ФУТЛЯРНАЯ БЛОКАДА НЕРВОВ ПРЯМОЙ МЫШЦЫ ЖИВОТА КАК КОМПОНЕНТ СОЧЕТАННОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

Фокин И.В.

Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи

Значительная часть болевой импульсации при абдоминальных операциях связана с рассечением ее стенки. Основное влияние на течение анестезии в

целом оказывает адекватная аналгезия на различных уровнях возникновения боли в интраоперационном периоде. Сочетанная анестезия с использованием эпидуральной аналгезии при травматичных абдоминальных операциях является золотым стандартом, но нестабильность гемодинамики при операциях по поводу панкреонекроза ограничивает ее использование в интраоперационном периоде. Однако это не является ограничением для применения регионарных методов блокады нервов передней брюшной стенки, так как исключает блокаду симпатической нервной системы. Одним из таких методов является двусторонняя футлярная блокада нервов прямой мышцы живота.

Переднебоковую стенку брюшной полости иннервируют передние сегментарные ветви T7-L1, которые, формируя соответствующие нервы, проходят в фасциально-невральной плоскости между внутренней косой и поперечной мышцами живота, направляясь кпереди из поперечной плоскости живота. Нервы проникают в футляр прямых мышц живота между задним его листком и прямой мышцей, поднимаются вверх и заканчиваются как передние брюшные кожные нервы.

Футлярная блокада нервов прямой мышцы живота заключается во введении местного анестетика в нервно-фасциальную плоскость между прямой мышцей живота и задним листком ее футляра с двух сторон. Ультразвуковой контроль позволяет определить правильное положения иглы и контроль распределения анестетика вдоль прямой мышцы живота, что минимизирует количество осложнений и улучшает качество блока.

Цель: оценка влияния двусторонней футлярной блокады прямых мышц живота на течение анестезии.

Материал и методы: в операционно-анестезиологическом отделении РНЦЭМП были обследованы 30 пациентов, из них 14 женщин и 16 мужчин, средний возраст 50 лет, ASA III-IV E класс, которым выполнялась операция по поводу панкреонекроза через срединную лапаротомию. Среднее время операции составило 2 часа. У всех пациентов отмечался синдром системной воспалительной реакции и гиповолемиа. Пациенты с септическим шоком и нестабильной гемодинамикой с применением адреностимуляторов в исследование не включались. Все операции выполнялись под общей комбинированной анестезией с интубацией трахеи и ИВЛ. Поддержание анестезии осуществлялось изофлюраном от 1,5 до 0,8 об%, при нестабильной гемодинамике кетамин в дозировке 1,5-3 мг/кг/ч, аналгезия проводилась болюсным введением фентанила по 100-50 мкг в травматичные этапы операции, миорелаксация аркуроном 2 мг каждый час. Больные были разделены на 2 группы. 15 больным основной группы после индукции в анестезию перед началом операции выполнялась футлярная блокада нервов прямой мышцы живота введением раствора бупивакаина 0,25% по 20 мл с каждой стороны под контролем УЗИ, аппаратом Samsung Medison SonoAce R3 линейным датчиком 5-12 мГц. 15 пациентам контрольной группы блокада

не выполнялась. Для оценки качества анестезии регистрировались неинвазивные параметры центральной гемодинамики на мониторе фирмы «Тритон» (СВ, СИ, ОПСС, срАД, Ps), ФВ измерялась аппаратом Samsung Medison SonoAce R3 конвексным датчиком 2-5 мГц из парастернального доступа, измерялся также уровень глюкозы крови. Эти параметры регистрировались на следующих этапах операционного периода: 1-й этап – лапаротомия, 2-й этап – холецистэктомия, 3-й этап – послойное ушивание брюшной полости. Определялась также потребность в фентаниле и ардуане во время операции.

Результаты: средний показатель СВ у больных основной и контрольной групп на 1-м этапе составил соответственно $4,9 \pm 0,24$ и $4,8 \pm 0,23$ л/мин, на 2-м этапе – $5,4 \pm 0,31$ и $5,7 \pm 0,29$ л/мин, на 3-м этапе – $5,1 \pm 0,25$ и $4,7 \pm 0,22$ л/мин, статистически различаясь только на 3-м этапе, и в основной группе был выше, чем в контрольной. СИ в основной группе на 1-м этапе составлял $2,2 \pm 0,16$ л/мин/м², на 2-м – $2,4 \pm 0,18$ л/мин/м², на 3-м – $2,3 \pm 0,17$ л/мин/м². Этот показатель в контрольной группе составлял соответственно $2,1 \pm 0,15$, $2,6 \pm 0,2$ и $2,1 \pm 0,14$ л/мин/м². Динамика показателя ОПСС на трех этапах у пациентов двух групп была одинаковой, но средние величины ОПСС различались между группами, и в основной группе были ниже, чем в контрольной: на 1-м этапе – соответственно $1218 \pm 61,2$ и 1398 ± 60 дин/с/см-5, на 2-м – $1315 \pm 58,7$ и 1480 ± 45 дин/с/см-5, на 3-м – $1258 \pm 51,2$ и $1413 \pm 45,2$ дин/с/см-5. При анализе ФВ статистической разницы между группами на первых двух этапах не выявлено: на 1-м этапе – $57,9 \pm 1,54$

и $58,9 \pm 1,55\%$, на 2-м – $60,5 \pm 1,6$ и $59,2 \pm 1,59\%$. Однако на 3-м этапе этот показатель в основной группе составил $59,4 \pm 1,59\%$ против $53,8 \pm 1,52\%$ в контрольной. В основной группе по сравнению с контрольной группой на 1-м, 2-м и 3-м этапах операции показатель срАД был стабильнее и ниже на двух первых этапах $75 \pm 2,27$ и $83 \pm 2,37$ мм рт. ст., $80 \pm 3,14$ и $91 \pm 3,65$ мм рт. ст., $79 \pm 2,87$ и $76 \pm 2,43$ мм рт. ст. На 1-м этапе в основной группе средний Ps $84 \pm 2,34$ уд/мин был ниже, чем в контрольной группе – $93 \pm 3,16$ уд/мин, но на 2-м и 3-м этапах в основной и контрольной группе данный показатель значительно не различался: соответственно $97 \pm 3,43$ и $95 \pm 3,57$ уд/мин, $95 \pm 3,54$ и $98 \pm 3,38$ уд/мин. Уровень глюкозы в крови на всех трех этапах операции в контрольной группе был выше, чем в основной: на 1-м этапе – $6,5 \pm 0,28$ против $5,7 \pm 0,23$ ммоль/л, на 2-м – $7,9 \pm 0,35$ против $7,2 \pm 0,32$ ммоль/л, на 3-м – $7,8 \pm 0,34$ против $7,1 \pm 0,31$ ммоль/л. Средний расход фентанила в основной группе был ниже ($0,76 \pm 0,05$ мг), чем в контрольной ($0,94 \pm 0,05$ мг), но средний расход ардуана в двух группах не различался ($8 \pm 0,78$ и $8,2 \pm 0,82$ мг). Осложнений от проводимой блокады не наблюдалось.

Заключение: проведение футлярной блокады нервов прямой мышцы живота под УЗ-контролем как компонента сочетанной анестезии является достаточно эффективным антиноцицептивным методом блокирования боли на уровне трансдукции, что подтверждается стабильностью гемодинамических показателей, снижением расхода фентанила и относительно стабильным уровнем глюкозы в крови.

СОДЕРЖАНИЕ

Роль научных школ академиков В.В. Вахидова и У.А. Арипова в становлении гепатопанкреатобилиарной хирургии Узбекистана <i>Хаджибаев А.М., Шукуров Б.И.</i>6	Современные методы лечения панкреонекроза <i>Мусоев Т.Я., Аюбов Б.М.</i>20
I. ПАНКРЕОНЕКРОЗ: СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ	Обоснование выбора варианта операции у больных острым панкреатитом тяжелого течения <i>Мусоев Т.Я., Ходжаев К.Ш., Аюбов Б.М., Хайдаров Ф.Н., Эгамов У.М.</i>20
Влияние иммуномодулятора полиоксидония в комплексной терапии панкреонекроза <i>Абдурахманов М.М., Ураков Ш.Т., Сафаров С.С., Абдуллаев И.Т.</i>11	Профилактика панкреатита при спленэктомии у гематологических больных <i>Мустафакулов Г.И.</i>21
Микробная транслокация из кишечника при инфицированном панкреонекрозе <i>Абдурахманов М.М., Ураков Ш.Т., Абдурахманов Ш.М., Сафаров С.С., Абдуллаев И.Т.</i>11	Прогноз тяжести течения острого панкреатита <i>Назиров Ф.Н., Арипова Н.У., Джамалов С.И., Исраилов Б.Н., Назиркулов О.М.</i>22
Экспресс-метод определения острого панкреатита и панкреонекроза в условиях экстренной хирургии <i>Алиджанов Ф.Б., Баймурадов Ш.Э., Акбарова Л.Р.</i>12	Стандартизация интенсивной терапии при тяжелом деструктивном панкреатите <i>Назыров Ф.Г., Ибадов Р.А., Ибрагимов С.Х.</i>23
Лапароскопические вмешательства в диагностике и лечении деструктивного панкреатита <i>Асраров А.А., Имамов А.А., Цай В.Э.</i>13	Эндоскопическое стентирование панкреатического протока при посттравматическом панкреато-плевральном свище <i>Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Струсский Л.П., Сайдазимов Е.М., Хакимов Ю.У.</i>23
Characteristics of acute pancreatitis patients evaluated prospectively in emergency department <i>Deniz Güney Duman, Arash Turan, Tuğba Memiş, Yeşim Özen Alahdab, Umut Emre Aykut</i>13	Результаты лечения острого деструктивного панкреатита <i>Нарзуллаев С.И., Карабаев Х.К., Марданов В.Н., Эшмирзаев Б.М., Амонов Х.Р.</i>24
Прогностические факторы рациональной антибиотикотерапии при гнойных осложнениях панкреонекроза <i>Ибрагимов С.Х., Шаниева З.А., Аблаева З.А., Ибадов Р.А.</i>14	Минимально инвазивные методы лечения острого тяжелого панкреатита <i>Новиков С.В., Рогаль М.Л., Кузьмин А.М., Иванов П.А.</i>25
Летальность при панкреонекрозе <i>Карабаев Х.К., Нарзуллаев С.И., Мизамов Ф.О., Шоназаров И.Ш., Зохидова С.Х.</i>14	Диагностика и лечение панкреонекроза в условиях неотложной медицины <i>Норкузиев Ф.Н., Нишанов Х.Т., Субханкулов Р.И., Норкузиев Н.У., Таджибаев М.П., Нахалбоев Р.Т.</i>26
Патология поджелудочной железы при термической травме <i>Карабаев Х.К., Тагаев К.Р., Хакимов Э.А., Юнусов О.Т., Саидов Ш.А.</i>15	Методика определения степени тяжести течения и лечение острого панкреатита <i>Ризаев К.С., Алтыев Б.К., Баймурадов Ш.Э.</i>27
Состояние эзофагогастродуоденальной зоны при различных формах острого панкреатита <i>Карабоев Б.Б., Ходжиматов Г.М., Касимов Н.А., Мамадиев А.М.</i>16	Диагностика и лечение различных форм панкреатита с применением видеолапароскопии <i>Ризаев К.С., Баймурадов Ш.Э.</i>27
Новые взгляды на хирургические проблемы острого панкреатита <i>Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Маткулиев У.И., Холматов Ш.Т., Имамов А.А., Нормухамедов С.Г.</i>17	Билиарный панкреатит, развившийся после эндоскопических вмешательств <i>Ризаев К.С., Хашимов М.А., Баймурадов Ш.Э.</i>28
Фитотерапия как малоинвазивный метод лечения панкреатитов <i>Мамурова Н.Н.</i>18	Неотложная хирургическая помощь при осложненном течении хронического панкреатита <i>Рогаль М.Л., Ермолов А.С., Шляховский И.А., Миронов А.В., Новиков С.В., Кузьмин А.М.</i>29
Современная тактика диагностики и лечения острых и острых рецидивирующих панкреатитов <i>Муслимов Г.Ф., Алиева Г.Р., Бехбудов В.В.</i>19	Лечение и диагностика пациентов с панкреонекрозом, осложненным толстокишечными свищами <i>Рогаль М.Л., Новиков С.В., Кузьмин А.М., Иванов П.А., Гюласарян С.Г., Байрамов Р.Ш.</i>29

Тактика лечения поражений забрюшинной клетчатки при панкреонекрозе <i>Рузматов А.Э., Исманов А.А., Икромов Г.Н., Хужаев Х., Исхаков Н.Б.</i>30	Комплексное лечение деструктивного панкреатита <i>Эрметов А.Т., Рузматов А.Э., Исманов А.А., Мамаджанов А.А., Исхаков Н.Б., Долимов Л.М.</i>41
Деструктивные формы панкреатита, осложненные острым респираторным дистресс-синдромом <i>Сабиров Д.М., Шарипова В.Х., Росстальная А.Л.</i>31	Ўткир деструктив панкреатитни лапароскопик усулда даволашни афзалликлари <i>Юнусов Р.С., Темиров Р.И., Хужамбердиев И.Р., Абдуллаев У.У., Худойбердиев А.Б., Исабоев Ш.Б.</i>42
Динамическая кишечная непроходимость – одна из причин осложнений острого панкреатита <i>Саттаров А. Э., Расулов У. А., Фазилов Н.Х., Абдулахатов Б.Ш., Сайфуллаев Н.И</i>32	Опыт применения малоинвазивных вмешательств в лечении больных острым панкреатитом <i>Юнусов Р.С., Алижанов А.А., Курбонбоев Б.Н., Долимов Л.М.</i>42
Анализ результатов диагностики и лечения острого панкреатита в Нукусском филиале РНЦЭМП <i>Тлеумуратов Б. Д., Калмурзаев Е. К.</i>32	II. ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА
Панкреонекроз у беременных (по данным аутопсийных исследований) <i>Убайдуллаева В.У., Вервеккина Т.А., Магруппов Б.А.</i>33	Усовершенствование диагностики и хирургической тактики лечения механической желтухи у детей <i>Акилов Х.А., Матякубов Х.Н.</i>44
Диагностика различных форм острого панкреатита <i>Хайдаров Г.А., Рузибоев С.А., Карабаев Х.К., Эгамов Б.Т.</i>34	Диагностика и хирургическое лечение синдрома Мириizzi <i>Алиджанов Ф.Б., Хаджибаев Ф.А., Тилемисов С.О., Тилемисов Р.О.</i>44
Гепаторенальный синдром при инфицированном панкреонекрозе <i>Хакимов Д.М., Ходжиматов Г.М., Мамадиев А.М., Карабоев Б.Б., Касимов Н.А., Пахмурин И.Р.</i>35	Этапное хирургическое лечение эхинококка печени с синдромом механической желтухи в условиях экстренного стационара <i>Анваров Х.Э., Хаджибаев Ф.А., Хашимов М.А., Мирзакулов А.Г., Тилемисов С.О.</i>45
Морфология тяжелого панкреонекроза по данным аутопсии у больных ожоговым сепсисом <i>Хакимов Э.А., Карабаев Х.К., Тагаев К.Р., Авазов А.А., Карабаев Н.Б.</i>35	Современная тактика лечения рецидивного холедохолитиаза <i>Арипова Н.У., Назиров Ф.Н., Арипова М.У., Лим В.Г., Отамуратов М.Р.</i>46
Острый деструктивный панкреатит: малоинвазивные технологии в хирургической тактике <i>Ходжаев К.Ш., Мусоев Т.Я., Аюбов Б.М., Хайдаров Ф.Н.</i>36	Изменения резорбтивной функции желчного пузыря при нарушении энтерогепатической циркуляции желчи <i>Арипова Н.У., Назиров Ф.Н., Матмуратов С.К., Исраилов Б.Н., Умаров Д.А.</i>47
Лапароскопия в диагностике и лечении острого панкреатита <i>Хожиев Х.М., Махмудов Н.И., Ботиралиев А.Ш., Туйчиев Б.А.</i>37	Динамические изменения функции желчевыделения и желчеобразования печени <i>Арипова Н.У., Набиев А.Н., Матмуратов С.К., Бекмухамедова Ф.С.</i>48
Современные технологии в диагностике и лечении панкреатита и его осложнений у детей <i>Цап Н.А., Огарков И.П., Великанов А.В., Чукреев В.И.</i>38	Сравнительная оценка результатов диагностики и выбор тактики оперативного лечения больных с желчно-каменной болезнью и ее осложнениями <i>Арипова Н.У., Исмаилов У.С., Рузимуродов Н.Ф.</i>48
Роль лимфатической системы в лечении острого панкреатита <i>Эгамов Ю.С., Кобулов М.К., Эгамов Б.Ю.</i>39	Выбор хирургической тактики при прорыве эхинококковой кисты печени в желчевыводящие пути <i>Арипова Н.У., Назиров Ф.Н., Джамалов С.И., Исраилов Б.Н., Ташбулов И.А.</i>49
Комплексное этиопатогенетическое лечение острого панкреатита <i>Эгамов Ю.С., Худайбергенов П.К., Эгамов Б.Ю., Билтиров Б.</i>39	Применение малоинвазивных методов в лечении деструктивного панкреатита <i>Сапаев Д.А., Бекчанов Х.Н., Кучкаров М.О.</i>50
Выбор метода оперативного вмешательства при тяжелом остром панкреатите <i>Эрметов А.Т., Юнусов Р.С., Мамадумаров Т.С., Рузматов А.Э., Бозорбоев У.Р., Ибрагимов Ш.Р., Аълоханов А.А.</i>40	

Повторные операции при кистозной трансформации желчных протоков у взрослых пациентов <i>Вишневский В.А., Андрейцева О.И., Ионкин Д.А., Королева А.А., Шуракова А.Б., Степанова Ю.А.</i>51	Хирургическое лечение больных с синдромом Мириззи <i>Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Нишанов М.Ш., Байбеков Р.Р.</i>59
Уровень некоторых эндогенных антимикробных пептидов при остром калькулезном холецистите <i>Гаджиев Дж.Н., Гаджиев Н.Дж., Гасымова Ш.Х.</i>51	Лечебно-диагностическая тактика при проксимальных опухолях желчных протоков <i>Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Саатов Р.Р., Туракулов У.Н., Омонов О.А., Каменев А.А.</i>59
Выбор хирургической тактики на основе нечеткой логики принятия решений при механической желтухе холедохолитиазной этиологии <i>Гаджиев Дж.Н., Тагиев Э.Г., Гаджиев Н.Дж., Шихлинская Р.Ю.</i>52	Тактика лечения деструктивных форм острого холецистита <i>Нишионов Х.Т., Туляганов Д.Б., Зиядуллаев Н.Э., Абдурахмонов Б.М.</i>60
Роль сывороточных цитокинов и липоперекисных метаболитов в патогенезе синдрома системной воспалительной реакции при остром калькулезном холецистите <i>Гаджиев Дж.Н., Гаджиев Н.Дж., Тагиев Э.Г., Мамедова З.Б.</i>52	Тактика лечения больных механической желтухой в условиях современного многопрофильного стационара <i>Осипов А.В., Демко А.Е., Суров Д.А., Святненко А.В.</i>61
Некоторые особенности ультразвуковой диагностики механического холестаза при паразитарных заболеваниях печени <i>Ибрагимова З.А., Мадаминова Н.Э.</i>53	Результаты лечения больных холедохолитиазом в ФФ РНЦЭМП <i>Отабоев И.Х., Ахроров Б.М., Хожиев Х.М., Жураев У.Й.</i>61
Затянувшаяся желтуха у новорожденных с внутриутробной инфекцией <i>Инакова Б.Б., Нурутдинова Г.Т., Хакимов Ш.К.</i>54	Возможности магнитно-резонансной холангиопанкреатографии в диагностике желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом <i>Отабоев Т.Т., Мадрахимов К.Г., Собиров Н.А.</i>62
Антеградное эндобилиарное стентирование при опухолевой обструкции желчных путей <i>Каримов Ш.И., Рахманов С.У., Хакимов М.Ш., Асраров А.А., Джафаров С.М.</i>54	Результаты лечения детей с билиарной атрезией <i>Разумовский А.Ю., Алхасов А.Б., Ратников С.А., Куликова Н.В., Митупов З.Б., Рачков В.Е.</i>63
Возможности антеградных эндобилиарных вмешательств в лечении рубцовых стриктур желчных протоков <i>Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Рахманов С.У., Хасанов В.Р.</i>55	Хирургическое лечение пороков развития и заболеваний желчевыводящей системы у детей: 15-летний опыт <i>Разумовский А.Ю., Рачков В.Е., Митупов З.Б., Алхасов А.Б., Куликова Н.В., Степаненко Н.В., Залихин Д.В., Шубин Н.В.</i>63
Механическая желтуха: причины и лечебно-диагностическая тактика (по данным аутопсийных исследований) <i>Магруппов Б.А., Убайдуллаева В.У., Вerveкина Т.А.</i>55	Профилактика развития панкреатита после проведение эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии и эндоскопической папиллосфинктеротомии у пациентов с холедохолитиазом и механической желтухой <i>Рахманов Р.О., Калмурзаев Е.К., Тураев Р.И., Тагаев П.Ж., Садыков Р.Ю.</i>64
Особенности проявления артериальной гипоксемии у больных циррозом печени <i>Мадаминова Н.Э., Ибрагимова З.А.</i>56	Endoscopic intervention in the treatment of complicated forms of gallstone disease <i>Ruzimurodov N. F., Ismailov U.S., Allazarov U.A.</i>65
Место эндоскопического метода в лечении злокачественных стриктур внепеченочных желчных протоков <i>Маринова Л.А., Бачурин А.Н., Рамишвили В.Ш., Мильников А.Г., Чжао А.В.</i>57	Особенности клинического течения бескаменной обструкции желчевыводящих путей <i>Салохиддинов З.С., Турсунов А.У., Мусашайева Ш.М.</i>65
ЭРХПГ и ЭПСТ при синдроме механической желтухи <i>Махмудов Н.И., Сирожитдинов У.К., Мирзакаримов А.Н.</i>57	Эндоскопическая хирургия резидуального холедохолитиаза <i>Самарцев В.А., Ложкина Н.В., Белов В.К., Дьяченко М.И.</i>66
Лечение гнойно-септических осложнений желчнокаменной болезни <i>Махмудов Х.А., Шарипов М.К., Хожиматов С.Э.</i>58	Обтурационная желтуха при холедохолитиазе как неотложное состояние: оптимальные сроки хирургического лечения с позиции морфологических изменений печени <i>Сипливый В.А., Евтушенко Д.В., Наумова О.В., Петренко Г.Д., Евтушенко А.В.</i>67

Лечебно-диагностические возможности эндоскопических эндобилиарных вмешательств при механической желтухе злокачественной этиологии <i>Тилемисов С.О., Хаджибаев Ф.А., Хашимов М.А., Тилемисов Р.О., Гулямов Б.Т.</i>68	Повреждения поджелудочной железы у детей <i>Аллаев М.Я., Косимов З.Н., Усмонов Ш.А., Тургунов Ш.Ш., Косимов О.З.</i>77
Новый способ хирургической реконструкции кистозной трансформации внепеченочных желчных протоков у детей <i>Хаджибаев А.М., Акилов Х.А., Матякубов Х.Н.</i>68	Первый опыт резекции труднодоступных сегментов печени при гемангиоме <i>Атаджанов Ш.К., Курьязов Б.Н., Якубов Ф.Р.</i>77
Транспапиллярные эндоскопические методы декомпрессии желчевыводящих протоков при механической желтухе, обусловленной холедохолитиазом <i>Хаджибаев Ф.А., Алтыев Б.К., Хашимов М.А., Ешмуратов А.Б., Мирахмедов Н.Н.</i>69	Влияние растительных средств на иммуногенез при остром токсическом гепатите <i>Атажанова Н.М.</i>78
Эндоскопические методы диагностики и лечения ущемленных камней большого дуоденального сосочка <i>Хаджибаев Ф.А., Хашимов М.А., Ешмуратов А.Б., Мирахмедов Н.Н.</i>70	Выживаемость после минимально инвазивных резекций печени при холангиоцеллюлярном раке <i>Ахаладзе Д.Г., Цвиркун В.В., Алиханов Р.Б., Елизарова Н.И., Казаков И.В., Исхаги С.Х., Ким П.П., Ванькович А.Н., Грендаль К.Д., Ефанов М.Г.</i>78
Ретроградные и антеградные вмешательства у больных механической желтухой злокачественного генеза <i>Хаджибаев Ф.А., Тилемисов С.О., Хашимов М.А., Гулямов Б.Т.</i>71	Посттравматические повреждения поджелудочной железы: диагностика и лечение <i>Баймурадов Ш.Э., Зувайтов Ш.Г.</i>78
Опыт лапароскопической холецистэктомии у больных калькулезным холециститом, холедохолитиазом и механической желтухой <i>Шамирзаев Б.Н., Расулов У.А., Фазиллов Н.Х., Абдулахатов Б.Ш., Сиддиков Т.А.</i>71	Хирургическая тактика при колото-резаных ранах печени <i>Ботиралиев А.Ш., Махмудов Н.И.</i>79
Хирургическое лечение рака головки поджелудочной железы, осложненного механической желтухой <i>Шепетько Е.Н.</i>72	Сравнительная оценка способов ушивания ран печени при ее травматических повреждениях <i>Буриев А.А., Янгиев Б.А., Деванов Х.Р., Хайитов А.А., Самадов Э.В.</i>80
Диагностика и лечение ущемленного камня большого дуоденального сосочка <i>Юнусов Р.С., Мамаджанов А.А., Рузиматов А.Э., Убайдуллаев Ф.О.</i>73	Место эндоскопии в диагностике и лечении пациентов с кистозными заболеваниями желчевыводящих путей <i>Вишневецкий В.А., Балалыкин А.С., Ефанов М.Г., Барбадо Мамедова П.А., Вербовский А.Н., Федоткин Е.С., Ястребов В.Г.</i>80
Малоинвазивные вмешательства в лечении холедохолитиаза <i>Юсупов Ш.И., Мамаджанов А.А., Рузиматов А.Э., Убайдуллаев Ф.О.</i>73	Билиарная атрезия как причина механической желтухи <i>Акилов Х.А., Урманов Н.Т., Акилов Б.Б., Примов Ф.Ш., Асадов Ш.Я., Ходжаяров Н.Р.</i>81
III. ТРАВМЫ, ЯТРОГЕННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ И УРГЕНТНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ	Современная хирургическая тактика при высоких рубцовых стриктурах желчных протоков <i>Вишневецкий В.А., Ефанов М.Г., Икрамов Р.З., Варава А.Б., Трифонов С.А.</i>82
Результаты спленэктомии с гетеротопической аутотрансплантацией селезеночной ткани у детей с травмами селезенки <i>Акилов Х.А., Примов Ф.Ш.</i>75	Тактические вопросы лечения больных с печеночными метастазами колоректального рака <i>Дарвин В.В., Онищенко С.В., Лысак М.М.</i>82
Закрытые повреждения паренхиматозных органов брюшной полости у детей. Возможности эндовидеохирургического лечения <i>Акилов Х.А., Примов Ф.Ш., Урмонов Н.Т.</i>75	Возможности мультислайсной спиральной компьютерной томографии в выявлении повреждений органов живота и таза <i>Икрамов А.И., Халибаева Г.Б., Ярмухамедова Д.С., Гулямов Б.Т.</i>83
Роль неотложной лапароскопии при закрытых травмах живота <i>Акопджанов Н.С., Ботиралиев А.Ш., Хожиев Х.М.</i>76	Хирургическое лечение эхинококкоза печени <i>Икрамов Р.З., Вишневецкий В.А., Чжао А.В.</i>84
	Диагностика и лечение острого аппендицита у беременных <i>Маткаримов О., Кучкаров О.О.</i>85
	Современные подходы к хирургическому лечению цирроз-ассоциированной гепатоцеллюлярной карциномы <i>Каниев Ш.А., Баймаханов Ж.Б.</i>85

Дуоденумсохраняющая тотальная проксимальная резекция при заболеваниях поджелудочной железы <i>Козлов И.А., Вишневский В.А., Байдарова М.Д., Чжао А.В.</i>	86	Повреждения поджелудочной железы у детей <i>Сайдалиев С.С., Махмудов Н.И., Норматов У.Э.</i>	95
Интра- и послеоперационные осложнения при лапароскопической холецистэктомии <i>Красильников Д.М., Миргасимова Д.М., Малова И.И., Захарова А.В., Имамова А.М.</i>	87	Новая гемостатическая коллагеновая пленка глиагин для применения при паренхиматозных кровотечениях <i>Саидханов Б.А., Туракулов А.Б., Далимов Д.Н., Матчанов О.Д.</i>	95
Хирургическое лечение дуоденальной дистрофии <i>Кригер А.Г., Берелавичус С.В., Калдаров А.Р., Горин Д.С., Смирнов А.В.</i>	87	Жигар эхинококкэктомия операциясидан кейинги плеврал асоратларни диагностикаси ва даволаш <i>Сапаев Д.Ш., Курьязов Б.Н., Якубов Ф.Р.</i>	96
Применение фторурацила для профилактики послеоперационного панкреатита при ЭРПХГ и ЭПСТ <i>Кузиев В.В., Отабоев И.Х., Хасанов Б.Т., Махмудов Н.И.</i>	88	Особенности оказания хирургической помощи и интенсивной терапии при политравме в специализированном центре экстренной медицинской помощи <i>Туляганов Д.Б., Тожибоев М.П., Юлдашев М.Х., Ахмедов Х.Э., Гофуров А.Н., Холмирзаев Б.Ф., Алимов А.К.</i>	97
Частота и клинико-эхографические особенности проявления поражения печени у лиц с хроническим алкоголизмом <i>Мадаминова Н.Э., Ибрагимова З.А.</i>	88	Эффективность видеолапароскопии в диагностике и лечении закрытых травм паренхиматозных органов брюшной полости у детей <i>Улугмуратов А.А., Мирзаев З.Х., Нормуродов Д.К., Исламов А.Р.</i>	98
Хирургическое лечение изолированных травм двенадцатиперстной кишки у детей <i>Маматов С.О., Улугмуратов А.А., Мардиев П.А., Юсупов А.С.</i>	89	Повреждение поджелудочной железы у детей <i>Улугмуратов А.А., Маматов С.О., Исламов А.Р., Нормуродов Д.К.</i>	98
Осложнения и хирургическая тактика при лапароскопической холецистэктомии <i>Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Нишанов М.Ш., Сайдазимов Е.М.</i>	90	Профилактика осложнений после проведения эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии и эндоскопической папиллотомии <i>Умаров О.М., Мирзакаримов А.А., Махмудов Н.И.</i>	99
Ограничения портокавального сброса при формировании портосистемного шунта у больных циррозом печени <i>Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Раимов С.А., Султанов Л.Л., Мардонов Л.Л., Байбеков Р.Р.</i>	90	Состояние печеночной функции при электротермических поражениях <i>Фаязов А.Д., Камиллов У.Р., Туляганов Д.Б., Ажиниязов Р.С.</i>	100
Сравнительный анализ методик разобщения гастроэзофагеального коллектора у пациентов с кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода и желудка <i>Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Салимов У.Р., Байбеков Р.Р., Хакимов Д.М., Файзуллаев О.А.</i>	91	Повреждения печени при сочетанной кататравме <i>Хаджибаев А.М., Султанов П.К.</i>	100
Хирургия поджелудочной железы у детей <i>Разумовский А.Ю., Алхасов А.Б., Митупов З.Б., Чумакова Г.Ю.</i>	92	Реконструктивно-восстановительные операции при ятрогении внепеченочных желчных протоков <i>Хаджибаев А.М., Хаджибаев Ф.А., Тилемисов С.О.</i>	101
Результаты лечения больных пожилого и старческого возраста с сочетанием острого калькулезного холецистита с язвенными кровотечениями <i>Рахимов Р.И.</i>	92	Способ формирования билиобилиарных и билиодигестивных анастомозов с применением металлического кольца каркаса <i>Хаджибаев А.М., Алтиев Б.К., Хаджибаев Ф.А., Тилемисов С.О.</i>	102
Травма поджелудочной железы и посттравматический панкреатит <i>Рузиев П.Н., Карабаев Х.К., Холмирзаев О.М., Шоназаров И.Ш., Турсунов О.А., Кулиев Й.У., Авазов А.А.</i>	93	Связь функциональных расстройств желчного пузыря и сфинктера Одди при хроническом эмоциональном дистрессе у детей старшего школьного возраста <i>Хакимов Д.П., Ахматалиева М., Голубина И.В.</i>	103
Диагностика и лечение травматических повреждений паренхиматозных органов брюшной полости у детей <i>Сайдалиев С.С., Норматов У.Э., Махмудов Н.И.</i>	94	Роль чрескожного чреспеченочного пункционно-дренажного метода в лечении эхинококкоза печени <i>Хакимов М.Ш., Рахманов С.У., Хасанов В.Р., Джафаров С.М., Ашууров Ш.Э.</i>	103

Хирургическая тактика при травмах поджелудочной железы <i>Хакимов М.Ш., Маткулиев У.И., Каримов М.Р., Холматов Ш.Т., Имамов А.А.</i> 104	Возможности применения гексафторида серы при интраоперационном ультразвуковом исследовании поджелудочной железы <i>Аскерова Н.Н., Степанова Ю.А., Жаворонкова О.И., Кармазановский Г.Г.</i> 113
Диагностика и хирургическое лечение поврежденных печени при травмах живота <i>Холматов К.К., Райимов Г.Н., Набижонов О.Г.</i> 105	Использование эндоскопических методов лечения острого холецистита и его осложнений <i>Бурибаев Д.Г., Хакимов Д.М., Хамдамов Х.Х., Касимов Н.А., Мамадиев А.М., Карабоев Б.Б.</i> 113
Травма печени у детей: совершенствование лечебной тактики <i>Цап Н.А., Огарков И.П., Чукреев А.В.</i> 105	Различные варианты комбинации радиочастотной термоабляции совместно с химической абляцией при лечении злокачественных образований печени различной этиологии <i>Гаврилов Я.Я., Жаворонкова О.И., Ионкин Д.А., Вишнеvский В.А.</i> 114
Хирургическое лечение «свежих» поврежденных магистральных желчных протоков <i>Чевокин А.Ю., Гальперин Э.И.</i> 106	Минимально инвазивное лечение осложнений псевдокист поджелудочной железы <i>Гольцов В.Р., Демко А.Е., Кулагин В.И., Курочкин Д.М., Батиц Е.В.</i> 115
Осложнения лапароскопической холецистэктомии <i>Шамирзаев Б.Н., Расулов У.А., Саттаров А.Э., Абдулахатов Б.Ш.</i> 107	A novel mutation in multiple endocrine neoplasia-type 1 <i>Deniz Güney Duman, Ali Çetin, Yasemin Tütüncü, Pınar Ata</i> 115
Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите <i>Шамирзаев Б.Н., Расулов У.А., Фазилев Н.Х., Абдулахатов Б.Ш., Сиддиков Т.А.</i> 108	Сравнение кривых обучения при роботической и лапароскопической резекции печени <i>Ефанов М.Г., Алиханов Р.Б., Казаков И.В., Ким П.П., Ванькович А.Н., Грендаль К.Д., Вишнеvский В.А.</i> 116
Хирургическая тактика при повреждениях двенадцатиперстной кишки <i>Элмуродов К.С., Жуманов Ш.К.</i> 108	The role of endoscopic ultrasound in patients with idiopathic common bile duct dilatation <i>Yeşim Özen Alahdab, Cem Kalaycı, Deniz Güney Duman</i> 116
Диагностика и хирургическая тактика при травматических повреждениях селезенки <i>Юлдашев А.А., Расулов А.Ф., Ортиков А.Б.</i> 109	Endoscopic ultrasonography in the diagnosis and management of the solid/cystic lesions of pancreas <i>Yeşim Özen Alahdab, Rahmi Aslan, Deniz Güney Duman</i> 117
Патогенетические аспекты клинического течения травмы поджелудочной железы у детей <i>Юлдашев А.А., Норматов У.Э., Сайдалиев С.С.</i> 109	Эндоскопическая папилэктомия как метод лечения аденом большого дуоденального сосочка <i>Клюева К.А., Недолужко И.Ю., Курушкина Н.А., Шишин К.В.</i> 117
Роль диагностической лапароскопии при закрытых повреждениях двенадцатиперстной кишки (Случай из практики) <i>Юнусов Р.С., Темиров Р.И., Саидметов Ш.М., Ходжаев Х.Б., Ишонходжаев Я.Н., Абдуллаев У.У., Джаббаров Б.А.</i> 110	Возможности робот-ассистированной технологии при операциях на поджелудочной железе <i>Кригер А.Г., Берелавичус С.В., Калдаров А.Р., Горин Д.С., Смирнов А.В.</i> 118
Роль и место доплерографических исследований в диагностике хронических вирусных гепатитов у детей <i>Юсупалиева Г.А., Иноятлова Ф.И.</i> 111	Наш опыт хирургического лечения острого калькулезного холецистита с применением малоинвазивных методов <i>Маликов Ю.Р., Сафаров Н.Н., Азимов А.А., Утаев Л.Х.</i> 119
IV. НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ТРАВМ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ	Қизилўнғач варикоз веналаридан қон кетишида эндоскопик муолажалар <i>Мирзакаримов А.А., Махмудов Н.И., Акбаров Ф.С.</i> 120
Роль высокотехнологичных эндовизуальных методов в диагностике и лечении фасциолеза печени, осложненного механической желтухой и холангитом <i>Анваров Х.Э., Хаджибаев Ф.А., Хашимов М.А., Ешмуратов А.Б., Тилемисов С.О.</i> 112	Диагностика и хирургическое лечение синдрома Мириizzi <i>Сапаев Д.А., Атаджанов Ш.К., Бекчанов Х.Н., Кучкаров О.О., Садуллаев У.О.</i> 120
Современные технологии в лечении механической желтухи доброкачественной этиологии <i>Арипова У.У., Исроилов Б.Н., Абдурахмонов А.Ш., Абдурахмонов Ш.Ш., Халилов К.Х.</i> 112	Эффективность эндоскопических вмешательств в профилактике кровотечений портального генеза <i>Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Джуманиязов Д.А., Салимов У.Р., Хакимов Д.М., Файзуллаев О.А.</i> 121

Одноэтапные гибридные вмешательства при осложненных формах ЖКБ <i>Осипов А.В.</i> 122	Эндоваскулярное лечение больных с осложнениями портальной гипертензии <i>Шиповский В.Н., Цициашвили М.Ш., Джуракулов Ш.Р.</i> 131
Сравнительный анализ операционного стресса после лапароскопических и открытых резекций печени <i>Панченков Д.Н., Александян Г.Б., Ахматова Н.К., Ефанов М.Г., Алиханов Р.Б., Иванов Ю.В., Астахов Д.А.</i> 122	Симультанные операции при лапароскопической холецистэктомии в urgentной хирургии <i>Юнусов Р.С., Исхаков Б.Р., Алижанов А.А., Исхаков Н.Б., Долимов Л.М.</i> 132
Лазерные технологии в лапароскопической хирургии печени <i>Панченков Д.Н., Баранов А.В., Иванов Ю.В., Гульмурадова Н.Т., Дербенев Л.А., Соловьев Н.А.</i> 123	Тактика лапароскопической холецистэктомии при сопутствующем циррозе печени <i>Яриев А.Р., Исонтурдиев У.И., Кунишев Ш.У., Алманов И.П.</i> 132
Сочетанные эндобилиарные вмешательства по методике «рандеву» <i>Пятакова А.В., Недолужко И.Ю., Кулезнева Ю.В., Мелехина О.В., Курушкина Н.А., Шишин К.В.</i> 124	V. ОТДЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
Опыт эндоваскулярной окклюзии врожденных портосистемных шунтов у детей <i>Разумовский А.Ю., Феоктистова Е.В., Галибин И.Е., Смолянкин А.А., Подвойская И.В., Титова Е.А.</i> 124	Опыт лапароскопической деторсии при перекруте кист яичников <i>Абдикулов Б.С., Касимова Д.М.</i> 134
Особенности холецистэктомии из единого лапароскопического доступа <i>Самарцев В.А., Гаврилов В.А., Попова М.В.</i> 125	Тромбоцитопатии: особенности свёртывающей системы <i>Абдулахатов Б.Ш. Рахимкулов З.Х., Саттаров А.Э., Агзамов Н.Н.</i> 134
Эндоскопические методы лечения больных острым билиарным панкреатитом <i>Ходжиматов Г.М., Хакимов Д.М., Мамадиев А.М., Карабоев Б.Б., Касимов Н.А., Пахмурин И.Р.</i> 126	Первый опыт хирургического лечения аневризм аорты <i>Абдурахманов А.А., Обейд М.А., Машрапов О.А., Рахимов Н.М., Ганиев У.Ш., Полвонов А.А.</i> 135
Малоинвазивные технологии при лечении пациентов с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной зоны в условиях многопрофильного стационара скорой помощи <i>Святненко А.В., Мартынова Г.В., Осипов А.В., Косачев В.А., Унгуриян В.М., Демко А.Е., Суоров Д.А.</i> 126	Диссекция аорты типа А по Стенфорду, осложнившая плановое аорто-коронарное шунтирование: случай из практики <i>Абдурахманов А.А., Обейд М.А.</i> 135
Лучевая диагностика метастатического поражения селезёнки <i>Степанова Ю.А., Ионкин Д.А., Кармазановский Г.Г., Алимурзаева М.З., Калинин Д.В.</i> 127	Применение эхографии в дифференциальной диагностике острого аппендицита у детей <i>Абзалова М.Я., Юсупалиева Г.А., Хошимов Т.Р., Бабаханова Т.Г.</i> 135
Криоабляция под УЗ-контролем у пациентов с распространённым альвеококкозом печени <i>Степанова Ю.А., Ашивкина О.И., Ионкин Д.А.</i> 128	Наш опыт хирургического лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки <i>Азимов А.А., Маликов Ю.Р., Маматов К.С., Давронов А.У.</i> 136
Минилапаратомный доступ в лечении деструктивных форм холециститов у пациентов пожилого и старческого возраста <i>Ходжибоев А.М., Арзикулов Т.С., Давлетов Б.Т., Юлдашев Э.Р., Яхшибоев Э.Э.</i> 129	Современный подход к интенсивной терапии алкогольных гепатитов <i>Акалаев Р.Н., Хожиев Х.Ш., Стопницкий А.А.</i> 136
Диагностические возможности лапароскопии при экстренной хирургии органов брюшной полости <i>Хайитов А.А., Янгиев Б.А., Буриев А.А.</i> 129	Влияние токсического поражения печени на центральную и вегетативную нервную систему у больных с алкогольной интоксикацией <i>Акалаев Р.Н., Хожиев Х.Ш., Стопницкий А.А.</i> 137
Повторные эндоваскулярные вмешательства после TIPS <i>Шиповский В.Н., Цициашвили М.Ш., Джуракулов Ш.Р.</i> 130	Методы импедансной кардиографии при оценке состояния гемодинамики после кардиохирургических операций у детей <i>Алимов А.А., Шарипов А.М., Шаикрамов Ш.Ш.</i> 138
Карбоксиграфия – возможности нового метода визуализации <i>Шиповский В.Н., Цициашвили М.Ш., Джуракулов Ш.Р.</i> 131	Патоморфологические изменения слизистой оболочки желудка при бронхиальной астме <i>Аралов Н.Р., Исмоилов Ж.А., Иргашева У.З.</i> 138

Нозокомиальная пневмония у пациентов после операций на печени и желчных путей <i>Атажанова Н.М.</i> 139	Билиарная непроходимость тонкого кишечника <i>Зохидова С.Х., Карабаев Х.К., Рузиев П.Н., Тагаев К.Р., Шоназаров И.Ш.</i> 149
Распространенность метаболического синдрома среди населения города Бухары <i>Ахмедов Л.А., Пулатова Ш.Х., Тоиров И.Р., Сафаров Н.Ш., Алиев Ж.С.</i> 140	Актуальность диагностики талассемии у юношей (16 лет) в предпризывном возрасте <i>Иноятлов Х.П., Арипджанова Д.М.</i> 150
Чрескожные коронарные вмешательства у пациентов старческого возраста с инфарктом миокарда с подъемом сегмента st <i>Ахмедов Л.А., Пулатова Ш.Х.</i> 141	Опыт малоинвазивного лечения осложненных форм ретенционных и эндометриоидных кист яичников <i>Касымова Д.М., Абдикулов Б.С.</i> 151
Хирургическая тактика при осложнениях дивертикулеза толстой кишки <i>Ахмедов М.А., Наврузов Б.С., Мирзахмедов М.М., Рустамов А.Э.</i> 141	Повреждения желудочно-кишечного тракта прижигающими веществами: лабораторная диагностика <i>Касымова М.Н., Максудова Г.</i> 151
Лечебная эндоскопия при инородных телах пищеварительного тракта <i>Ахраров А.П., Искандаров Н.А., Мирзакаримов А.А.</i> 142	Цирроз печени и летальность от его осложнений по данным аутопсий <i>Конычев Д.В., Рахимов В.Б., Евстратьев Д.В.</i> 152
Интенсивная терапия отека и набухания головного мозга при тяжелой черепно-мозговой травме <i>Баратов Б.И., Сабиров Д.Р., Абдулахатов Б.Ш., Салаев А.Б.</i> 142	Сравнительные показатели крови у больных циррозом печени В и С вирусной этиологии <i>Мадрахимов А.Л., Жалилов Ж.Ж.</i> 153
Оптимизация лечебно-эвакуационных мероприятий при тяжелой черепно-мозговой травме <i>Баратов Б.И., Расулов У.А., Сабиров Д.Р., Абдулахатов Б.Ш., Камалов К.У., Саттаров А.Э.</i> 143	Наш первый опыт лапароскопического ушивания перфоративных дуоденальных язв <i>Маликов Ю.Р., Хотамов И.Э., Хамдамов О.К.</i> 154
Эрозивно-язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки у обожженных <i>Даминов Ф.А., Карабаев Х.К., Тагаев К.Р., Хакимов Э.А., Некбаев Х., Карабаев Ж.Ш.</i> 144	Гемостазиологические аспекты некоторых геморрагических диатезов <i>Маткаримова Д.С., Абдулахатов Б.Ш., Фазилов Н.Х., Сабиров Д.Р., Агзамов Н.Н.</i> 154
Иммунный статус брюшной полости в условиях перитонеального сепсиса и методы его лимфатической коррекции <i>Джумабаев Э.С., Асранов Ш.Я., Джалалов А.С.</i> 145	Эндоскопические методы гемостаза при гастродуоденальных кровотечениях <i>Маткулиев У.И., Асраров А.А., Нормухамедов С.Г., Ашуров Ш.Э.</i> 155
Ушиб сердца как компонент политравмы <i>Жумаев Ф.Ф., Хамраев Т.О., Жураев И.Б.</i> 146	Трудности диагностики и тактики лечения при отравлении клещевойной у детей (случай из практики) <i>Махмудов А.Ф., Эминов Б.Ж., Юсупова Д.М.</i> 155
Лапароскопическая аппендэктомия у беременных <i>Жуманазаров А.У., Маткулиев У.И.</i> 147	Преимущества использования модифицированного вида плазмафереза <i>Махмудов К.О., Азимова М.Т., Саидханов Б.А., Сагиров М.А., Халикулов Х.Г.</i> 156
Наш опыт выполнения неотложных лапароскопических операций <i>Жуманазаров А.У. Маткулиев У.И.</i> 147	Гистохимическая диагностика различных форм болезни Гиршпрунга у взрослых <i>Наврузов С.Н., Мирзахмедов М.М.</i> 157
Актуальные вопросы и организация службы скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе экстренной медицины в Приаральском регионе <i>Зияев Ю.Н., Мадреймов А.К.</i> 147	Surgical treatment Hirshsprun's disease in adults <i>Navruzov S.N., Mirzakhmedov M.M.</i> 158
Актуальные вопросы и влияние неблагоприятных экологических факторов на артериальную гипертонию, мозговые инсульты и смертность в службе скорой помощи приаральского региона <i>Зияев Ю.Н., Мадреймов А.К.</i> 148	Выполнение реконструктивных и восстановительных операций при тонко- и толстокишечных свищах <i>Наврузов С.Н., Ахмедов М.А., Мирзахмедов М.М., Курбанов О.А., Рустамов А.Э.</i> 159
	К вопросу дифференцированной хирургической тактики при полипах и полипозах толстой кишки <i>Наврузов С.Н., Сапаев Д.А., Маматкулов Ш.М., Наврузов Б.С., Мирзахмедов М.М.</i> 160
	Состояние здоровья и течение родов у матерей новорожденных с крупной массой тела <i>Нуритдинова Г.Т., Инакова Б.Б., Хакимов Ш.К.</i> 161

Результаты аорто-коронарного шунтирования: трехлетний опыт <i>Обейд М.А., Абдурахманов А.А., Машрапов О.А., Рахимов Н.М.</i> 161	Организации экстренной медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортной травме на догоспитальном этапе <i>Тияяков А.Б., Хамзаев К.А., Абдуллаев К.Г.</i> 172
Клинический случай сочетания аутоиммунной гемолитической анемии с фасциолёзом желчных ходов <i>Ортикова Д.Д., Кадыров М., Мемджанова А.</i> 162	Аспекты экстренной медицинской помощи детям при чрезвычайных ситуациях <i>Тияяков А.Б., Исмаилова Ш.Т., Маматкулов Б.Б.</i> 172
Результаты лапароскопической пластики послеоперационных вентральных грыж с применением наноструктурных полимерных эндопротезов. Возможности импортозамещения, клиническая и экономическая эффективность <i>Панченков Д.Н., Иванов Ю.В., Матвеев Н.Л., Кудрявцев П.В., Степанова Ю.А., Соловьев Н.А., Злобин А.И., Зиновский М.В.</i> 163	Сравнительная оценка различных стратегий лечения повторного инфаркта миокарда <i>Тохиров Ж.Я., Ахмедов Л.А., Пулатова Ш.Х., Хасанова Н.Н., Алиев С.Н.</i> 173
Состояние желчевыводящих путей при осложнениях язвенной болезни двенадцатиперстной кишки <i>Расулов А.Ф., Сирожиддинов У.К., Самсаков Ф.Т., Соткинов Г.А.</i> 163	Особенности профилактики тромбоземболического синдрома в отделениях экстренной хирургии <i>Туляганов Д.Б., Тожибоев М.П., Юлдашев М.Х., Ахмедов Х.Э., Даминов Б.Н., Гофуров А.Н., Нахалбаев Р.Т., Холмирзаев Б.Ф.</i> 174
Осложнения вальвуломиии при бедренно-подколенном аутовенозном шунтировании по методу <i>in situ</i> <i>Расулов У.А., Аметов Г.Ж., Ганиева Ш.Б., Каршиев Б.Х.</i> 164	Профилактика тромбоземболического синдрома у больных с варикотромбофлебитом нижних конечностей <i>Туляганов Д.Б., Тожибоев М.П., Юлдашев М.Х., Ахмедов Х.Э., Даминов Б.Н., Нахалбаев Р.Т., Алимов А.К.</i> 175
Проблемы дифференциальной диагностики облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей <i>Расулов У.А., Абдугофуров З.У.</i> 165	Микробиологическое исследование экссудата при перитоните <i>Турсунова М.У., Мемджанова А.Н., Махмудов Н.И.</i> 175
Сравнительная характеристика оптимальных гидродинамических параметров кровотока при бедренно-подколенном шунтировании методом реверсии и <i>in situ</i> <i>Расулов У.А., Абдугофуров З.У.</i> 166	Эндоскопия оперированного желудка <i>Тухтасинов М.А., Ахмедов К.Р., Жаханов Д.Ж., Холматов Х.Р.</i> 176
Гастродуоденал яралар қон кетиш билан асоратланганда эндоскопик даво самардорлиги <i>Рахмонов М., Жураев У., Мамадалиев У.</i> 166	Комплекс стандартных мероприятий пострадавшим с тяжёлыми сочетанными повреждениями <i>Умаров О.М., Дехканов К.М.</i> 177
Вопросы совершенствования организации первой медицинской помощи в военных подразделениях <i>Сабиров Д.Р., Нуруллаев А.Ж., Абдулахатов Б.Ш.</i> 167	Свободное перекисное окисление липидов при острой форме калькулезного пиелонефрита и его коррекция <i>Утегенов Н.У., Сабиров Р.Р., Реймбергенова С.Т., Сабирова А.Т., Нурмахова М.М.</i> 178
Опыт применения антисептика декасана при гнойных перитонитах <i>Саттаров А.Э., Жаханбаев С.С., Болиев З.А., Баратов Б.И., Сайфуллаев Н.И., Алламуратов А.Р.</i> 168	Особенности неотложной хирургической помощи пострадавшим с электроожогами <i>Фаязов А.Д., Ажиниязов Р.С., Туляганов Д.Б., Камилов У.Р., Вerveкина Т.А.</i> 179
Причины рецидива дуоденальной язвы, ранее осложненной прободением или кровотечением <i>Собиров Н.А., Абдурахмонов Ш.Ш., Ахмадалиев А.Р.</i> 169	Лечебно-диагностическая тактика при ятрогенных травмах внепеченочных желчных путей и наружных желчных свищах <i>Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Саатов Р.Р., Туракулов У.Н., Закиров К.Н.</i> 180
Қўшма жарохатларда ёғ эмболияси синдроми билан асоратланишини олдини олиш ва даволаш усуллари <i>Таджибаев А.Т., Тожибоев Б.А.</i> 170	Современные методы детоксикации при ожоговой болезни <i>Фаязов А.Д., Камилов У.Р., Ибрагимов Д.Ф.</i> 181
Изучение причин суицидальных попыток и психических изменений у больных с острыми отравлениями уксусной кислотой <i>Стопницкий А.А., Ташпулатова Н.М., Акалаева А.А., Хожиев Х.Ш., Ишбаев Н.А., Шоабсаров А.А.</i> 171	Диагностика и коррекция гепатопатии у больных с ожоговым сепсисом <i>Хакимов Э.А., Карабаев Х.К., Тагаев К.Р., Кенжемуратова К.С., Самиев Х.Ж.</i> 181

Оптимизация тактики лечения осложненных форм дивертикулеза толстой кишки в urgentной хирургии <i>Халилов А.С., Мирсидиков М.А.</i>	182
Применение адреналина небулайзером при ларингите у детей на этапе оказания скорой медицинской помощи <i>Хамзаев К.А., Кариева Ш.А., Абдуллаев К.Г.</i>	183
Оказание скорой медицинской помощи при бронхообструктивном синдроме у детей на догоспитальном этапе <i>Хамзаев К.А., Шарипов А.М., Кариева Ш.А.</i>	184
Гомолатеральная перевязка восходящего отдела маточной артерии в профилактике массивной кровопотери при проведении миомэктомии у беременных <i>Хусанходжаева М.Т.</i>	185
Органосохраняющие хирургические вмешательства во время беременности <i>Хусанходжаева М.Т.</i>	185
Оёқ жароҳатлари шошиличқ амалиётида орақ мия анестезияни қўлланилиши <i>Элмурадов М., Абдуллаев А., Нуруллаев Н., Жумаев Н.</i>	186
Тактика лечения ятрогенных повреждений магистральных сосудов при операциях на органах брюшной полости и забрюшинного пространства <i>Юлдашев А.А., Хомиджонов И.Б., Усманов Б.С.</i>	187
Выбор тактики лечения при гнойном оментобурсите <i>Юнусов Р.С., Эрметов А.Т., Мамадумаров Т.С., Бозорбоев У.Р., Курбонбоев Б.Н., Аълоханов А.А.</i>	187
Информативность эхографических исследований в диагностике воспалительных заболеваний легких и плевры у детей <i>Юсупалиева Г.А., Усманова Г.М., Абзалова Ш.Р.</i>	188

VI. КОНКУРС МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ

Опыт применения иммуноглобулина человеческого у больных с гнойно-септическими осложнениями <i>Аблаева Э.А.</i>	190
The role of serum gfap as a predictor of postoperative cognitive dysfunction following major surgery <i>Valihanov A.A.</i>	191
Морфометрия в оценке интенсивной терапии при острых заболеваниях гепатопанкреатодуоденальной зоны <i>Ибрагимов С.Х.</i>	191
Морфологические особенности при врожденной кистозной трансформации гепатикохоледоха <i>Кочетов В.Е.</i>	192
Симультанные вмешательства на коронарных и каротидных артериях: первый опыт <i>Маширапов О.А.</i>	193
Экспериментальное применение эмбриональных гепатоцитов при лечении острой печеночной недостаточности <i>Мирзакулов А.Г.</i>	193
Острый респираторный-дистресс-синдром как осложнение панкреонекроза <i>Ростальная А.Л.</i>	194
Эффективность использования эндовидеохирургического метода лечения при перфорации пилородуоденальных язв <i>Рузибоев Ш.Ж.</i>	195
Mirizzi's syndrome: new views in emergency surgery. <i>Ruzimurodov N.F.</i>	196
Двусторонняя футлярная блокада нервов прямой мышцы живота как компонент сочетанной анестезии при панкреонекрозе <i>Фокин И.В.</i>	196



Вакуумный отсос MQ200



Вакуумный отсос MQ310
с установленным аккумулятором



MQ07205



MQ07215



MQ07225



Реанимационный мешок амбу
в комп. с маской



Измеритель арт. давления MQ330 в
комплекте со стетоскопом



Небулайзер для интенсивного
использования в мед. учреждениях
MQ5005