

**Ўзбекистон Республикаси Соғликни сақлаш вазирлиги
Министерство здравоохранения Республики Узбекистан**

Ўзбекистон хиургияси

Илмий-амалий журнал

1999 йилда ташкил этилган

Хиургия Узбекистана

Научно-практический журнал

Основан в 1999 году

***Главный редактор*
Ф.Г. НАЗЫРОВ**

Редакционная коллегия:

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

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

2017, №3 (75)

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

Web-сайт: www.rscs.uz

E-mail: hirurgiya_uz@mail.ru

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

ISSN 2181-7359

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

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

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

Подписано в печать 16.11.2017г.
Отпечатано в ООО «MACRO PRINT»
г. Ташкент, туп. Салар - 2.
Заказ №181 от 20.11.2016г.
Тираж: 285 экз.
Формат 84 x 60 1/8
Объем 28,5 печ.л.

Ответственность за достоверность
информации, содержащейся в рекламных
материалах, несут рекламодатели

МАТЕРИАЛЫ
XXII РЕСПУБЛИКАНСКОЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ
КОНФЕРЕНЦИИ
«ВАҲИДОВСКИЕ ЧТЕНИЯ – 2017»
“НОВОЕ В ХИРУРГИИ”

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

ГЕНЕРАЛЬНЫЕ СПОНСОРЫ:

ABBOTT

KARL STORZ

СПОНСОРЫ:

BERLIN-CHEMIE MENARINI

ЮРИЯ-ФАРМ

SERENE PHARMA

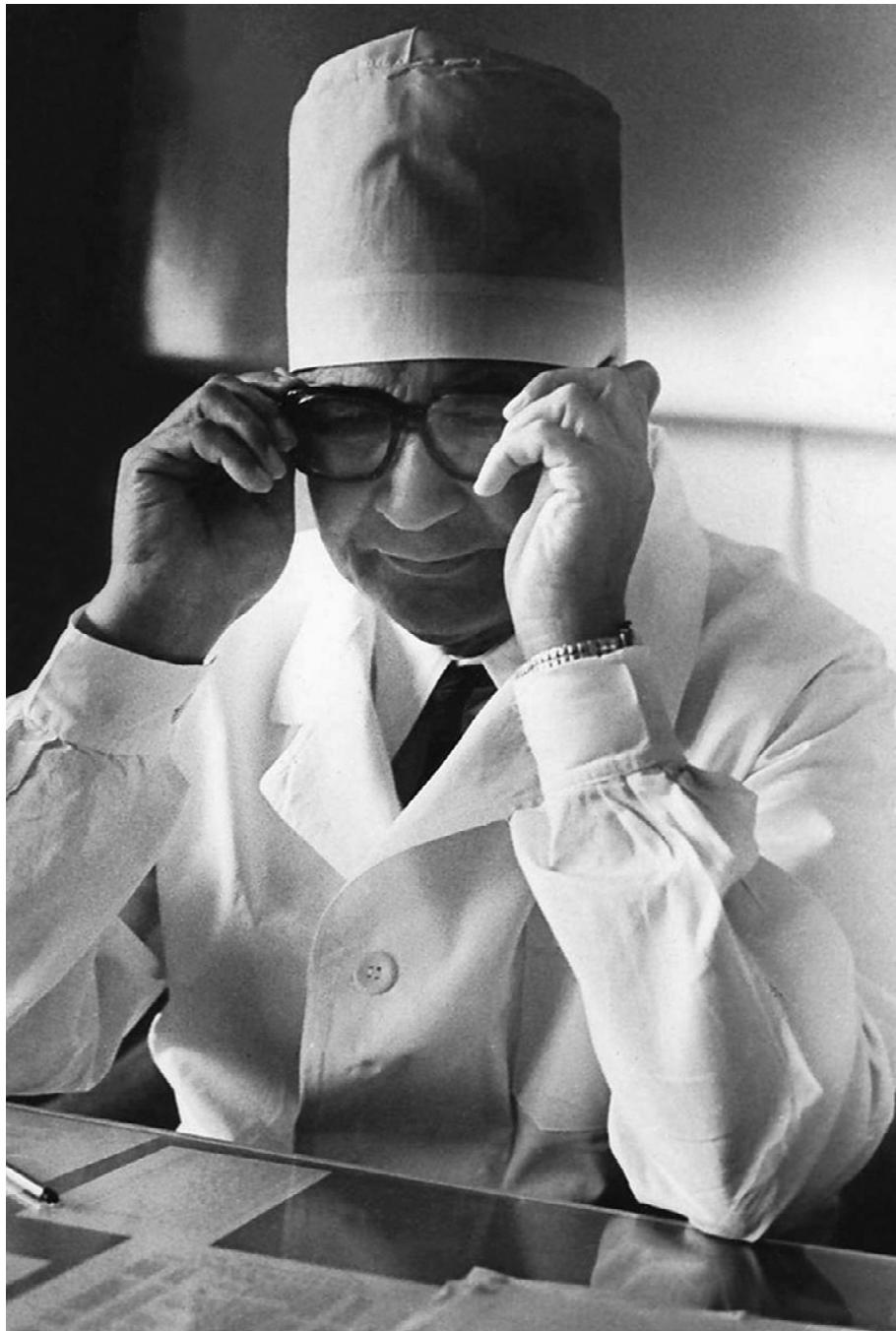
AGM

KDM

WORLD MEDICINE

SANITA PHARMA

**Академик Васит Вахидович Вахидов
(к 100-летию со дня рождения)**



"ДЕЛО ВСЕЙ ЖИЗНИ"

Академик Васит Вахидович Вахидов - доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки Узбекистана, один из основоположников хирургической школы в республике и пионер развития специализированной хирургии, организатор первого в республике научно-исследовательского учреждения хирургического профиля многоцелевого назначения.

Васит Вахидович Вахидов родился 13 декабря 1917 года в городе Туркестан Южно-Казахстанской области. В 1934 году поступил на лечебный факультет Среднеазиатского государственного университета, который в 1935 году был преобразован в Ташкентский государственный медицинский институт.

После окончания института в 1939 году он был призван на военную службу и направлен в г. Нарын (Кыргызстан), где работал врачом медицинского пункта 18 отдельной пограничной комендатуры. В 1942 году ему присвоено звание капитана медицинской службы. После демобилизации в 1946 году работал врачом-хирургом, а затем прошел клиническую ординатуру при кафедре общей хирургии Ташкентского государственного медицинского института.

В 1949 году Васит Вахидович защитил кандидатскую диссертацию на тему: "Функция поджелудочной железы при гнойных заболеваниях".

С сентября 1951 года он - доцент кафедры общей хирургии лечебного факультета. В 1962 году Васит Вахидович защитил докторскую диссертацию "Плевральные сращения, значение их сосудов в легочном крово обращении", и с 4 ноября 1963 года былтвержден в должности заведующего кафедрой общей хирургии лечебного факультета Ташкентского государственного медицинского института.

В конце 50 годов началось становление легочной и сердечно-сосудистой хирургии в Узбекистане. Впервые в республике лобэктомию и пульмонаэктомию при гнойных заболеваниях выполнил В.В. Вахидов (1954). Инициаторами разработки хирургических вопросов клинической пульмонологии были сотрудники кафедры общей хирургии. В эти годы В.В. Вахидов при кафедре общей хирургии открывает специализированное отделение грудной хирургии, которое сразу становится известным на весь Ташкент как "грудное отделение" или отделение Вахидова.

"Грудное отделение" было детищем профессора Вахидова, который будучи пионером почти во всех разделах специализированной хирургической помощи, специально создал названное отделение. Здесь делались первые шаги, выполнялись самые передовые, первые операции на пищеводе, легких и сердце; изучались аспекты клиники, диагностики и лечения гнойных заболеваний легких.

В эти годы развитие хирургии все больше идет по пути узкой специализации. Выделяются направления, создаются проблемные комиссии по различным разделам хирургии, определяются новые специальности.

В это время в Москве, Киеве, Новосибирске и

других крупных городах открываются научно-исследовательские институты хирургического профиля. Особенно бурно развивается сердечная хирургия, были освоены операции на открытом сердце в условиях умеренной гипотермии и полного искусственного кровообращения.

С середины 60 годов Васит Вахидович в числе первых видных хирургов Советского Союза осваивает и внедряет в клиническую практику эндотрахеальный наркоз, который становился методом выбора общего обезболивания при операциях на органах грудной клетки и применялся только в ведущих клиниках Москвы и Ленинграда.

В эти годы небольшой коллектив "грудного отделения" под его руководством в плотную начал заниматься диагностикой и хирургическим лечением патологии легких и, самое главное - наиболее распространенных врожденных и приобретенных пороков сердца. И именно в "грудном отделении" профессором Вахидовым впервые в Средней Азии были выполнены такие операции на сердце, как митральная комиссуротомия; перевязка открытого артериального протока; межarterиальные анастомозы у синих больных тетрадой Фалло; имплантация водителя ритма при полной атрио-вентрикулярной блокаде. Это были звездные годы для коллектива грудного отделения, перечисленные операции выполнялись только в центральных клиниках Советского Союза. В этот период в "грудном отделении" хирургическое лечение многих пороков сердца по закрытой методике ставится "на поток" с хорошими непосредственными и отдаленными результатами.

Именно в эти годы Васитом Вахидовичем овладевает заветная мечта - построить клинику грудной хирургии по специальному проекту, где можно было бы развернуть не только специализированные отделения торакальной хирургии, хирургии сердца, хирургии сосудов, но и диагностические отделения и лаборатории, фундаментальные исследования которых будут направлены на решение проблем хирургии.

Для себя он создал образ самой современной клиники, вобравшей в себя передовые хирургические идеи того времени. Васит Вахидович становится "архитектором" и "проектантом". Он ежедневно, как на работу, ходит в проектный институт Узгипрогор, где разрабатывается проект "Клиники грудной хирургии". Впоследствии этот проект был представлен на соискание одной из престижных премий Узбекистана, и в авторском коллективе наряду с проектантами-архитекторами была семья профессора В.В. Вахидова.

В проекте было много новых решений, до сих пор не применяемых в проектировании лечебных учреждений. Автором многих из них был Васит Вахидович. Это касалось, в первую очередь, операционного блока, клинических отделений. Много внимания уделялось и специальному проектированию помещений для рентгенорадиологического оборудования. В цокольном этаже здания были спро-

ектирован экспериментальный отдел с тремя операционными, которые по оснащению практически не отличались от операционных для больных.

Конечно, строительство продолжалось несколько лет, но Васит Вахидович уже тогда думал о том, кто будет работать в отделениях и лабораториях клиники. В последние годы строительства он добился, чтобы хирурги, работавшие под его руководством, были направлены в крупные хирургические центры страны и прошли там подготовку. Он лично отбирал выпускников, талантливую молодежь и направлял их в Москву, Ленинград, Киев на годичную или двухгодичную подготовку. Это были хирурги, анестезиологи, реаниматоры. Не забывал он и про подготовку врачей функциональной диагностики, рентгенологов, радиологов, биохимиков различного профиля.

К этому времени руководители отделений института, в основном его ближайшие ученики (И.А. Рябухин, Л.Б. Хачиев, Т.М. Кариев, Н.Т. Адамов, Г.Н. Гиммельфарб, Д.С. Гулямов, Б.Л. Гамбарин, А.К. Касымов) приступили к организации будущих отделов.

Формировалась научная школа под руководством профессора В.Вахидова по всем разделам хирургии.

В отделении желудочно-кишечной хирургии (Л.Г. Хачиев, Ю.И. Калиш) началась разработка способов хирургии в лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, реконструктивные операции при заболевании оперированного желудка.

В отделение хирургии печени и желчных путей (И.А. Рябухин, П.М. Хамидов) успешно разрабатывались сложные способы хирургических вмешательств при этой патологии. Впоследствии было сформировано отделение портальной гипертензии и панкреатодуodenальной зоны (Ф.Г. Назыров и его многочисленные ученики).

В хирургии сердца (профессор Д.С. Гулямов) успешно разрабатывали операции при врожденных и приобретенных пороках сердца.

Отделение сосудистой хирургии (Б.Л. Гамбарин) прочно заняло одно из ведущих мест.

Отделение торакальной хирургии (Т.М. Кариев) было единственным в республике, где выполняли различные по сложности операции на легких и органах средостения.

Под неустанным руководством профессора В.В. Вахидова формировались такие отделы, как научно-лабораторный (И.В. Овчинников); рентгенологии (Н.Т. Адамов); функциональной диагностики (М.Т. Туленов); патологической анатомии и экспериментальной хирургии (А.Х. Касымов).

Таким образом, к завершению строительства клинические подразделения могли быть укомплектованы врачами, прошедшиими обучение в ведущих хирургических центрах Советского Союза. Конечно, основная подготовка проводилась в научно-исследовательском институте клинической и экспериментальной хирургии (директор Б.В. Петровский), который к тому времени стал называться Всесоюзным научно-исследовательским институ-

том клинической и экспериментальной хирургии МЗ СССР (ВНИИКиЭХ МЗ СССР).

И вот, то, о чем мечтал Васит Вахидович, начинает осуществляться и организационно оформляться. Его многократные поездки в Москву, беседы в Минздраве СССР, крупных научных учреждениях Москвы, поддержка руководством Узбекистана, Советом Министров и Министерством здравоохранения Узбекистана, руководством Ташкентского медицинского института не остались без результата: был издан приказ об открытии в Узбекистане Ташкентского филиала ВНИИКиЭХ МЗ СССР.

27 ноября 1973 года вышло Постановление Совета Министров СССР №70, а 6 декабря 1973 года и Приказ Министра здравоохранения СССР академика Б.В. Петровского №970 об организации филиала ВНИИКиЭХ МЗ СССР в г. Ташкенте. Директором филиала был утвержден заведующий кафедрой госпитальной хирургии ТашГосМИ профессор Васит Вахидович Вахидов.

В 1974 году началось организационное оформление научных подразделений и отделений клиники филиала: хирургии легких, хирургии желудочно-кишечного тракта, хирургии сердца и сосудов, лаборатория анестезиологии и реаниматологии, рентгенорадиологический, клинико-лабораторный и экспериментальный отделы.

Васиту Вахидовичу удалось создать дееспособный коллектив единомышленников, большинство из которых являлись его учениками и готовились целенаправленно для работы в специализированных отделениях научно-исследовательского института. Они прошли подготовку в крупных клиниках страны по конкретным направлениям хирургии. Поэтому с первых дней функционирования институт начал давать печатную продукцию, организовывать конференции, проводить научные исследования не только прикладного, но и фундаментального характера.

В первые годы функционирования института Васит Вахидович внедрил в практику кардиохирургические вмешательства в условиях искусственного кровообращения, то есть операции на обездвиженном, обескровленном сердце. С успехом выполняются первые операции по пластике дефектов межпредсердной и межжелудочковой перегородок, замещению митрального клапана искусственным механическим протезом в условиях искусственного кровообращения и фармако-холодовой кардиоплегии.

В 80-90 годы в отделении хирургии сердца наступает новый период. Васит Вахидович впервые в республике выполняет радикальную коррекцию различных вариантов аномального дренажа легочных вен, атриовентрикулярной коммуникации, "синей болезни", то есть тетрады Фалло; впервые успешно удаляется доброкачественная опухоль сердца - миоксома; осуществляется одномоментное протезирование и митрального, и аортального клапанов механическим протезом. Справедливо ради необходимости подчеркнуть, что перечисленные опе-

рации на сердце в те годы выполнялись не во всех кардиохирургических центрах ближнего и дальнего зарубежья. Это обстоятельство лишний раз свидетельствует о том, что Васит Вахидович был не только искусным хирургом, но обладал высоким организаторским талантом. Выполнение названных вмешательств возможно только с участием большого числа специалистов: анестезиологов, перфузиологов, реаниматологов, специалистов по функциональной диагностике, педиатров, кардиологов и, наконец, медицинских и операционных сестер. Такой коллектив был создан, обучен и воспитан.

Современные возможности кардиохирургической службы республики, созданной Васитом Вахидовичем, огромны. Это связано, прежде всего, с поддержкой министерства здравоохранения РУз, администрации центра, которые уделяют особое внимание оснащению высокотехнологичной диагностической аппаратурой и оборудованием, несомненно, повышающим количество операций.

В 1992 году после обретения Узбекистаном независимости Ташкентский филиал ВНЦХ АМН СССР переходит в структуру Министерства здравоохранения Республики Узбекистан. По приказу Министерства здравоохранения №438 от 14 августа 1992 года филиал переименован в Научный центр хирургии МЗ РУз.

Васит Вахидович умер 1 июня 1994 года.

Академик В.В. Вахидов внес большой вклад в развитие медицинской науки и здравоохранения. Как председатель научного совета по хирургии, председатель республиканского общества хирургов он координировал научные исследования по хирургии, решал вопросы повышения квалификации и аттестации врачей.

Долгие годы Васит Вахидович являлся главным редактором "Медицинского журнала Узбекистана" - единственного медицинского издания в республике. Деятельность Васита Вахидовича была многогранной, он принес неоценимую пользу народу и здравоохранению Республики Узбекистан.

Для увековечения памяти академика Вахидова Васита Вахидовича коллективом центра было предложено присвоить Научному центру хирургии Минздрава Республики Узбекистан "имя академика В.Вахидова" - как основателю и первому дирек-

тору центра".

Учитывая большой вклад в развитие медицинской науки в Узбекистане и в целях увековечения памяти одного из основателей узбекской хирургической школы академика В.В. Вахидова Кабинет Министров РУз (6.06.1995г.), постановил ежегодно проводить "Вахидовские чтения" - республиканскую научно-практическую конференцию по актуальным проблемам хирургии. С 1996 года "Вахидовские чтения" проводятся с участием ученых из научных центров СНГ и дальнего зарубежья.

Один из немногих "поливалентных" хирургов XX столетия Васит Вахидович Вахидов посвятил свою жизнь развитию хирургической науки и практики. Первый Президент Республики Узбекистан Ислам Абдуганиевич Каримов в приветственном письме к открытию Республиканской конференции "Вахидовские чтения", посвященной 80-летию академика В.Вахидова, писал: "Трудно переоценить его вклад в развитие хирургической науки и практики... Академик Вахидов воспитал десятки, сотни талантливых учеников, которые делают сложнейшие операции на сердце и сосудах, возвращают к жизни тысячи и тысячи людей".

По инициативе Президента Узбекистана Шавката Миромоновича Мирзиёева проведено финансирование центра в объеме около 12 миллиардов сумов на реконструкцию технического блока, полную реконструкцию операционного блока; оснащение самым современным оборудованием производства Франции, Италии, и Германии, что обеспечило централизованную подачу в операционное отделение воздуха с высокой степенью очистки системы вентиляции, кондиционирования и климат-контроля, горячего и холодного водоснабжения. В ходе реконструкции операционные центры оснащены высокотехнологичным оборудованием; отделка выполнена композитными панелями со встроенной системой подачи газов, сенсорными дверями.

Президент Узбекистана Шавкат Миромонович Мирзиёев особое внимание уделяет системе здравоохранения, в частности развитию и совершенствованию специализированной помощи, что отражается на работе Республиканского специализированного научно-практического центра хирургии имени академика В.Вахидова.

I. АБДОМИНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАН

Абдуллаев У.Р.

Важным условием профилактики послеоперационных осложнений являются профилактические мероприятия в период подготовки к операции, во время операции и в послеоперационном периоде.

98 больным (21 мужчина и 77 женщин), находившимся на лечении в хирургическом отделении № 3 клиники Ташкентской медицинской академии проведены мероприятия по предупреждению развития гнойно-воспалительных осложнений путем активного, адекватного дренирования раны. Возраст больных колебался от 20 до 70 лет. 29 больных были в возрасте старше 60 лет. 17 больных перенесли грыжесечение по поводу гигантских центральных грыж, 42 - холецистэктомию, 8 - эхинококэктомию из печени, 6 - ушивание перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки и 25 больных - по поводу деструктивных форм аппендицита. Все больные имели сопутствующее ожирение различной степени.

Подготовку больных к операциям осуществляли следующим образом. Перед плановыми операциями в течение 4-5 дней проводили обработку передней брюшной стенки раствором бетадина. Перед экстренной операцией ограничивались однократной обработкой бетадином и озонированным физиологическим раствором.

При выполнении операции обязательно производили этапное ограничение всех слоев брюшной

стенки широким марлевыми салфетками, смоченными озонированным физиологическим раствором.

Перед ушиванием раны орошили ее озонированным физиологическим раствором (концентрация озона 10-12 мг/л) и на всем протяжении в глубине подкожно-жировой клетчатки оставляли перфорированную двухпросветную трубку для промывания озонированной жидкостью и активного дренирования, что позволило ликвидировать "мертвые" пространства.

В послеоперационном периоде больным также производили орошение подкожной жировой клетчатки озонированным физиологическим раствором фракционным способом 2 раза в день (концентрация озона 10-12 мг/л). Раствор поступал через дренажные трубы, установленные во время операции.

Озонированный раствор получали на озонаторе "Озонатор - 1М". Поскольку при длительном хранении концентрация озона в растворе снижается, его готовили ex tempore непосредственно перед использованием.

У 91 больного отмечено первичное заживание раны. У 7 больных с деструктивными формами острого аппендицита, осложненного местным гнойным перитонитом, имели место легко устранимые воспалительно-инфилтративные изменения в области подкожно-жировой клетчатки.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ ОСТРЫХ ПЕРИПАНКРЕОТИЧЕСКИХ ЖИДКОСТНЫХ СКОПЛЕНИЯХ

Абдурахманов М.М.
Бухарский медицинский институт

Принятые в 1992 г. на симпозиуме панкреатологов в Атланте такие термины, как острое жидкостное скопление, панкреатический некроз, псевдокиста, панкреатический абсцесс используются не-последовательно, без соответствия классификации.

Более глубокое понимание патофизиологии некротизирующего панкреатита, применение современных методов визуализации, накопление новых данных, полученных в результате многочисленных исследований, требует пересмотра, обновления и расширения классификации, принятой в Атланте в 1992 г.

Важными вопросами, потребовавшими внесения уточнений, стали: более точное определение перипанкреатических скоплений, выбор методов их диагностики и лечения. Возникла необходимость и в

определении места малоинвазивных вмешательств при различных видах скоплений.

Рабочая группа по пересмотру классификации острого панкреатита в 2012 г., выработав новый вариант классификации, предложила подразделять перипанкреатические скопления на 4 основные категории - острое перипанкреатическое жидкостное скопление, острое некротическое скопление, псевдокиста и ограниченный некроз.

В первые 4 недели острого панкреатита могут наблюдаться: Acute Peripancreatic Fluid Collection - острое перипанкреатическое жидкостное скопление (ОПЖС), которое представляет собой жидкостное скопление без некротических масс или Acute Necrotic Collection - острое некротическое скопле-

ние (ОНС), состоящее из жидкого компонента и твердых некротических масс - результат перипанкреатического некроза.

Спустя 4 недели сохраняющиеся скопления обрастают отчетливую капсулу и становятся панкреатической псевдокистой (pseudocyst), если содержат только жидкий компонент, или ограниченным перипанкреатическим некрозом Walled-off necrosis, далее (ОН) если имеет место сочетание жидкого и твердого компонента - результат некроза паренхимы железы и перипанкреатической клетчатки. ОПЖС и псевдокисты развиваются у пациентов с интерстициальным отечным панкреатитом в отличие от ОНС и ОН, которые развиваются на фоне некротизирующего панкреатита.

Принципиальными отличиями классификации Атланты 1992 г. является подразделение по наличию или отсутствию некроза в первые 4 недели на ОПЖС и ОНС, определение ОН конечной стадией формирования некроза и исключение термина "панкреатический абсцесс".

Так как большинство ОПЖС стерильны и разрешаются спонтанно, в большинстве случаев показано тщательное и длительное наблюдение. Вмешательство может привести к инфицированию стерильного скопления. Поэтому функциональная аспирация под рентгеновским компьютерно-томографическим наведением, показана только при клинически предполагаемом инфицировании. Лечение пациентов с ОНС представляет наибольшие трудности. Предпочтение отдается выжидательной тактике, чтобы позволить некрозу организоваться на фоне антибактериальной терапии. При псевдокистах вмешательство показано, если имеются клинические проявления, развились осложнения или киста увеличилась в размерах. Используются функционнодренирующие, эндоскопические, открытые хирургические и лапароскопические методики. Традиционный подход включает цистостомию по Ру, цистогастро- и цистодуоденостомию. При ограниченном некрозе наличие инфицирования является абсолютным показанием к вмешательству. Вторым,

наиболее частым показанием к оперативному лечению является отсутствие эффекта от консервативной терапии. Третье показание к операции -прогрессирование септического состояния, которое проявляется ухудшением общего состояния больного и нарастающей органной недостаточностью.

Рабочая группа по пересмотру классификации острого панкреатита в 2012 г. предложила подразделять скопления при остром панкреатите на 4 вида: острое перипанкреатическое жидкостное скопление, острое некротическое скопление, псевдокиста и ограниченный некроз. Их дифференцировка важна, т.к. лечение отличается в зависимости от типа скопления.

Каждый тип скопления может быть стерильным или инфицированным. Хотя инфицирование можно диагностировать по наличию газа на РКТ, точная диагностика возможна только при положительных результатах посева тонкоигольного аспираата на флору. Тонкоигольная пункция показана не всем пациентам, т.к. она может привести к инфицированию стерильного скопления.

Острые перипанкреатические жидкостные скопления возникают на раннем этапе заболевания, большинство их разрешаются спонтанно в течение 4 недель.

Если острое перипанкреатическое жидкостное скопление существует дольше 4 недель, его следует называть псевдокистой. Скопление должно иметь фиброзную стенку, а лечение зависит от симптоматики и увеличения размеров.

Вмешательства показаны только при доказанном инфицировании скопления, в противном случае показано консервативное лечение.

В отличие от положений симпозиума в Атланте новая классификация подразделяет острое некротическое скопление и ограниченный некроз, подчеркивая, что острое некротическое скопление развивается в первые 4 недели острого панкреатита, а ограниченный некроз позднее этого срока.

Оперативное вмешательство оптимально выполнять через 3-4 недели, когда произошла демаркация некроза.

КОРРЕКЦИЯ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Абдурахманов М.М., Муродов Т.Р., Сафаров С.С.

Бухарский медицинский институт

Бухарский филиал РНЦЭМП

В развитии и прогрессировании острого деструктивного панкреатита (ОДП) важная роль отводится иммунным нарушениям.

Цель - разработать новые критерии оценки тяжести острого панкреатита на ранних сроках заболевания с учетом иммунологических нарушений и их медикаментозную коррекцию.

Материалы и методы. Мы изучали особенности

показателей иммунитета у больных ОДП в первые сутки заболевания и определяли их прогностическую значимость; исследовали динамику иммунных нарушений и их возможную связь с гнойными осложнениями. Проанализированы данные 69 больных ОДП, которые находились на обследовании и лечении в хирургическом отделении Бухарского филиала РНЦЭМП, с 2015 по 2017 г. Мужчин было 39

(56,5%), женщин - 30 (43,5%) в возрасте от 28 до 84 лет, в среднем, 56 лет. По этиологии больные распределены следующим образом: билиарный панкреатит наблюдался у 25 (36,2%) больных, гастрогенный - у 18 (26,1%), алкогольный - у 7 (10,1%), травматический - у 6 (8,7%), алиментарный - у 5 (7,2%), послеоперационный - у 5 (7,2%), ишемический - у 3 (4,3%). Диагноз верифицировали по совокупности клинических и лабораторно-инструментальных данных. Длительность болезни составляла от 6 до 72 ч. Всем пациентам проводили традиционную терапию, включавшую голод, антибиотики широкого спектра, буферные антациды, внутривенную инфузию 1,5-2,0 л кристаллоидных растворов, постоянную декомпрессию желудка, введение спазмолитиков, некоторым больным назначали парентеральное питание. При выраженному болевому синдрому первые 3-5 дней схему дополняли синтетическим аналогом соматостатина (Октреотид). Интенсивную терапию проводили в течение 5-7 дней в зависимости от тяжести состояния больного. Далее назначали поддерживающее лечение (ферменты, спазмолитики, пероральные H₂-блокаторы, инфузию кваматела в дозе 20 мг 2 раза в день). С целью коррекции иммунологических изменений использовали иммуномодулятор Полиоксидоний. Назначали по 6 мг ежедневно в течение 3 дней, далее - через день до 10 инъекций. Эффективность терапии оценивали по купированию болевого синдрома, уменьшению размеров поджелудочной железы и толщины задней стенки желудка по данным УЗИ, нормализации лабораторных данных (амилазы).

Результаты и обсуждение. Достигнуть разрешения болевого синдрома в первые сутки удалось у 46 (67,7%) больных, у остальных - в течение 3 суток. Нормализация лабораторных показателей наступила на 3-5 сутки лечения, а инструментальных данных - на 3-7 сутки терапии. Результаты иммунологических исследований выявили, что ранним проявлением нарушений иммунной системы явились абсолютная лимфопения, снижение числа зрелых лимфоцитов CD3+ и CD4+ Т-клеток, уменьшение количества В-лимфоцитов. Ранняя депрессия Т-звена иммунитета была неблагоприятным прогностическим признаком острого панкреатита. В то же время показатели фагоцитоза оказались важным диагностическим, а не прогностическим признаком. Анализ иммунограмм выявил, что в группе среднетяжелого панкреатита наблюдались существенные изменения иммунологи-

ческих показателей. Абсолютное число лимфоцитов было снижено до 1,2-1,5 x 10⁹/л, количество CD3+ Т-лимфоцитов - до 0,58-0,71 x 10⁹/л, количество CD4+ до 0,54-0,72 x 10⁹/л. Содержание CD8+ снижено до 0,14-0,22 x 10⁹/л. В группе больных тяжелым панкреонекрозом с неблагоприятным течением были следующие изменения иммунного статуса: абсолютное число лимфоцитов резко снижено до 0,44-0,61 x 10⁹/л., из них CD3+ Т-лимфоцитов - до 0,06-0,5 x 10⁹/л, содержание CD4+ Т-клеток снижено до 0,05-0,02 x 10⁹/л, CD8+ также снижено до 0,14-0,24 x 10⁹/л, В-лимфоциты - снижены до 0,03-0,13 x 10⁹/л. Изучение состояния иммунитета в динамике показало, что при тяжелом панкреатите на второй неделе от начала заболевания происходило дальнейшее прогрессирование нарушений в иммунной системе. Ухудшению показателей в ходе течения заболевания способствовал также белковый и энергетический дефицит вследствие недостаточного поступления продуктов энергетического метаболизма (вынужденное лечебное голодание), вынужденное применение иммуносупрессоров (антибиотиков), а также снижение выработки иммуноглобулинов. С первых суток развития тяжелого ОДП наблюдалось резкое снижение абсолютного числа лимфоцитов, субпопуляций CD3+, CD4+, В-лимфоцитов. Все эти изменения требовали включения в комплексную программу лечения ОДП иммуномодулятора и метаболических препаратов как средств патогенетической терапии и профилактики гнойных осложнений. Применение Полиоксидония в комплексе с традиционной терапией, позволило уменьшить дефицит Т-клеточного звена иммунной системы у пациентов с тяжелым ОДП, а так же снизить частоту гнойных осложнений у больных среднетяжелым панкреатитом с 9,5 до 3,3%, при тяжелом панкреатите - с 24,1 до 9,6%. Все это свидетельствует о том, что полноценное лечение ОДП должно включать коррекцию иммунодефицита, а именно иммуноориентированную терапию.

Выводы. Особенностью нарушений иммунной системы при ОДП является преимущественный дефект в Т-системе иммунитета, тогда как поражение В-лимфоидного звена наблюдается лишь у части пациентов с тяжелыми гнойными осложнениями заболевания.

Улучшение результатов лечения ОДП достигается применением иммуномодулятора Полиоксидония в сочетании с традиционной комплексной терапией.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Абдурахманов М.М., Ураков Ш.Т., Абдурахманов Ш.М., Сафаров С.С.

Бухарский медицинский институт

Бухарский филиал РНЦЭМП

Патогенетически панкреатиты характеризуются отеком и начинающимся аутоиммуном ткань поджелудочной железы. При панкреатите боли в верхних отделах живота после еды связаны с нараста-

нием внутрипротокового давления при повышении секреции панкреатического сока, стимулируемого выделяющейся соляной кислотой желудка.

При любой форме панкреатита для успешного лечения необходимо соблюдение главного условия - создания покоя для основной клетки поджелудочной железы (панкреоцитита).

Цель - изучить клиническую эффективность инфузии кваматела у больных острым панкреатитом.

Материалы и методы. Нами разработана и внедрена схема лечения острых и хронических панкреатитов, основанная на применении H₂-блокаторов последнего поколения. Это простая безопасная и эффективная методика значительно дешевле других методов лечения со сходным клиническим эффектом. H₂-блокаторы рецепторов гистамина угнетают гистаминовые рецепторы в поджелудочной железе, создавая покой панкреоциту и приводя к угнетению аутоцитических процессов в поджелудочной железе и в желудке, уменьшая кислотообразование. Снижение кислотности желудочного сока обуславливает уменьшение выделения секрецина - основного гормона, стимулирующего функцию поджелудочной железы. Применение этих препаратов при панкреатитах долгое время было ограничено поскольку не существовало эффективных инфузионных форм H₂-блокаторов; пероральный прием медикаментов при панкреатитах не рекомендуется, а при тяжелом течении панкреатита и наличии стаза в желудке и двенадцатиперстной кишке полностью противопоказан. Появление инфузионной формы кваматела (фамотидина) открыло новые возможности использования H₂-блокаторов в гастроэнтерологии.

На базе хирургического отделения Бухарского филиала РНЦЭМП изучена клиническая эффективность инфузии кваматела у 56 больных с тяжелым течением панкреатита, госпитализированных в экстренном порядке. Внутривенное капельное введение препарата проводили на протяжении первой недели (7-10 дней). Затем больных переводили на таблетированные формы препарата по 20 мг или 40 мг, параллельно с соблюдением диеты. Функциональный покой поджелудочной железы поддерживали с помощью новой формы кваматела мини (по 10 мг действующего вещества в таблетке). Препарат в такой дозировке рекомендуем в стадии разрешения панкреатита сроком на 1-1,5 месяца (в зависимости от состояния больного, тя-

жести перенесенного панкреатита).

Результаты и обсуждение. Из 56 больных острым панкреатитом 58% составляли женщины; средний возраст - 54±5,2 года. Диагноз верифицировали по совокупности клинических и лабораторно-инструментальных данных. Длительность болезни составляла от 6 до 72 ч.. Всем пациентам проводили инфузию кваматела в дозе 20 мг 2 раза в день на фоне традиционной терапии, включавшей голод, буферные антациды, внутривенную инфузию 1,5-2,0 л кристалloidных растворов, постоянную декомпрессию желудка, введение спазмолитиков, иммунокорректоров, некоторым больным - парентеральное питание. При выраженном болевом синдроме первые 3-5 дней назначали октреотид.

Интенсивную терапию проводили в течение 5-7 дней в зависимости от тяжести состояния больного, далее назначали поддерживающее лечение (ферменты, пероральные H₂-блокаторы, спазмолитики). Эффективность терапии оценивали по купированию болевого синдрома, уменьшению размеров поджелудочной железы и толщины задней стенки желудка по данным УЗИ; нормализации лабораторных данных (амилазы).

Положительный эффект получен у всех больных. Разрешить болевой синдром в первые сутки удалось у 40 (71,4%) больных; у оставшихся боль была купирована в течение 3 суток. Лабораторные показатели нормализовались к 3-5 суткам лечения, а инструментальные данных - к 3-7 суткам. На фоне терапии через 1,5-2 нед. от ее начала у всех больных практически полностью купировали болевой синдром, суммарный показатель других жалоб (тошнота, рвота, отрыжка, расстройства стула, каждой жалобе присваивался 1 балл) уменьшился с 10,6±0,4 до 1,0±0,3 ($p<0,05$).

Выводы. Применение Кваматела по 40 мг в виде инфузионной терапии снимает боль уже на первые - вторые сутки, уменьшает содержание амилазы в крови и моче.

Результаты применения Кваматела в комплексе с традиционной терапией при панкреатите позволяют рекомендовать его как средство рутинной терапии для эффективного контроля над кислотопродукцией желудка, достижения функционального покоя поджелудочной железы.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ

Акилов Х.А., Примов Ф.Ш.

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.

Непосредственно угрожают жизни пациента внутрибрюшные кровотечения, связанные с повреждением обильно васкуляризованных паренхиматозных органов - печени и селезенки.

Проведен детальный анализ 165 больных детей, оперированных с диагнозом закрытая травма живота с повреждением печени и селезенки в 2006-2016 годы. В структуре травм изолированное повреждение селезенки составило 44% (72 ребенка), печени - 32% (53 ребенка), комбинированное повреждение печени и селезенки - 24% (40 детей).

Травма получена в результате ДТП в 40% случаев, падения с высоты - в 24,6%, падения на ребенка тяжелого предмета - в 11%; тупая травма живота имела место в 24,4% случаев. Большинство составили мальчики (76,1%). Время поступления детей в стационар характеризуется ранней доставкой. В первые 1-4 часа после травмы поступили 69,9% пострадавших.

Лапароскопические вмешательства произведены в 135 случаях при закрытых травмах живота, из них в 120 случаях - при повреждениях паренхиматозных органов.

Наряду с общеклиническими лабораторными методами исследования, для топической диагностики всех повреждений использовали лучевые методы диагностики (полипозиционная рентгенография, ультразвуковое исследование, компьютерная томография), а так же диагностическая лапароскопия.

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

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

Диагностика начинается с экстренной ультра-

сонографии органов брюшной полости, при которой у 92% пациентов локализован источник внутриворионного 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 диагностическую и лечебную роль.

При повреждениях селезенки произведены следующие вмешательства: лапароскопическая электрокоагуляция ран селезенки (10 случаев), лапароскопическая аргоноплазменная коагуляция ран селезенки (4 случая). При повреждениях печени произведены следующие оперативные вмешательства. Лапароскопические - электрокоагуляция печени с использованием моно- и bipolarного коагулятора в 31 случае, электрокоагуляция раны печени и фиксация к ней сальника - в 4 случаях; электрокоагуляция раны печени с аппликацией гемостатической губки "Тахоком" - в 11 случаях; аргоноплазменная коагуляция раны печени в 6 случаях; лапароскопическое ушивание печени - в 11 случаях.

В 8 случаях при диагностировании забрюшинной гематомы ограничились дренированием брюшной полости и дальнейшей консервативной терапией.

В 41 случае большой объем гемоперитонеума и тяжелые повреждения печени, селезенки и поджелудочной железы послужило показанием к конверсии и соответствующей традиционной операции.

Заключение. 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.

ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УРГЕНТНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

Акилов Х.А., Урманов Н.Т., Примов Ф.Ш., Ходжяров Н.Р.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Введение. По данным различных авторов, осложнения язвенной болезни (ЯБ) в детском возрасте отмечаются у 8,5% больных, за последнее десятилетие их частота увеличилась в 2,3 раза.

Материал и методы. Работа основана на анализе результатов лечения 98 больных детей с осложненными формами язвенной болезни желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ДПК) в отделении неотложной хирургии детского возраста РНЦЭМП с 2005 по 2016 г. Мальчиков было 56 (57,1%), девочек - 42 (42,9%) в возрасте от 9 месяцев до 18 лет. У 62 (63,2%) выявлены хронические формы заболевания, у 36 (36,7%) - острые.

Желудочные язвы выявлены у 15 (15,3%) больных, у 14 (14,2%) из них - острые формы. У 83 (84,6%) больных язвы располагались в двенадцатиперстной кишке, из них у 6 (67,3%) - острые формы, у 77 (78,5%) - хронические.

Для постановки диагноза больным проводили общеклиническое обследование: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (белковый, электролитный состав крови, щелочная фосфатаза, амилаза, билирубин общий, прямой и непрямой). По показаниям выполняли рентгенологическое исследование желудка, грудной клетки; ультразвуковое исследование органов брюшной по-

лости. Всем выполняли фиброзоэзофагогастродуоденоскопию (ФЭГДС).

При формулировке диагноза ЯБЖ и ДПК придерживались классификации язвенной болезни А.А. Баранова (1996), где учтены локализация язвы, эволюция язвенного процесса, тяжесть и осложнения. На основании данной классификации имели место следующие осложнения: кровотечение у 59 (60,2%) больных, стеноз выхода из желудка у 19 (19,3%), пенетрация у 6 (6,1%) и перфорация у 14 (14,2%) больных.

Результаты и обсуждение. В оценке степени кровотечения придерживались классификации Forrest. Из 59 больных с кровотечением F-1a 4 (4,7%) были оперированы в экстренном порядке в связи с отсутствием эффекта эндоскопической коагуляции. 12 (12,2%) больным с кровотечением F-1b удалось остановить кровотечение аргоно-плазменной коагуляцией. 15 (15,3%) больным с кровотечением F-2a и 24 (24,4%) с кровотечением F-2b удалось остановить кровотечение обкалыванием язвы 700 спиртом. 43 (43,8%) больным с кровотечением F-2c и F-3 лечебное эндоскопическое вмешательство не проводилось.

Пилородуodenальный стеноз - хронически развивающееся осложнение ЯБ, имело место у 19 (19,3%) больных. Из них у 5 (5,1%) больных была компенсированная форма, у 8 (8,1%) - субкомпенсированная, у 6 (6,1%) - декомпенсированная. Дети с субкомпенсированной и декомпенсированной формами оперированы.

У 6 (6,1%) больных с хроническими язвами ДПК язвенный анамнез был более 3 лет. Эти дети неоднократно находились на стационарном лечении в НИИ педиатрии. Несмотря на проводимую консервативную терапию, у них сохранялись болевой синдром и рвота, что послужило показанием к оперативному вмешательству. Интраоперационно во всех случаях имела место пенетрация язвы.

Так же в экстренном порядке были оперированы 14 (14,2%) больных, поступивших с клиникой перфоративной язвы. В 13 (13,2) случаях язва локализовалась в двенадцатиперстной кишке, в одном - в желудке. В 5 (5,1%) случаях произведено лапароскопическое ушивание язвы; в 8 (8,1%) - лапаротомия с ушиванием перфоративного отверстия язвы; одному больному с перфоративной язвой ДПК и декомпенсированным стенозом выхода из желудка, осложненным диффузным перитонитом, произведена резекция желудка по Бильрот-1 в модификации Л.Г. Хачиева.

Выводы. При острых язвах желудка и ДПК, осложненных кровотечением, последнее, как правило, удается остановить консервативными мероприятиями.

Экстренное оперативное вмешательство при язвенной болезни желудка и ДПК показано лишь при ее перфорации и безуспешной консервативной терапии при кровотечении.

При наличии показаний к резекции желудка операцией выбора можно считать резекцию желудка по способу Бильрот-І в модификации Л.Г. Хачиева.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВНУТРИБРЮШНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЕКТОМИИ

Алтиев Б.К., Хаджибаев Ф.А., Рахимов О.У.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

В Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи МЗ РУз в 2001-2016 г. выполнены 7152 лапароскопические холецистэктомии (ЛХЭ) по поводу различных форм калькулезного холецистита, в том числе в 2218 (31%) случаях - при деструктивных формах. Мужчин было 1905 (26,6%), женщин - 5247 (73,4%).

Различные внутрибрюшные осложнения после операции отмечены у 69 (0,9%) больных. В послеоперационном периоде желчеистечение по дренажу из брюшной полости наблюдалось в 18 (26,1%) случаях; внутрибрюшные кровотечения - в 12 (17,4%); подпеченочные абсцессы - в 21 (30,4%) и интраоперационное повреждение внепеченочных желчных протоков - в 18 (26,1%).

Тактика хирургического лечения определялась по результатам клинического осмотра и комплексного лабораторно-инструментального исследования: ультразвуковое исследование (УЗИ), МРТ-холангография, фистулохолангография, эндоскопическая ретроградная панкреатохолангография

(ЭРПХГ), чрескожно-чресспеченочная холангиография, интраоперационная телехолангография.

У 18 больных в послеоперационном периоде отмечалось желчеистечение, им выполнена ЭРПХГ. В 8 случаях причиной желчеистечения явилась желчная гипертензия, обусловленная наличием конкрементов (блока) в холедохе. У данных больных после ЭПСТ с литоэкстракцией желчные свищи закрылись самостоятельно. У 3 больных выявлена недостаточность культи пузырного протока, после консервативной терапии желчеистечение прекратилось самостоятельно. 7 больным после ЭРПХГ и ЭПСТ произведены релапароскопия, дополнительное клипирование культи пузырного протока с санацией и дренированием брюшной полости.

8 больным с подпеченочным абсцессом произведены лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости. 5 больным произведено дренирование полости абсцесса под контролем УЗИ (3) и КТ (2). В 8 случаях произведены лапаротомия, санация и дренирование полости абсцесса.

В раннем послеоперационном периоде кровотечение возникло у 12 больных. В 7 случаях произведена релапароскопия и коагуляция кровоточащих сосудов ложа желчного пузыря (3), клипирование пузырной артерии (4) и в 5 случаях - лапаротомия, лигирование пузырной артерии.

Повреждение внепеченочных желчных протоков выявлено у 18 больных. Из них в 11 случаях выявлено боковое повреждение холедоха (малые травмы), произведена лапаротомия, наложен боковой шов. В 7 случаях обнаружено полное пересечение гепатикохоледоха, произведены лапаротомия, восстановление гепатикохоледоха на дренаже Кера (3), наложение билио-билиарного анастомоза с ис-

пользованием металлического каркаса (2), наложение гепатикоэнteroанастомоза с использованием металлического каркаса (2).

Таким образом, для предупреждения осложнений ЛХЭ необходимы: детальное обследование больных с желчекаменной болезнью в предоперационном периоде; четкое соблюдение техники операции; знания о возможности наличия редких вариантов анатомического взаимоотношения желчного пузыря и желчных протоков. Выбор способа хирургической коррекции послеоперационных осложнений после лапароскопической холецистэктомии зависит от вида осложнения, уровня и протяженности поражения внепеченочных желчных протоков.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ВИДЕОАССИСТИРОВАННЫХ ОПЕРАЦИЙ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Аслонов З.А.

Ташкентская медицинская академия

Частота острой спаечной кишечной непроходимости (ОСКН) составляет от 55 до 78% от всех видов механической непроходимости неопухолевого генеза, а послеоперационная летальность колеблется от 7,6 до 18%.

С 2013 года в третьей клинике Ташкентской медицинской академии при оперативном лечении больных ОСКН применяются видеоассистированные операции. Оперативное лечение при ОСКН начинаем с диагностической лапароскопии, при которой определяем локализацию непроходимости и решаем вопрос о возможности лапароскопического разделения спаек. Когда это невозможно, переходим на операцию из минилапаротомного доступа, который производим строго над местом непроходимости. Из этого доступа рассекаем спайки в условиях лапаролифтинга и освещения без выведения петель кишечника из брюшной полости. В случаях, когда технически не удается выполнить видеоассистированную операцию или при сомнении в полной ликвидации непроходимости, выполняется лапаротомия.

С 2013 по 2017 год оперированы 38 пациентов с ОСКН. Из них 24 (63,1%) - видеоассистированным методом. Интраоперационных осложнений не наблюдалось. Послеоперационный период у больных протекал гладко, отмечены ранняя активизация (в первые сутки) и разрешение послеоперационного пареза кишечника. Отмечено снижение затрат на проведение послеоперационного лечения, пребывания в палате реанимации и сроков интенсивной терапии.

Осложнения в ране после видеоассистированного метода возникли у 2 пациентов (5,2%). Общее количество осложнений в ране после операций по поводу ОСКН - 16,7%. Послеоперационные осложнения в брюшной полости у прооперированных видеоассистированным методом отмечены у 1 пациента (2,6%). Из всей группы больных, прооперированных по поводу ОСКН, послеоперационные осложнения в брюшной полости имелись у 13,8% пациентов. Средний койко-день у больных, прооперированных видеоассистированным методом, составил 5,0, что в два раза меньше, чем у оперированных лапаротомным методом (10 койко-дней).

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОПУХОЛЕВОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Аслонов З.А., Расулов Х.К.

Ташкентская медицинская академия

Острая кишечная непроходимость (ОКН) составляет 10% от всех острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Среди всех форм ОКН на долю толстокишечной приходится 30-40%. Основной причиной толстокишечной непроходимости

является опухоловое поражение толстой кишки - 93%. Частота послеоперационных осложнений составляет 31,5%, а ежегодная летальность - 16,3%. Одной из причин неблагоприятных результатов является отсутствие общепринятых стандартов в вопросах так-

тики и объема оперативных вмешательств при осложненных формах рака толстой кишки.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением в З клинике ТМА было 85 больных с осложненными формами колоректального рака с 2005 по 2014 г. Наиболее часто осложненное течение отмечено у пациентов с локализацией опухолевого процесса в левой половине ободочной кишке 48 (56,4%). В 32 случаях (37,6%) осложненные опухоли локализовались в правой половине ободочной кишки, значительно реже (5 пациентов, 5,8%) - в поперечной ободочной кишке. У большинства оперированных пациентов - 52 (61,2%) выявлена III стадия, у 21 (24,7%) - IV стадия рака ободочной кишки, у 12 (14,1%) - II стадия. По данным гистологического исследования, основное место занимали аденокарциномы различной степени дифференциации - 78,9%, гораздо реже встречались перстневидно-клеточные и недифференцированные формы рака (9,2 и 11,9% соответственно).

Результаты. 45 (52,9%) пациентам при неэффективности консервативной терапии оперированы по поводу ОТН в экстренном и срочном порядке. Из них 25 (29,4%) пациентам выполнили правостороннюю гемиколэктомию с наложением илеотрансверзоанастомоза и интраоперационную декомпрессию тонкой кишки. Семи пациентам с локализацией нерезектабельной опухоли в печеночном изгибе были выполнены паллиативные операции - наложение илеотрансверзоанастомоза с назоинтестинальной декомпрессией зондом Миллера-Эбботта. При IV стадии онкологического процесса (12 больных) с наличием отдаленных метастазов, но при технически возможной резектабельности опухоли, считали правомочным выполнение

паллиативной санационной правосторонней гемиколэктомии с первичным наложением анастомоза. При раке левой половины толстой кишки и поперечно-ободочной кишки, осложненном непроходимостью, 38 (44,7%) пациентам выполнены резекции сегмента кишки со стенозирующей опухолью с последующим ушиванием дистального отрезка кишки и выведением проксимального конца в виде одностольной колостомы по типу операции Гартмана. Десяти пациентам с неоперабельной опухолью были наложены разгрузочные трансверзо- и сигмостомы. Осложнения мы наблюдали у 12 (14,1%) пациентов. Большинство осложнений носило гнойно-септический характер. Общая летальность составила 4,7% (4 случая). При анализе осложнений и летальных исходов следует отметить, что наиболее тяжелую группу ($n=5$) составили больные с запущенными формами колоректального рака, у которых перечисленные осложнения сочетались, значительно увеличивая риск хирургического вмешательства.

Выводы. При неэффективности консервативных мероприятий и нарастании явлений кишечной непроходимости показано формирование проксимальной разгрузочной илео- или колостомы. Больным с кишечной непроходимостью в сочетании с другими жизненно опасными осложнениями со стороны опухоли (перфорация, абсцедирование, кровотечение, диастатические разрывы и перфорация проксимально расположенных отделов) показана резекция толстой кишки с удалением первичной опухоли независимо от стадии заболевания. Одномоментное восстановление кишечной трубки допустимо лишь при формировании тонкотолстокишечного анастомоза в специализированном стационаре.

НЕОТЛОЖНЫЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Аслонов З.А., Сайфуллаев Ш.Б.

Ташкентская медицинская академия

Цель - оценить возможности и эффективность неотложных лапароскопических вмешательств (ЛВ) в диагностике и лечении острой спаечной тонкокишечной непроходимости (ОСТКН).

Материалы и методы. С января 2012 г. по 2017 г. неотложные ЛВ выполнены 67 пациентам с ОСТКН (мужчин - 38, женщин - 29) в возрасте от 20 до 87 лет (средний возраст - $44,1 \pm 4,2$ года). Это составило 37,8% всех больных, оперированных в клинике за этот период по поводу данной нозологии. Длительность заболевания составляла от 4 часов до 5 суток, в среднем, $16,1 \pm 4,3$ часа. Ранее больные перенесли от 1 до 4 операций на органах брюшной полости; у 11 пациентов операций в анамнезе не было. Хирургическая тактика базировалась на принятом в клинике лечебно-диагностическом алгоритме. В предоперационную диагностическую про-

грамму входили клинические, лабораторные, рентгенологические и ультразвуковые методы обследования. Введение иглы Вереша и первого троакара, как правило, производили в нестандартных точках с учётом расположения послеоперационных рубцов и результатов ультразвукового сканирования висцеро-париетальных сращений.

Результаты. Диагноз ОСТКН не был установлен у 2 (2,9%) пациентов с длительностью заболевания до 5 часов. По данным лапароскопической ревизии брюшной полости, противопоказания к лапароскопическому разрешению ОСТКН были выявлены у 8 (11,9%) больных: некроз кишки - 5 (7,4%); сомнения в жизнеспособности кишки - 6 (8,9%); массивный спаечный конгломерат - 2 (2,9%); распространённый спаечный процесс - 1 (1,45%); резкое увеличение в диаметре всей тонкой кишки - 28 (41,7%);

сочетание ОСТКН с узлообразованием - 12 (17,9%) и плотный рубцовый процесс - 5 (7,4%). Лапароскопическое разрешение ОСТКН было предпринято 45 (67,1%) больным. Операция заключалась в рассечении спаек и выделении тонкой кишки из сращений острый и тупым путём с использованием моноактивной диатермокоагуляции, лигирования, клипирования, применение ультразвуковых ножниц. Интраоперационное осложнение отмечено у 1 (1,45%) больного - диатермокоагуляционный некроз кишки. Последеоперационные осложнения выявлены у 4 (5,9%) больных: рецидив ОСТКН (2), парез (2). Трое боль-

ных с осложнениями были оперированы традиционным способом с последующим выздоровлением. У двоих после консервативных мероприятий было разрешение ОСТКН.

Заключение. Лапароскопические вмешательства являются эффективным методом инвазивной диагностики, позволяют успешно установить диагноз ОСТКН у 98,8% пациентов. Лапароскопическое оперативное лечение ОСТКН может рассматриваться методом выбора оперативного лечения при данной нозологии у определенного контингента больных.

ОПЕРАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЕ КИСТЫ ХОЛЕДОХА У ДЕТЕЙ

Ахмедов Ю.М., Мавлянов Ф.Ш., Хайитов У.Х., Ахмедов И.Ю.

Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность. Кисты холедоха - врожденное расширение внепеченочных желчных протоков, встречающееся у детей старшей возрастной группы и крайне редко у взрослых. Около 60% пациентов составляют дети, девочки в полтора раза чаще страдают этой патологией. У одного из 150000 больных, оперированных на желчных путях встречается данная патология. Это заболевание наиболее распространено в Восточной Азии, на долю Японии приходится более 50% описанных случаев.

Цель исследования - изучить клинику и диагностику кист холедоха.

Материалы и методы исследования. В отделении детской хирургии ОДМПМЦ города Самарканда в 2000-2016 годы поступили 9 детей с диагнозом киста холедоха: 4 мальчика и 5 девочек в возрасте от 1 года до 3 лет.

При поступлении в клинической картине у всех больных выделялась триада симптомов: боль в животе, наличие кистозного образования, желтуха. Боли преимущественно неинтенсивного характера, локализуются в правом верхнем квадранте живота. При пальпации определяется опухоль в подпеченочном пространстве тугого эластической консистенции, умеренно болезненная, неподвижная. В лабораторных анализах крови маркеры гепатитов не определяются. По данным УЗИ - киста холедоха. Компьютерная томография полностью подтверждает данные полученные при сонографии.

Приводим клиническое наблюдение. Больная Д. З

лет поступила в отделение 8.10.2016 г. с жалобами на постоянную ноющую спастическую боль в эпигастрии и правом подреберье. Объективно в эпигастрии пальпаторно определяется болезненное небольшое эластичное образование. Желтуха была периодической, повышение температуры тела. В клинических и биохимических анализах крови изменений не было. По данным УЗИ: печень не увеличена, поверхность гладкая. Структура и плотность обычные. Желчный пузырь неправильной формы, стенки уплотнены. Подпеченочно в области ворот не связанное с печенью малоподвижное полостное образование 75x40x48 мм, тонкостенное. Содержимое прозрачно. Вероятность, что киста исходит из поджелудочной железы, мала. Заключение: киста брюшной полости (возможно, киста холедоха). Повышение температуры, тошнота и рвота. Консервативной терапией удалось купировать острый процесс. После предоперационной подготовки больной выполнены холецистэктомия, холедоходуоденостомия.

Всем больным выполнено хирургическое лечение до развития осложнений (холангит, абсцессы печени, желчный перитонит). Считаем целесообразным наложение холедоходуодено- или юноанастомоза.

Выводы. При кистах холедоха оптимальным вариантом хирургического лечение является холецистэктомия с дренированием холедоха по Аббе и резекция кисты холедоха с наложением холедоходуоденоанастомоза или холедохоеюноанастомоза с Брауновским соусьем.

АНАЛИЗ ПРИЧИН ПРИОБРЕТЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

Ахмедов Ю.М., Мавлянов Ф.Ш., Хайитов У.Х., Ахмедов И.Ю.

Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность. Успешная терапия детям с кишечной непроходимостью зависит от ранней диагностики и своевременного лечения.

Цель исследования - изучить причины приобретенной кишечной непроходимости у детей.

Материал и методы. За последние 5 лет на об-

следовании и лечении находились 102 ребенка с диагнозом "острая кишечная непроходимость". До 1 года было 35 детей, от 1-3 лет - 13, от 4-7 лет - 8, от 8-11 лет - 19 и от 12-15 лет - 27 больных.

Результаты. Инвагинация кишечника наблюдалась у 42 больных. У 7 отмечалась странгуляционная кишечная непроходимость. Спаечная кишечная непроходимость была у 38 детей. У 11 больных установлена обтурация кишечника. Динамическая кишечная непроходимость - у 4 детей. Из 102 больных 67 сделаны операции. При кишечной инвагинации - 42. Тонко-тонкокишечная инвагинация установлена у 16 больных; толсто-толстокишечная - у 7; у 19 детей выявлена тонко-толстокишечная, так называемая, илеоцекальная инвагинация. Операция дезинвагинации выполнена 37 детям. 5 детям произведена резекция илеоцекального угла с наложением первичного анастомоза по типу "конец в бок".

У 2 детей после резекции пораженного отдела кишки выведена илеостома. После исчезновения явлений перитонита этим детям был наложен вторичный ана-

стомоз. Причинами странгуляционной кишечной непроходимости у 7 детей был заворот кишечника, из них у 5 - вокруг спайки дивертикула Меккеля.

Из 36 больных с ранней спаечной кишечной непроходимостью было 23, 13 детей - с поздней спаечной непроходимостью. Причиной спаечного процесса явились перенесенные операции на органах брюшной полости. Из 13 пациентов с поздней спаечной кишечной непроходимостью у 8 консервативная терапия эффекта не дала. Из этих больных 3 выполнена лапароскопическое иссечение шнуроидных спаек; в 5 случаях выполнена лапаротомия с иссечением шнуроидных спаек брюшной полости.

Заключение. Приобретенная кишечная непроходимость остается актуальной проблемой хирургии детского возраста, которая требует пристального внимания хирургов и педиатров. В ранней диагностике данного заболевания ведущую роль играют полипозиционная рентгеноскопия, УЗИ органов брюшной полости и диагностическая лапароскопия с последующим разъединением спаек.

THE ROLE OF ENTERAL MEASURES IN THE TREATMENT OF ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION

Baymakov S.R., Matkuliev U.I., Yunusov S.Sh.

Tashkent Medical Academy

Relevance. In acute intestinal obstruction is a violation of the metabolic processes and absorption of intestinal contents and translocation of bacterial flora, leading to the development of intestinal insufficiency syndrome aggravates the course of disease. In connection with this treatment of intestinal obstruction should include not only the removal of the source of intestinal obstruction, but also to carry out an event aimed at the elimination of its consequences.

Objective. Improvement of the complex enteral measures in the treatment of patients with intestinal obstruction.

Material and methods of the research. We analyzed the results of treatment of 122 patients aged 18 to 80, on the basis of 2nd clinic of the Tashkent Medical Academy for the period 2013-2017, on the occasion of mechanical intestinal obstruction non-tumor etiology. Among them were 77 men (63.1%) and 45 women (36.9%) patients. The control group consisted 56 (45.9%) patients, and the main group 66 (54.1%).

In the main group 43 patients underwent intestinal lavage with enterosorption, the intestine was introduced 1500 ml of saline solution with the addition of enterosorbent (Enterogel) at the rate of 4 g/kg of

patient weight. Procedure performed 3-4 times per day. 23 patients of the main group activities complete enteral supplemented enteral tube feeding of a balanced nutrient mixture - "Perative".

In the 2nd group patients with test trials revealed significant violations of the digestive and absorptive function with prevalence of secretion, therefore nasointestinal probe was used only for active aspiration stagnant content, intestinal lavage and enterosorption. In the 3rd group patients for 3-4 days after surgery offset the balance of water, and stabilized for 5 days of protein balance.

Results. Postoperative complications in patients from control group made up - 23.2% (13 cases), and the mortality rate of 7.1% (4 cases), in patients from 2nd groups of 4.5% (3 cases), 3rd group - 3% (2 cases). Deaths in the 2nd and 3rd groups were noted.

Conclusion. Adequate intra- and postoperative decompression of intestine, intestinal lavage, enterosorption and enteral tube feeding in patients with intestinal obstruction contribute to the early recovery of bowel functional activity and significantly improve the results of treatment.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ И РЕТРОПЕРИТОНЕОСКОПИЧЕСКОЙ АДРЕНАЛЭКТОМИИ

Беркинов У.Б., Сахибаев Д.П.

Ташкентская медицинская академия

Видеоэндоскопическая адреналэктомия (ВЭА) является "золотым стандартом" в лечении доброкачественных опухолей надпочечников. Для ее осуществления используют чаще лапароскопический (ЛАЭ) и ретроперитонеоскопический (РПАЭ) доступы.

Цель исследования - сравнить два наиболее распространенных подхода к видеоэндоскопической адреналэктомии (ЛАЭ и РПАЭ).

Материал и методы. В исследование вошли 125 пациентов, которым предпринята ВЭА во 2 клинике Ташкентской медицинской академии в 2009-2017 годы. Мужчин было 57, женщин - 68 в возрасте от 14 до 72 лет (средний возраст - $42,3 \pm 3,4$ года). Степень анестезиологического риска, в среднем, по системе ASA - 2,5 (от 2 до 4). Средний индекс массы тела - 30,2. ИМТ пациентов, перенесших РПАЭ, был выше, чем ЛАЭ (32,4 и 28,8 соответственно). У 12 больных во время обследования выявлены сопутствующие заболевания, требующие хирургической коррекции: у 8 - хронический калькулезный холецистит; у 2 - пупочная грыжа; у 1 - узловой зоб; у 1 - непаразитарная киста печени.

Размер опухоли надпочечника был от 1 до 10 см (в среднем, 3,2 см). Для РПАЭ отбирали пациентов с опухолью не более 6 см. При опухоли более 8 см ЛАЭ дополняли hand-assist. ЛАЭ предпринята в 99 случаях, РПАЭ - в 26. В 47% случаев адреналэктомия выполнена справа, в 53% - слева. В 19 (15%) случаях опухоль была гормонально неактивная, в 106 (85%) - гормонально активная.

Результаты. Средняя длительность ЛАЭ составила $95,1 \pm 8,1$ мин. Операция слева длилась дольше, чем справа ($108,3 \pm 8,5$ мин. и $80,5 \pm 7,7$ мин. соответственно). Средняя длительность РПАЭ составила $78,3 \pm 7,2$ мин. Операция справа дольше, чем слева ($84,2 \pm 7,5$ мин. и $72,5 \pm 6,5$ мин. соответственно).

Интраоперационная кровопотеря при ВЭА была минимальной: от 20 до 150 мл (в среднем, 65 ± 25 мл). Особой разницы кровопотери в зависимости от доступа не было.

При выполнении ЛАЭ в 1 случае отмечено повреждение селезенки, которое потребовало спленэктомии; в 1 - повреждение печени, потребовавшее конверсии. При выполнении РПАЭ интраоперационных осложнений, изменивших ход операции не было.

После ЛАЭ в 2 случаях развились осложнения: панкреатит и гематома забрюшинного пространства, не потребовавшие дополнительных хирургических вмешательств. В группе больных, перенесших РПАЭ, таковых не наблюдали.

Среднее пребывание больных, перенесших ЛАЭ, составило 4,5 койко-дня, а после РПАЭ - 3,2. Летальных исходов после ВЭА не было.

Заключение. Проведенное исследование показывает высокую эффективность ВЭА. Благодаря малотравматичности без особого увеличения продолжительности вмешательства добились снижения кровопотери во время операции, осложнений, сокращения пребывания пациента в стационаре и реабилитации. Немаловажен и косметический эффект.

Что касается выбора способа адреналэктомии: ЛАЭ или РПАЭ, на наш взгляд, это зависит от опыта и предпочтений хирурга.

РПАЭ предпочтительна в случаях удаления опухолей размерами до 6 см. При этом ее выполнение пациентам астенического телосложения, особенно, справа нецелесообразно ввиду недостаточности угла операционного действия. ЛАЭ предпочтительна при размерах опухоли от 6 до 10 см, а также при патологиях органов брюшной полости, требующих хирургической коррекции или двусторонней адреналэктомии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПИЩЕВОДНЫХ АНАСТОМОЗОВ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПИЩЕВОДА

Гуламов О.М., Музafferов Ф.У.

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

Актуальность. Завершающим этапом тотальной эзофагопластики является создание пищеводных анастомозов, которые наряду с формированием трансплантата являются наиболее сложными проблемами реконструктивно-восстановительной хирургии пищевода.

Цель - улучшить результаты одномоментной эзофагопластики путем внедрения усовершенствованных методов формирования пищеводных анастомозов.

Материал и методы. Отделение хирургии пищевода и желудка располагает опытом 214 одномоментных эзофагопластик с формированием пищеводных анастомозов (ПА) у больных раком пищевода с 1991 по 2015 г. Все операции проводились одномоментно. Соблюдались все принципы радикальности. По возможности выбирали менее

травматичные доступы.

Больных с I стадией не было в наших наблюдениях; со II - только 18 (8,4%) пациентов. Что свидетельствует о низкой ранней диагностике рака пищевода, что является основным неблагоприятным фактором любого хирургического лечения больных с опухолями пищевода. Большинство больных поступило с III - 128 (71,5%) и IV стадиями - 33 (18,4%).

207 больным выполнялась экстирпация пищевода с одномоментной эзофагогастропластикой. Из них 165 больным использован абдомино-цервикальный доступ; 42 больным - торако-абдомино-цервикальный доступ; Операция Льюиса выполнена 5 больным, операция Гарлока - 2.

207 пациентов с внеполостными ПА в зависи-

ности от вариантов их формирования распределены на 2 группы. Контрольную группу (КГ) составили 74 пациента, которым использованы "традиционные" ПА. Анализ формирования анастомозов в КГ показал следующую частоту несостоительности ПА: при ЭзГА "конец в конец" с салазочными швами по Березову ($n=63$) у 36,7%; при инвагинационном ЭзГА ($n=9$) у 22,2%, при ЭзГА "конец в бок" ($n=2$) у 50%. Кроме недостаточности пищеводных соустьй выявлены другие специфические осложнения эзофагопластики: концевой некроз трансплантата у 4, недостаточность швов трансплантата у 1, которые проявлялись недостаточностью ПА.

Для улучшения результатов эзофагопластики нами усовершенствована техника формирования ПА: проводится рассечение передне-левой стенки пищевода вверх в косопоперечном направлении на 2-3 см. При этом увеличивается площадь форми-

руемого ПА; исключается гофрирование зоны ПА, адекватно сопоставляются слизистые оболочки сшиваемых органов, линия ПА не находится в одной плоскости, что уменьшает натяжение швов; сохраняется в большей степени кровоснабжение правой стенки пищевода, что улучшает качество его микроциркуляции. Мы назвали его - косопоперечный ЭзГА.

Косопоперечные ПА использованы 133 больным основной группы (ОГ). Недостаточность при ЭзГА ($n=133$) развилась у 13,5% больных. Концевой некроз гастротрансплантата развился только у 1 больного. Летальность в ОГ снизилась до 9,7% по сравнению с КГ - 17,5%.

Выводы. Внедрение косопоперечных пищеводных анастомозов позволило не только значительно снизить частоту недостаточности, но и послеоперационную летальность более чем в 2 раза.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ХРОНИЧЕСКИХ ЯЗВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Дадаев Ш.А., Мельник И.В., Хасанов С.М., Исаков Ш.Ш.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования - изучить возможности эндоскопии в диагностике и лечении кровотечений из хронических язв двенадцатиперстной кишки.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 404 пациентов с кровотечением из хронических язв двенадцатиперстной кишки. Мужчин было 322, женщин - 82, в возрасте от 22 до 84 лет.

Результаты и обсуждение. Всем пациентам в приемном отделении после предварительного промывания желудка выполнена ЭГДФС. Установить локализацию и характер источника кровотечения при первичном осмотре удалось у всех больных (100%). В основном пациенты поступали в стационар с остановившимся кровотечением: F-IIA (73), F-IIB (186), F-IIIC (102), F-III (26). Активное кровотечение диагностировано у 17 пациентов - F-IA (6), F-IB (11). Наиболее часто причиной кровотечений были язвы размером до 1 см - 208 (51,5%); язвы диаметром до 0,5 см диагностированы у 152 (37,6%) больных; до 2 см - у 36 (8,9%); более 2 см - у 8 (2%). С кровопотерей легкой степени поступили 215 (53,2%) больных, средней - 157 (38,9%), тяжелой - 23 (5,7%), крайне тяжелой - 9 (2,2%). Геморрагический шок I степени при поступлении имел место у 86 (21,3%), II степени - у 32 (7,9%) и III степени - у 11 (2,7%) больных. Остальные 275 (68,1%) пациентов поступили в стационар без признаков геморрагического шока.

В лечении кровотечений из хронических язв двенадцатиперстной кишки применяем активную индивидуализированную лечебную тактику, включающую эндоскопический гемостаз, динамическую эндоскопию, прогнозирование вероятности развития рецидива кровотечения, индивидуальный под-

ход к выбору срока и объема оперативного вмешательства. В случае высокого риска рецидива кровотечения пациентам с соматическим статусом ASA I-III показано оперативное вмешательство в срочном порядке. Больным с соматическим статусом ASA IV-V необходим динамический эндоскопический контроль. Оперативное вмешательство показано в экстренном порядке при рецидиве кровотечения и в случае неэффективности эндоскопического гемостаза. В случае низкого риска рецидива кровотечения больным проводят постоянный эндоскопический контроль. Дальнейшая лечебная тактика зависит от эндоскопической картины. Наиболее высокий риск рецидива кровотечения отмечается при язвах, локализующихся в постбульбарном отделе, в области задней и задне-верхней стенки луковицы ДПК. Рецидив кровотечения в стационаре после первичной консервативной или эндоскопической остановки возник в 28 (6,9%) случаях, более 70% язв имели указанную локализацию.

Всего оперативные вмешательства выполнены 121 (29,9%) больному: в экстренном порядке - 37 (30,6%), срочном - 45 (37,2%), отсроченным - 39 (32,2%). Резекция желудка произведена 91 (75,2%) больному; клиновидное иссечение язвы - 23 (19%), прошивание язвы - 7 (5,8%). Послеоперационные осложнения развились у 19 (15,7%) пациентов: недостаточность культи ДПК - у 7 (5,8%), пневмония - у 4 (3,3%), инфаркт миокарда - у 3 (2,5%), ОНМК - у 2 (1,7%), тромбоэмболия легочной артерии - у 2 (1,7%), гастростаз - у 1 (0,8%). Послеоперационная летальность составила 14% (17 больных). Причины летальных исходов: послеоперационный перитонит - у 7, декомпенсированный ге-

моррагический шок - у 5; инфаркт миокарда - у 2, ТЭЛА - у 2, ОНМК - у 1 больного.

Выводы. В настоящее время эндоскопия является основным лечебно-диагностическим методом при кровотечениях из хронических язв двенадцатиперстной кишки. Широкое использование эндоскопического гемостаза, динамический контроль за процессом гемостаза в кратере кровоточащей язвы позволяют минимизировать частоту развития ре-

цидива кровотечения (6,9%); обеспечивают своевременное оперативное вмешательство. Высокие диагностические возможности эндоскопии подтверждены у 100% больных. Эффективность эндоскопического гемостаза при кровотечении F-IА составила 16,6%, при F-IB - 63,6%. Оперативная активность - 29,9%, частота послеоперационных осложнений - 15,7%, послеоперационная летальность - 14%, общая - 4,7%.

ПРИНЦИПЫ И ОБОСНОВАНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

Дадаев Ш.А., Мельник И.В., Хасанов С.М., Исаков Ш.Ш., Джуманов А.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования - изучить результаты лечения больных острым калькулезным холециститом, структуру послеоперационных осложнений и летальность среди оперированных по принципам активной хирургической тактики.

Материал и методы исследования. Проанализированы результаты лечения 1231 больного с различными формами острого калькулезного холецистита. Мужчин было 382, женщин - 849 в возрасте от 18 до 75 лет. В течение первых суток от начала приступа в стационар поступили 767 (62,3%) пациентов; более суток от начала заболевания отмеченного в анамнезе у 464(37,7%).

Результаты и обсуждение. В лечении пациентов с острым калькулезным холециститом придерживаемся активной хирургической тактики. Экстренное оперативное вмешательство (от 2 до 6 часов) проводим больным острым калькулезным холециститом, протекающим с явлениями местного, диффузного или разлитого перитонита. Срочная операция (первые 24-48 часов с момента поступления) проводится больным острым деструктивным холециститом; обтурационным холециститом; при невозможности купирования болевого синдрома применением стандартной консервативной спазмолитической терапии. Отсроченные операции (48-72 часа) выполняются больным острым калькулезным холециститом с наличием декомпенсированной сопутствующей патологией, требующей медикаментозной коррекции в целях предоперационной подготовки; пациентам с признаками обтурационного холецистита, при отсутствии положительной УЗИ динамики (уменьшение размеров желчного пузыря), признаков перитонита и перивезикальных осложнений. Всего оперативное вмешательство выполнено 912 (74,1%) больным. В остальных случаях удалось купировать приступ консервативными мероприятиями. В экстренном порядке оперированы 72 (7,9%), в срочном - 647 (70,9%), в отсроченном - 193 (21,2%) больных. Катаральный холецистит имел место у 131 (14,4%), флегмонозный - у 657 (72%), гангренозный - у 121 (13,3%), хронический - у 3(0,3%) пациентов. Холецистэктомия лапаротомным

способом выполнена 408 (44,7%) больным, лапароскопическая холецистэктомия - 504 (55,3%). У 43 больных выявлен местный, у 17 - диффузный, у 3 - разлитой перитонит. В 18 (3,6%) случаях при выполнении лапароскопической холецистэктомии в связи с техническими трудностями выполнена конверсия. Причиной конверсии явились: парапузырный инфильтрат (6), повреждение холедоха (4), парапузырный абсцесс (3), кровотечение из пузырной артерии (2), диффузное кровотечение из ложа желчного пузыря (2), аномалия желчных путей (1). Послеоперационные осложнения после традиционной холецистэктомии развились у 41 (10,5%) больного: нагноение раны (16), ранняя кишечная непроходимость (8), бронхолегочные (8), осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы (5), подкожная эвентрация (3), желчеистечение (1). У пациентов, оперированных лапароскопическим путем, осложнения развились в 18 (3,6%) случаях: нагноение раны (2), бронхолегочные (3), осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы (3), внутрибрюшное кровотечение (3), желчеистечение (7).

Причинами летальных исходов у 13 (3,2%) пациентов после традиционной холецистэктомии явились: тромбоэмболия легочной артерии (4), инфаркт миокарда (3), послеоперационная пневмония (2), сепсис (2), полиорганская недостаточность (2). После лапароскопического вмешательства летальные исходы имели место в 5 (1%) случаях: тромбоэмболия легочной артерии (2), инфаркт миокарда (1), послеоперационная пневмония (1), полиорганская недостаточность (1).

Выводы. Лечение пациентов с острым калькулезным холециститом является одной из актуальных задач неотложной абдоминальной хирургии. Оперативное вмешательство должно выполняться не позже 3 суток с момента поступления больного. Консервативная терапия как самостоятельный метод лечения острого калькулезного холецистита, как правило, не решает проблему, приводит к потере времени, развитию тяжелых осложнений, выполнению оперативных вмешательств в худших условиях. Следует стремиться к выполнению малоинвази-

зивной лапароскопической операции, которая характеризуется меньшей частотой послеоперационных осложнений и летальности. При интраопера-

ционных технических трудностях необходимо своевременно переходить на конверсию для предупреждения тяжелых осложнений.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ И РЕЦИДИВНЫХ ГРЫЖ ЖИВОТА

Ещанов А., Артыкназов С..

Республиканский многопрофильный медицинский центр им. У.Халмуратова МЗ Республики Каракалпакстан

С увеличением количества хирургических вмешательств на органах брюшной полости, лиц с ожирением, сахарным диабетом и ростом инфекционных осложнений послеоперационных ран растет число больных с послеоперационными грыжами. По данным литературы, они осложняют 6-10% лапаротомий. Методы хирургической коррекции послеоперационных вентральных грыж подразделяются на две группы: методы пластики с использованием местных тканей и методы с использованием дополнительных пластических материалов. После аутопластических методов коррекции послеоперационных грыж количество рецидивов, по данным разных авторов, достигало 25%. Поэтому в последнее годы стали широко применять аллопластические синтетические материалы. Существуют три основных варианта расположения протеза при аллопластике. Наиболее технически простым является фиксация протеза поверх ушитых грыжевых ворот ("onlay"). Более сложный вариант-размещение протеза под апоневрозом("sublay") и вариант, когда грыжевой дефект закрывается протезом без ушивания грыжевых ворот.

Мы располагаем опытом хирургического лечения 179 больных с послеоперационными грыжами

живота. В наших наблюдениях преобладали мужчины в возрасте 40-60 лет. У 93 (51,9%) больных отмечены грыжи больших размеров. У 137 (76,5%) больных для пластики грыжевых ворот использовали синтетические сетчатые материалы (пролен-62, линтекс-69 и сургипро-6). Из них с вентральными грыжами живота было 84 (61,3%). 53 (38,7%) больным аллопластические операции предприняты по поводу прямых и рецидивных паховых грыж. Вентральные грыжи чаще всего локализовались по срединной линии в эпигастральной области и ниже пупка. У 121 (88,3%) больного протез располагали по методике "onlay", 16 (11,7%) больным - по методу "sublay". При первом способе в подкожно-жировой клетчатке оставляли дренажную трубку с активной аспирацией, которую удаляли на 4-5 сутки. В этой группе у 4 больных отмечено длительное выделение серозного раневого отделяемого, у одной - отторжение протеза в результате несостоятельности кишечного шва и образования кишечного свища. У больных с расположением протеза "sublay" осложнений не было. Поэтому мы предпочтение отдаём подапоневрозному расположению протеза. В отдаленном периоде у больных, оперированных с применением аллопластических методов, рецидива не было.

СИМУЛЬТАННЫЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ

Ещанов А., Артыкназов С..

Республиканский многопрофильный медицинский центр им. У.Халмуратова МЗ Республики Каракалпакстан

Использование современной видеолапароскопической техники и грамотное анестезиологическое обеспечение позволяют выполнять симультанные операции при сочетанной патологии органов брюшной полости. С мая 2013 года мы используем видеолапароскопическую технику в лечении желчекаменной болезни. Всего выполнены 346 видеолапароскопических операции: из них 19 - симультанные операции выполнены больным с сопутствующей патологией гениталий. У 6 больных выявлена миома матки, у 6 - киста яичника, у 2 - миома и гидросальпинкс. У 4 - больных лапароскопическая холецистэктомия сочеталась с аллогениопластикой (паховая грыжа (2)), нижнесредин-

ной послеоперационной грыжей (2). 1 больному произведены лапароскопическая холецистэктомия и ликвидация непаразитарной кисты печени.

Больным с миомой матки первым этапом выполняли лапароскопическую холецистэктомию в классическом варианте и перемещение желчного пузыря в малый таз. Затем выполняли нижнесрединную лапаротомию и ампутацию матки (4); консервативную миомэктомию (2), консервативную миомэктомию с сальпингэктомией (2). У 6 больных с сочетанной кистой яичника кистэктомию выполняли также лапароскопически. До приобретения видеоэндоскопической техники 3 больным при сочетанных патологиях желчного пузыря и органов гениталий выполняли

холецистэктомию и одномоментную ампутацию матки из двух доступов: косая лапаротомия в правом подреберье и нижнесрединная лапаротомия. Сравнительный анализ традиционных и лапароскопических ме-

тодов симультанных операций показывает малую травматичность при использовании лапароскопической техники, раннюю активацию больных, сокращение послеоперационного периода.

ЖЕЛЧЕКАМЕННАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА

Зохидова С.Х., Карабаев Х.К., Рузиев П.Н., Авазов А.А., Сайдов Ш.А.

Самаркандский государственный медицинский институт

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Желчекаменная непроходимость тонкого кишечника встречается довольно редко, и многие хирурги сообщают только о единичных наблюдениях. Этот вид обтурации составляет от 0,5% до 2% (А.В. Федоров с соавт., 2007).

Цель исследования - проанализировать течение и исход лечения больных с обтурацией просвета тонкой кишки желчным камнем.

Материалы и методы. В Самаркандском филиале РНЦЭМП в 2010-2017 г. прооперированы 1363 больных острой кишечной непроходимостью (ОКН). Из них у 5 (0,36%) причиной ОКН были желчные камни. Мужчин было 3, женщин - 2 в возрасте от 42 до 77 лет. У всех больных были от 5 до 8 различных тяжелых сопутствующих заболеваний.

Результаты. У всех больных в анамнезе желчекаменная болезнь отсутствовала. Первыми симптомами явились боли в животе (мезогастрини 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 лабораторными данными, выявлены в 4 случаях. Вздутие живота не обнаружено. Пальпаторно болезненность определялась в левых отделах живота и мезогастральной области. Перистальтика была обычной, лишь в одном случае - несколько усиленной. Выраженность клинических проявлений прямо зависела от длительности заболевания. При относительно благоприятном течении в начале заболевания 2-3 суток у всех пациентов отмечались ухудшение общего состояния, усиление болей, повторная рвота, в 1 случае - судороги; 5 сутки - анурия. Задержка стула 2-3 дня была у 2 пациентов.

На фоне проводимой терапии во всех случаях отмечался положительный эффект - прекращение болей и рвоты, отхождение газов и в большинстве случаев - стул после очистительной клизмы. Однако через 4-8 ч. улучшение сменялось возобновлением и усилением болей, повторной рвотой. У одной из наших пациенток на 5 сутки заболевания развились симптомы перитонита.

Рентгенологическая картина была неспецифичной. Рентгеноконтрастный конкремент выявлен у одной больной при ретроспективном анализе. В

других наблюдениях при первичном исследовании установлен пневматоз тонкой кишки; в одном случае на 5 сутки заболевания - единичный уровень жидкости в правой половине толстой кишки, что было расценено динамической кишечной непроходимостью. У одной больной через 72 часа после первичного исследования появились признаки тонкокишечной непроходимости; у остальных в течение 15-32 ч. - замедленный пассаж бария, пневматоз 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 обтурация подвздошной кишки у 4 и у 1 - некроз тонкого кишечника. 4 больным произведена энтеротомия, удаление камней (4,0x4,5, 5,6x5,0 - 7 штук) и ушивание кишки. Техника оперативного вмешательства была следующей. После интубации тонкой кишки с обязательной аспирацией содержимого, камень осторожно смещали проксиимально на 40-50 см. Производили поперечную энтеротомию на протяжении 2 см, извлекали конкремент. Рану кишки ушивали двурядными швами. Слизистую с подслизистым слоем ушивали непрерывным кетгутовым швом. Затем после антисептической обработки раны ушивали узловыми швами мышечный и серозный слои в поперечном направлении. В результате шов получался небольшим без деформации просвета кишки. Назоинтестинальный зонд для декомпрессии проводили до илеоцекального угла.

Одной больной с некрозом подвздошной кишки произведена резекция кишки, удаление камня и наложением одноствольной илеостомы. В 4 случаях послеоперационный период протекал на фоне продолжающегося перитонита и полиорганной недостаточности. Выздоровел всего один больной.

Выводы. Желчекаменная кишечная непроходимость характеризуется атипичной клинической картиной, что обуславливает диагностические трудности и оперативное лечение в поздние сроки. Очевидно непроходимость бывает неполной, конкремент постепенно продвигается по кишке. При этом происходит частичный сброс химуса в нижележащие отделы. Уровень обтурации кишки зависит от длительности заболевания.

ВОЗМОЖНОСТЬ ПОВТОРНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РЕЦИДИВОМ ГРЫЖИ, ОСЛОЖНЕННЫМ КОЖНО-ПРОТЕЗНЫМ СВИЩЕМ

Калиш Ю.И., Аметов Л.З., Кабулов М.К., Хан Г.В., Шаюсупов А.Р.

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

Прогресс в герниологии во многом обусловлен разработкой и широким применением биосовместимых протезных материалов. Однако этому направлению сопутствует осложнение: острое и хроническое воспаления, развивающиеся вокруг имплантатов. Сообщения о частоте гнойных осложнений после аллогенернопластики немногочисленны.

Материал и методы. В отделении общей и лазерной хирургии АО "РСЦХ имени академика В.Вахидова" с 2007 по 2016 г. наблюдали 11 пациентов с кожно-протезными свищами. Мужчин было 4, женщин - 7 в возрасте от 54 до 83 лет.

Ретроспективный анализ показал, что 10 пациентам была выполнена имплантация протеза в позиции "onlay", использованы сетки из полипропилена. В 5 случаях протезирующая пластика была выполнена ранее в условиях инфицированности грыжи (при наличии лигатурных свищей, лигатурных абсцессов и гранулем). Время существования кожно-протезного свища (КПС) составило от 1 года до 6 лет. Пациентам длительное время проводилось безуспешное консервативное лечение.

Результаты и обсуждение. Раневая инфекция - основная причина возникновения и формирования КПС. У всех 11 пациентов предыдущая операция осложнилась нагноением раны и развитием парапротезной инфекции, что не позволяет фибробластам интегрироваться в протез. В 7 случаях свищи проявлялись отверстием размерами от 0,2 до 0,6 см в диаметре. В 4 случаях наблюдались дефекты кожи размером от 2 до 10 см, дном которых являлся имплантат.

В план обследования пациентов с КПС включали фистулографию, УЗИ области имплантации протеза, гистологическое исследование операционного материала. Наряду с традиционной предоперационной подготовкой проводили санацию свищей и облучение ультрафиолетовым лазером, обладающим бактерицидным эффектом ($Pn = 2,5 - 5 \text{ мВт}$; $t = 2\text{мин}$; $W = 1,5-3 \text{ Дж/см}^2$).

Вопрос о повторной операции при наличии хронической парапротезной инфекции не вызывает сомнений. Имплантаты из полипропилена при наличии инфекции, как правило, требуют раннего удаления. В результате это может привести к рецидиву грыжи, что требует повторной установки протеза или аутопластики.

Из 11 пациентов 10 оперированы. В двух случаях выполнено иссечение участка протеза в пределах его интегрированной части.

Восьми пациентам выполнено полное удаление имплантатов с широкой диссекцией инфицированных тканей.

При сформированной фиброзной капсуле без рецидива грыжи в 4 случаях операция была завершена дренированием операционной раны с предварительным облучением всей поверхности расфокусированным лучем CO_2 -лазера.

Репротезирование проведено 4 больным. На этапах операции так же использован углекислотный лазер для облучения операционной раны (длина волны 10,6 мкм, мощность излучения - 25 Вт, экспозиция 1 сек. на 1 см^2 раневой поверхности).

Из 10 оперированных пациентов с хронической парапротезной инфекцией у 9 наступило выздоровление; в 1 случае после реимплантации через 6 месяцев образовался новый свищ.

Выводы. Ведущими в патогенезе возникновения КПС после герниопластики с использованием сетчатых эндопротезов являются раневые осложнения. Неадекватное дренирование пространства над имплантатом может привести к образованию сером с последующим развитием парапротезной инфекции.

Своевременное устранение этих осложнений позволяет в большинстве случаев купировать проявление парапротезной инфекции без удаления имплантата.

При наличии хронической инфекции необходимо удаление имплантата.

ПРОТЕЗНАЯ ПЛАСТИКИ: ПРИЧИНЫ РЕЦИДИВА ГРЫЖИ

Калиш Ю.И., Аметов Л.З., Шаюсупов А.Р., Кабулов М.К., Рузиматов М.Х.

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

Актуальной и малоизученной проблемой протезной пластики вентральных грыж является рецидив. Использование синтетических и биологических протезов сегодня является "золотым стандартом". Каковы причины возврата грыжи, при, казалось бы, самом надежном методе?

Материал и методы. В отделении общей и лазерной хирургии АО "РСЦХ имени академика В.Вахидова" в 2003-2016 г. наблюдались 54 (3,5%) пациента (мужчин - 16, женщин - 38) с осложнениями (рецидив, кожно-протезный свищ) после протезной пластики. По поводу послеоперационной

грыжи ранее оперированы - 46, паховой - 7, пупочной - 1. В 47 случаях ранее выполнялась пластика полипропиленовым имплантатом способом "onlay". 7 пациентам с паховой грыжей - операция Лихтенштена. Рецидив наступил через 3-7 лет после протезной пластики.

Мы различаем следующие типы рецидивных грыж, возникших после протезирования передней брюшной стенки: парапротезные, подпротезные и внепротезные, возникшие на удалении от ранее установленного протеза.

Из 54 оперированных пациентов с постпротезными грыжами у 37 во время операции обнаружен отрыв по одному из краев протеза; в формировании грыжевого мешка принимала участие ранее имплантированная сетка. В 2 случаях имплантат был фиксирован по всему периметру с наличием грыжевого выпячивания под ним. Полный отрыв сетки наблюдался в 1 случае, когда сморщеный протез находился на поверхности грыжевого выпячивания. Вновь образовавшиеся грыжи были у 3 пациентов в стороне от имплантированной сетки. У 8 пациентов кожно-протезный свищ сочетался с рецидивом грыжи. У них обнаружено отсутствие интеграции протеза с подлежащими тканями на значительном участке с образование полости под ним. В 3 случаях образовался лигатурный конгломерат (клубок шелковых лигатур расположенный под протезом) с фибрином, гранулами и гнойным детритом.

Результаты и их обсуждение. Выбор способа хирургического лечения рецидивных грыж, возникших после протезирования, основывался на результатах дооперационных сонографических исследований. Окончательное решение принимали в зависимости от интраоперационной ситуации. Наиболее часто встречались сморщивание и деградация имплантата - у 23 пациентов. В таких случаях удаляли старый протез и реимплантировали новый. При небольших грыжевых воротах в случае парапротезной грыжи использовали ранее установленную интегрированную тканями сетку с подшиванием края протеза в край грыжевых ворот (12 случаев). У 5 больных образовавшийся грыжевой дефект был ушит с имплантацией новой сетки по-

верх старой в виде вставки.

При внепротезной грыже, расположенной в стороне от ранее установленной сетки, выполнена имплантация нового протеза 3 пациентам.

Наиболее сложную группу составляют пациенты с постпротезными грыжами в сочетании с кожно-протезными свищами. Этим пациентам выполнены следующие операции. В 7 случаях был полностью удален старый протез и имплантирован новый в условиях контаминации раны. На этапах удаления протеза и имплантации нового в бактерицидных целях использовали углекислотный лазер "Скалпель-1" в расфокусированном режиме. В 4 случаях в связи с развитием выраженной фиброзной капсулы выполнена аутопластика.

Предварительный анализ причин неудовлетворительных отдаленных результатов согласно обнаруженным операционным находкам показывает, что они вызваны следующими объективными факторами:

- нарушение техники операции (расположение сетчатого протеза в позиции "onlay" с недостаточной или неправильной его фиксацией; использование неадекватного шовного материала для фиксации имплантата (лавсан, капрон, шелк и т.д.);
- смещение, отрыв и деформация протеза, обусловленные несоблюдением и невыполнением больными рекомендаций (чрезмерные физические нагрузки в ближайшем послеоперационном периоде, увеличение массы тела);
- сморщивание и деградация протеза, связанные с воспалительными, пролиферативными процессами в окружающих тканях.

Заключение. При полной интеграции ранее установленного протеза и отсутствии очага инфекции полное удаление ранее имплантированного протеза не требуется. Данный протез можно использовать для пластики грыжевых ворот с дополнительным репротезированием.

Выбор способа хирургического лечения рецидивных грыж, возникших после протезирования, должен основываться на результатах дооперационных сонографических исследований.

Окончательное решение принимается в зависимости от интраоперационной ситуации.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДВУХКОМПОНЕНТНОГО ПРОТЕЗА ДЛЯ ПЛАСТИКИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Калиш Ю.И., Байбеков И.М., Аметов Л.З., Шаюсупов А.Р.

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

Выбор объема пластики брюшной стенки (реконструкция или коррекция) при гигантской послеоперационной вентральной грыже (ПОВГ) продолжает дискутироваться. Чтобы уменьшить частоту образования спаек предлагается множество вариантов комбинированных протезов, ведутся по-

иски сочетания синтетических материалов с такими биологическими, как амниотическая оболочка, ксеноперикард.

Существуют ситуации, когда необходимый синтетический материал с антиадгезивным покрытием у пациентов отсутствует.

Цель - изучить в эксперименте тканевую реакцию передней брюшной стенки и органов брюшной полости животных на имплантацию двухкомпонентного протеза.

Материалы и методы исследования. Экспериментальные исследования выполнены на 8 кроликах массой от 2,2 до 3 кг. под эндотрахеальным наркозом.

Нами разработана модель протеза, состоящая из двух видов имплантатов, нижний PTFE (политетрафторэтилен), располагающийся в брюшной полости, и верхний (пролен), располагающийся над апоневрозом. Оба протеза соединены по середине по всей длине проленовым швом условно моделирующим "белую линию". После срединной лапаротомии животным имплантировали комбинированный протез. Нижний листок конструкции фиксировали узловыми П-образными швами к прямым мышцам брюшной стенки. Латеральные края протеза заводили на глубину до 2 см по всему периметру дефекта. При этом нижний листок протеза (PTFE) отграничивает внутренние органы брюшной полости от верхнего листка. Верхний листок (полипропилен) использовали для укрепления передней брюшной стенки. Его располагали над апоневрозом с фиксацией узловыми или непрерывными швами без ушивания дефекта.

Результаты: Послеоперационные раны у экспериментальных животных зажили первичным наружением. На 10, 20 и 30 сутки путем передозировки средств для наркоза животных выводили из эксперимента.

Макроскопически установлено отсутствие спаек висцеральной брюшины с PTFE протезом. Петли

кишечника лежат свободно. На 10 сутки визуально отмечено образование тонкой капсулы, покрывающей нижний протез. Верхний листок (полипропилен) конструкции интегрирован соединительной тканью, о чем свидетельствует прорастание ячеек протеза.

Результаты. Образцы тканей передней брюшной стенки с эндопротезом подвергали морфологическому исследованию.

Изучение с помощью световой микроскопии образцов из зоны пластики брюшной стенки при комплексном использовании PTFE и сетки из полипропилен выявило, что при контакте структур PTFE и компонентов сетки они не повреждаются изменениям, указывающим на их взаимовлияние, приводящим к структурным изменениям.

Контакт PTFE с тканями апоневроза и мышц не вызывает в них каких-либо патологических реакций.

Экспериментальные и морфологические исследования показали, что использование двухслойного протеза не влияет на течение раневого процесса и сроки заживления раны. Макроскопически отмечается отсутствие спайкообразования висцеральной брюшины с PTFE протезом у животных. К 30 суткам PTFE протезом покрывается тонкой соединительно-тканной пленкой. При микроскопии верхняя полипропиленовая сетка интегрирует с окружающими тканями, к 14 суткам отмечается неоваскулогенез.

Заключение. Двойное протезирование моделирует белую линию живота и при этом не вызывает структурных изменений и патологических реакций в апоневрозе, мышцах и висцеральной брюшине.

РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РЕЦИДИВНЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ НА ФОНЕ ЛИГАТУРНЫХ И КИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ

Калиш Ю.И., Хан Г.В., Шаюсупов А.Р., Ахмедов А.Р.

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

Натяжная герниопластика грыж передней брюшной стенки в ряде случаев приводит к их рецидиву, особенно при длительно существующих лигатурных свищах и тем более - сформированных кишечных свищах. Это обуславливает необходимость решения таких важных вопросов, как предоперационная подготовка и определение адекватных способов повторных вмешательств.

Следует принять во внимание имеющиеся осложнения, подход к завершению операции, что требует выполнения протезной пластики передней брюшной стенки (как корректирующей, так и реконструктивной).

Цель - изучить результаты реконструктивно-восстановительных операций при рецидивных вентральных грыжах на фоне лигатурных и кишечных свищей.

Материал и методы. Мы располагаем опытом лечения 36 больных с рецидивными послеопера-

ционными вентральными грыжами, протекающими на фоне лигатурных и кишечных свищей.

Всем пациентам ранее была произведена "натяжная" герниопластика, после которой сформировались длительно существующие (от 1 года до 15 лет) лигатурные свищи. У 3 больных наблюдались кишечные свищи (тонкой и толстой кишки), что было подтверждено результатами фистулографии. Размер послеоперационной грыжи колебался от 10 до 35 см в диаметре. По классификации Chevrel-Rath (SWR-classification), размеры грыжевого дефекта были следующими: W4-9, W3-21, W2-5. В 1 случае была рецидивная паховая грыжа.

До операции помимо общеклинических методов исследования, больным проводили УЗИ передней брюшной стенки для определения наличия лигатурных гранулом, протяженности и глубины свищевого хода, величины дефекта апоневроза, со-

держимого грыжевого мешка; фистулографию для диагностики кишечных свищей. Предоперационная подготовка включала санацию очагов инфекции (лигатурных или кишечных свищей): обработка растворами антисептиков и антибиотиков по результатам бактериологического исследования, облучение ультрафиолетовым лазером свищевых ходов и мацерации кожи вокруг свища.

Непосредственно перед операцией выполняли хромографию свищевого хода раствором бриллиантового зеленого для определения границ полной диссекции тканей. Единым блоком иссекали кожу, подкожную клетчатку с лигатурными свищами.

Для профилактики лимфореи и с бактерицидной целью всю раневую поверхность облучали расфокусированным лучом СО₂-лазера мощностью 25 Вт до полной карбонизации тканей. После этих процедур выполняли протезную пластику (коррекция - 9, реконструкция - 27) передней

брюшной стенки. З больным с кишечными свищами выполнили резекцию участка кишки, несущей свищ, с наложением межкишечного анастомоза "бок в бок".

Результаты. У 30 больных рана зажила первичным натяжением. У 4 были серомы, ликвидированные консервативными мероприятиями. У 2 больных наблюдалось нагноение послеоперационной раны, которая после длительного лечения зажила вторичным натяжением.

Выводы. Для профилактики гнойно-воспалительных осложнений у больных с лигатурными и кишечными свищами необходима их санация с учетом результатов бактериологического исследования; широкое иссечение мягких тканей в едином блоке с лигатурными гранулами и свищами под контролем интраоперационной хромографии; облучение раневой поверхности расфокусированным лучом СО₂-лазера.

СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПРОТЕЗНОЙ ПЛАСТИКЕ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Калиш Ю.И., Хан Г.В., Шаюсупов А.Р., Йигиталиев С.Х.

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

Введение. Лечение вентральных грыж относится к числу сложных проблем современной хирургии. Наличие сопутствующих хирургических заболеваний органов брюшной полости нередко усложняет как само оперативное вмешательство, так и послеоперационное течение. Тактика лечения данного контингента больных остается спорной. Это связано с недостаточной изученностью данной проблемы и особенностями аллогерниопластики при выполнении сочетанных операций на органах брюшной полости, полярностью мнений о показаниях и противопоказаниях к сочетанным операциям, отсутствием единого мнения и четких рекомендаций по тактике лечения такой категории больных.

Материалы и методы исследования: Нами обследованы и оперированы 143 пациента с вентральными грыжами и сопутствующими хирургическими заболеваниями органов брюшной полости в отделении лазерной хирургии АО "РСЦХ имени академика В.Вахидова" в 2003-2016 г. Им выполнены различные виды протезной пластики в сочетании с операциями на органах брюшной полости. В основном выполнялись холецистэктомии (122), резекции кишечника (5). По поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки выполнены 6 операций. В 2 случаях по поводу грыж пищеводного отверстия диафрагмы произведены фундопликации; по гинекологическим показаниям 8 больным произведена экстирпация матки.

Результаты. С первичной грыжей оперированы 18,8% пациентов. 81,2% составили пациенты с пос-

леоперационными или рецидивными грыжами. Из 143 симультанных операций 107 осуществлены через грыжевые ворота. Наиболее часто симультанно выполняли холецистэктомию - 85%: в том числе открытым способом - в 45% случаев, лапароскопическим - в 55%. При первичных грыжах малых и средних размеров в 6 случаях произведена лапароскопическая герниопластика с внутрибрюшинным расположением композитной сетки. Операции на органах малого таза составили 5,5%. Резекция желудка выполнена в 2% и трункулярная vagotomия с пилоропластикой в 2%. Резекция тонкой кишки в 5,5%. В единичных случаях произведены эхинококкэктомия из печени и спленэктомия.

При выполнении симультанных операций выбор доступа к органу определялся расположением грыжевых ворот на передней брюшной стенке. При наличии грыжевых ворот в гипогастральной области первый этап операции (холецистэктомия, фундопликация) в верхнем этаже брюшной полости выполняли лапароскопически, вторым этапом выполняли протезную герниопластику. Доля данных вмешательств составила 25%.

Осложнения наблюдали только со стороны послеоперационной раны в виде сером у 5,2% больных.

Заключение. Целесообразны дальнейшее совершенствование и разработка способов сочетанных операций при хирургическом лечении послеоперационных вентральных грыж с сопутствующими заболеваниями, требующими оперативного лечения, в том числе с применением видеоэндоскопической техники.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОТЕЗНОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ III СТЕПЕНИ

Калиш Ю.И., Хан Г.В., Шаюсупов А.Р., Эгамов Б.Ю.

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

Ожирение способствует появлению вентральных грыж как первичных, так и после вмешательств на органах брюшной полости. Лечение вентральных грыж у больных с ожирением остается актуальной проблемой современной абдоминальной хирургии.

Цель исследования - провести анализ непосредственных результатов протезной герниопластики у больных с ожирением III степени и нормальной массой тела.

Материал и методы. В отделении общей и лазерной хирургии с 2003 по 2016 г. выполнены 1512 протезных герниопластик по поводу различных вентральных грыж. 270 (17,8%) пациентов страдали ожирением III степени. Они вошли в I группу (ИМТ более 40), женщин было 254, мужчин - 16 в возрасте от 28 до 80 лет (в среднем, $53,1 \pm 0,7$ года). 2 группа - больные с нормальной массой тела (ИМТ до 25). Из них 33 женщины и 19 мужчин в возрасте от 19 до 86 лет (в среднем, $49,6 \pm 2,4$ года). В 1 группе рецидивные грыжи были у 64 больных, во 2 группе - у 7.

Пациентам проводили общеклинические обследования, УЗИ брюшной полости и грыжевого выпячивания; спирометрию, КТ-герниоабдоминометрию. При сопутствующих соматических заболеваниях проводили консультацию смежных специалистов.

По размеру грыжевых ворот в 1 группе преобладали пациенты (W2, W3) с дефектом апоневроза от 6 см и более, во 2 группе половину составили пациенты (W1), у которых дефект апоневроза был менее 5 см.

Для профилактики тромбоэмбологических осложнений больным вводили низкомолекулярный гепарин (Эноксипарин 0,6 п/к) за 12 часов до операции, выполняли эластическую компрессию нижних конечностей.

Все пациенты оперированы в плановом порядке. В 1 группе 40 больным при грыжах W4, W3

выполнена коррекция передней брюшной стенки; 230 - реконструкция. По способу расположения протеза в 1 группе больные распределились следующим образом: Onlay - 246, Sublay - 4, Inlay - 17, Intraabdominalis - 3. Во 2 группе при W4, W3 в 2 случаях произведена коррекция, в 48 - реконструкция передней брюшной стенки. Протезы в данной группе установлены в позиции Onlay - 43, Sublay - 2, Inlay - 4, Intraabdominalis - 1.

Для профилактики рётенционных осложнений перед имплантацией протеза апоневроз и отмобилизованную подкожно-жировую клетчатку обучали CO₂-лазером (W - 25 Вт) в расфокусированном режиме. Во всех случаях при расположении протеза в позиции onlay дренировали парапротезное пространство.

Анализ послеоперационных раневых осложнений показал, что в 1 группе серомы возникли у 51 (18%) пациента; в 1 случае - гематома и в 2 - нагноение послеоперационной раны. Во 2 группе всего у 4 (8%) больных отмечались серомы и в 1 случае - гематома.

После ранее выполненных натяжных методов герниопластики в группе больных с ожирением рецидив составил 24%, а среди больных с нормальной массой тела - 14%.

Заключение. Кроме возраста пациента, дряблости мышц передней брюшной стенки, повышения внутрибрюшного давления одним из факторов, приводящих к рецидиву грыжи, является избыточная масса тела. У лиц, страдающих ожирением, преобладают грыжи средних и обширных размеров.

У пациентов, перенесших протезную герниопластику, ожирение влияет на увеличение частоты специфических раневых осложнений (сером) в ближайшем послеоперационном периоде.

ПЕРФОРАЦИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ, ОСЛОЖНЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Карабаев Х.К., Тагаев К.Р., Юнусов О.Т., Эгамов Б.Т., Мухаммадиев М.Х.

Самаркандинский государственный медицинский институт

Самаркандинский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Сочетание кровотечения и перфорации является одним из наиболее опасных осложнений язв желудка и двенадцатиперстной кишки. По сведениям ряда авторов, такое сочетание составляет 2,3-16,9% по отношению ко всем перфоративным язвам (Гринберг А.А., 2000).

Летальность при данном сочетании отмечена как одна из самых высоких среди всех неотложных хи-

рургических заболеваний органов брюшной полости и составляет, по сборной статистике, 50,4% среди оперированных больных (А.И. Горбашко, 1980). Столь неблагоприятные результаты лечения связаны с трудностями диагностики и неоднозначным подходом хирургов к лечебной тактике, выбору способа и объема оперативного вмешательства (Савельев В.С. с соавт., 2004).

Желудочно-кишечное кровотечение после операций по поводу прободных гастродуodenальных язв отмечается в 5,1% случаев (Синенченко Г.И. с соавт., 2007), тем не менее лечебная тактика до сих пор неясна.

Цель исследования - изучить течение и лечение сочетанных осложнений гастродуodenальной язвы.

Материалы и методы. В настоящей работе отражен опыт лечения 23 таких больных, что составило 5,1% от всех пациентов с прободными гастродуodenальными язвами, осложненными кровотечением. Мужчин было 13, женщин - 10. Возраст больных - от 16 до 75 лет. Язва локализовалась в желудке у 10 и ДПК - у 13 больных.

Всем больным при поступлении кроме рутинных методов исследования проведены инструментальные методы диагностики: рентгенография брюшной полости, ЭГДФС, УЗИ, лапароцентез, лапароскопия.

Результаты. Среди наших пациентов выделены следующие варианты наступления перфорации и возникновения кровотечения: перфорация, наступившая после самостоятельной остановки язвенного кровотечения (анамнестическое кровотечение) (у 13 больных); перфорация, возникшая на фоне продолжающегося кровотечения (у 5); одновременное возникновение обоих осложнений (у 3); кровотечение, возникшее после прободения (у 2).

Перфоративные гастродуodenальные язвы, сочетающиеся с желудочно-кишечным кровотечением, являются абсолютным показанием к оперативному вмешательству.

По нашим данным, выбор способа операции зависит в большинстве случаев от распространенности и фазы перитонита, тяжести кровопотери, возраста и тяжести сопутствующей патологии, от локализации прободной и кровоточащей язв.

Тактика лечения и объем оказываемой помощи приведены по стандарту лечения Самаркандского филиала РНЦЭМП: срочное оперативное вмешательство; анальгетики; инфузионно-трансфузион-

ная терапия.

Эндоскопическое лечение: диатермокоагуляция источника кровотечения; прицельное орошение источника кровотечения гемостатическими средствами (ЕАКК 5% - 100 мл); инъекция в области очага кровотечения спирта 96% - 2,0 мл; аппликация аэрозольных пленкообразующих препаратов (лифузоль) на кровоточащий участок.

Оперативное лечение: объем оперативного вмешательства определяется состоянием больного, тяжестью ЖКК, сопутствующими заболеваниями, анатомической локализацией и характером язвы.

Лапароскопическая операция ушивания перфоративных кровоточащих гастродуodenальных язв выполнена 17 пациентам с благополучным исходом. При наличии большого язвенного инфильтрата, переходящего на окружающие ткани, возможно ушивание перфоративного отверстия и наложение гастроюноанастомоза+трункулярная vagotomия (у 2 больных). При прободной гастродуodenальной язве на сроках от 6 до 24 часов и свыше (в токсической и терминальной стадиях перитонита) ушивание язвы и лечение перитонита в зависимости от ее распространенности и стадии (у 2). При прободной язве желудка кроме пиорический отдела до 6 часов с момента перфорации показана резекция желудка (у 1), а позднее 6 часов - ушивание перфоративной язвы и лечение перитонита (у 1).

Выводы. Выбор способа операции должен быть индивидуальным в зависимости от расположения язвы и тяжести общего состояния больного, при этом предпочтение, по нашему мнению, следует отдавать органосохраняющим вмешательствам. Для больных с желудочно-кишечным кровотечением в ближайшем периоде после операций по поводу прободных язв желудка и двенадцатиперстной кишки способ дальнейшего лечения должен основываться на данных эндоскопического исследования, при этом необходимо добиваться эндоскопической остановки кровотечения.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ В ОТДЕЛЕНИИ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ

Карабоеев Б.Б., Ходжиматов Г.М., Хамдамов Х.Х., Мамадиев А.М., Касимов Н.А., Бобаев У.Н.

Андижанский государственный медицинский институт

Андижанский филиал РНЦЭМП

Диагностика механической желтухи (МЖ) остается трудной задачей. В медицинских учреждениях применяется различная лечебно - диагностическая тактика при МЖ различной этиологии.

Изучены результаты лечения 101 больного с механической желтухой различной этиологии в отделении хирургии Андижанского филиала РНЦЭМП.

Все больные поступили в экстренном порядке.

Женщин было 78, мужчин - 23 в возрасте от 16 до 91 года (67 ± 15 лет). У 1 больного была болезнь Кароли, у 23 - рак различной локализации, у 76 - осложненная желчнокаменная болезнь, у 1 - хронический панкреатит, осложненный стенозом общего желчного протока.

Оперативное лечение в экстренном или срочном порядке потребовалось 53 больным. Показаниями к оперативному лечению были: местный

перитонит у 5, гнойный холангит у 6, деструктивный холецистит у 18, нарастание желтухи или отсутствие явной положительной динамики уменьшения желтухи в течение 2-3 суток у 24 больных. Холецистэктомия выполнена 7; холецистэктомия, холедохолитотомия, дренирование холедоха - 27; билиодигестивный анастомоз - 8; холецистэктомия с билиодигестивным соустьем - 5; холецистэктомия, резекция печени, дренирование печеночных протоков - 1; холецистэктомия и ЭПСТ - 1; реканализация опухоли гепатикохоледоха и дренирование печеночного протока 1; устранение ущемленной грыжи - 1 (основной диагноз рак печени 4 ст.); дренирование брюшной полости - 1; диагностическая лапароскопия - 1 пациенту. Релапаротомия выполнена 4 пациентам в связи с истечением желчи вокруг дренажа холедоха и развитием желчного перитонита. Умерли в этой группе 8 (15%) больных. У 4 был рак различной локализации, у 4 - осложненная ЖКБ (умерли 2).

48 пациентам проведена консервативная терапия, включающая антибиотики, инфузционную терапию, гепатопротекторы. В этой группе умерли 2 (4%) больных с метастатическим поражением печени от прогрессирования основного заболевания.

Средний койко-день в группе оперированных

составил 22 ± 11 дня; в группе леченых консервативно - 8 ± 3 дня ($p < 0,0001$). Других существенных различий между группами оперированных и лечебных консервативно не выявлено.

Всем больным ЖКБ, получавшим консервативную терапию, при выписке рекомендована плановая операция в сроки от 2 до 6 месяцев.

Диагноз ставился на основании клинических данных, результатов лабораторных и инструментальных исследований. Ультразвуковое исследование (УЗИ) выполнено 93 пациентам. У 43 исследование не выявило явных и косвенных признаков билиарной гипертензии, что потребовало через 1-2 дня дополнительных методов исследования. Информативность УЗИ, выполненного в срочном и экстренном порядке, составила 46%. Ретроградная холангиография выполнена 14 больным. У 13 выявлен холедохолитиаз, у 1 - опухоль печеночного протока.

Таким образом, диагностика МЖ остается трудной задачей даже при использовании инструментальных методов исследования. Экстренные и срочные оперативные вмешательства должны выполняться по показаниям, в остальных случаях эффективна консервативная терапия. Оперативное лечение пациентов с ЖКБ можно выполнять в плановом порядке малоинвазивными методами.

ЧРЕСПЕЧЕНОЧНАЯ ЭМБОЛИЗАЦИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫХ ВЕН В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С КРОВОТЕЧЕНИЕМ ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Маткулиев У.И., Хасанов В.Р.

Ташкентская медицинская академия

Цирроз печени (ЦП) является одним из наиболее распространенных и опасных заболеваний во всем мире, приводит к таким осложнениям, как портальная гипертензия (ПГ) и кровотечение из варикозных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ). Непосредственная смертность от продолжающегося кровотечения составляет около 40-80%, а 20% пациентов с острым кровотечением погибают в течение 6 недель от развития других осложнений. С этой позиции применение транспеченочной эмболизации притоков гастроэзофагеальных варикозов (ТЭГВ) очень актуально.

Материал и методы. Исследование проведено на клинической базе кафедры факультетской и госпитальной хирургии Ташкентской медицинской академии. Основным критерием отбора больных было наличие цирроза печени и кровотечение из ВРВПЖ или анамнестическое кровотечение. В группу исследования вошли 46 пациентов за период 1998-2015 гг. Средний возраст больных составил $39,4 \pm 17,7$ лет, соотношение мужчин и женщин - 37/9. Согласно классификации Child-Pugh у 15 (32,6%) больных была печеночная недостаточность (ПН) класса А (5-6 баллов), у 19 (41,3%) - класса В (7-9 баллов), у 12 (26,1%) - класса С (10-15 баллов). Во всех случаях портальная гипертензия имела характер внутри-

печеночного блока, т.е. ЦП. У 4 (8,7%) пациентов обнаружено ВРВ пищевода II ст., у 27 (58,7%) - III ст., у 15 (32,6%) - ВРВ пищевода с переходом на кардиальный отдел и дно желудка. Активное кровотечение в момент эндоскопии выявлено у 17 (36,9%) больных. После выявления источника во всех случаях кровотечение из ВРВПЖ остановлено установкой зонда-обтуратора Сенгстейкена-Блекмора. Это позволило восстановить объем циркулирующей крови, гемодинамические и лабораторные показатели в кратчайшие сроки с целью предоперационной подготовки. ТЭГВ выполняли на 2-4 сутки после стабилизации состояния больных.

Результаты. В ближайшем послеоперационном периоде показатели периферической крови существенно возрастают. Так, концентрация гемоглобина в период госпитального наблюдения достоверно возросла с $69,7 \pm 3,41$ до $86,1 \pm 5,33$ г/л ($p < 0,05$), гематокрит увеличился с $19,4 \pm 2,5$ до $23,6 \pm 1,1\%$ ($p < 0,05$), количество эритроцитов возросло с $2,0 \pm 0,38$ до $2,47 \pm 0,30 \times 10^12/\text{л}$ ($p < 0,05$), тромбоцитов - с $122,7 \pm 17,4$ до $148,8 \pm 10,3 \times 10^9/\text{л}$ ($p < 0,05$). Несмотря на относительную малотравматичность вмешательств, у больных с ПН класса С постэмболизационный период протекал тяжело. Наиболее тяжелыми осложнениями были кровотечение в

брюшную полость в 2 случаях (4,3%) и тромбоз воротной вены в 1 (2,1%). В 6 случаях отмечено прогрессирующее накопление асцита несмотря на проводимую диуретическую терапию, что сопровождалось дыхательной недостаточностью и потребовало выполнения лапароцентеза. В послеоперационном периоде наиболее часто встречалось такое осложнение, как гидроторакс у 11 (8,9%) больных в связи с поступлением асцитической жидкости в плевральную полость через перитонеоплевральное соусье. У 5 больных с выраженным асцитом отмечалось подкожное скопление и под-

текание асцитической жидкости вокруг катетера. Из 46 пациентов умерли на госпитальном этапе 11 (23,9%). Причиной летального исхода у 5 больных была прогрессирующая печеночная недостаточность, в одном случае - полиорганская недостаточность, в 3 случаях - рецидив кровотечения, в 2 случаях - внутрибрюшное кровотечение.

Заключение. Как показывает аннотированный материал, чреспеченочные эндоваскулярные вмешательства могут быть методом выбора профилактики и лечения кровотечений из ВРВПЖ у больных циррозом печени и ПН класса А и В.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ КАРДИОСПАЗМА И АХАЛАЗИИ КАРДИИ

Лигай Р.Е, Низамходжаев З.М., Шагазатов Д.Б., Цой А.О., Музafferов Ф.У., Нигматуллин Э.И.

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

Актуальность. Нейромышечные заболевания пищевода (НМЗП), к которым относятся кардиоспазм (КС) и ахалазия кардии (АК), продолжают быть предметом многочисленных дискуссий относительно выбора оптимальной тактики лечения. При использовании термина "кардиоспазм" понимается первичное активное сокращение кардии, следствием которого является повышение давления в нижнем пищеводном сфинктере. При этом сокращения пищевода оказываются недостаточными, чтобы протолкнуть пищу через кардию. Характерным признаком является повышение ГПЖД более 12 мм.рт.ст.

При использовании термина "ахалазия кардии" в первую очередь понимается патологическое ослабление перистальтики пищевода без спазма кардии. В результате рефлекторное раскрытие кардии при глотании не происходит. Пищевод также становится неспособным протолкнуть пищу через кардию, но в данном случае причиной является ослабление или полное отсутствие перистальтики. В отличие от кардиоспазма ГПЖД при ахалазии кардии находится в пределах нормы.

Основным показанием к хирургическому лечению является неэффективность или невозможность кардиодилатации. Оперативное лечение остается распространенным методом лечения КС и АК. Известны более 60 операций, что подтверждает неудовлетворенность хирургов результатами лечения. По различным данным, частота рецидивов после ранее выполненных операций составляют 10-30% в отдаленном периоде.

Изложенные данные определяют необходимость дальнейшего совершенствования хирургической тактики при лечении пациентов с нейромышечными заболеваниями пищевода.

Цель - определить дифференцированную хирургическую тактику лечения больных с НМЗП.

Материал и методы. С 1975 по 2015 г. по поводу НМЗП выполнена 41 операция. В том числе: экстрамукозная эзофагокардиомиотомия с оментопексией выполнена 14 (34,1%) больным; эзофагокардиомиотомия с гастропластикой - 5 (12,2%); экстирпация пищевода с одномоментной гастропластикой - 18 (44%); экстирпация пищевода с одномоментной колопластикой - (9,7%). Кардиомиотомия выполнялась при I типе заболевания, а экстирпация пищевода - при II.

Результаты. Экстрамукозная эзофагокардиомиотомия с оментопексией выполнена 14 больным с I типом заболевания (кардиоспазм), все пациенты были с III (n=9) и IV (n=5) стадиями. В послеоперационном периоде осложнений не было. В отдаленном периоде у 1 (7,7%) пациента на эндоскопии выявлен катаральный эзофагит. У остальных 92,3% больных признаков рефлюкса не выявлено. Уже через 1 год число пациентов без рефлюкса уменьшилось до 58,4%, катаральный эзофагит выявлен у 33,3%; у 8,3% диагностирован эрозивный рефлюкс-эзофагит. Через 3 и 5 лет количество больных с катаральным и эрозивным эзофагитом неуклонно росло. В связи с этим пациентам приходилось назначать консервативное лечение.

Эзофагокардиомиотомия с гастропластикой выполнена 5 больным. В послеоперационном периоде осложнений не было. В отдаленном периоде у 4 пациентов получен хороший результат. Только у 1 больной, оперированной по поводу кардиоспазма IV стадии, отмечалась преходящая дисфагия на твердую пищу при удовлетворительном прохождении контраста при рентгенологическом исследовании.

Экстирпация пищевода с одномоментной колопластикой выполнена 4 больным в связи с перенесенными ранее операциями на желудке и невозможностью использовать его в качестве трансплантата. После перенесенных операций осложне-

ний не было. Больные были выписаны в удовлетворительном состоянии.

Экстирпация пищевода с одномоментной гастропластикой выполнена 18 больным, 13 (72,3%) из них были выписаны без осложнений. У 5 (27,7%) возникли различные осложнения: специфические - у 2 (11,1%); бронхолегочные - у 4 (22,2%); гнойно-воспалительные - у 1 (5,6%). Летальных исходов не было.

Заключение. Учитывая патогенез развития I и II типов заболевания, считаем, что кардиомиотомия с оменто- или гастропластикой показана при первом типе заболевания при не эффективности или невозможности проведения кардиодилатации. Экстирпация пищевода с использованием гастро- или колотрансплантата показана при II типе заболевания.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ АППЕНДЭКТОМИЯ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Маликов Ю.Р., Маматов К.С., Даўронов А.У., Кандов Ф.Н.

Навоийский филиал РНЦЭМП

Острый аппендицит остается одной из актуальных проблем. Внедрение современных технологий в медицину открывает новые возможности в эндохирургии.

В Навоийском филиале РНЦЭМП за последние три года (2014-2016) с диагнозом острый аппендицит пролечены 137 больных с различными осложненными формами острого аппендицита. Мужчин было 104 (36,3), женщин - 33 (63,7%) в возрасте от 15 до 76 лет, средний возраст - 34,7 года. Пути обращения больных: в 4 случаях по направлению поликлиники, в 26 - по линии скорой медицинской помощи, остальные 107 - самотеком. Давность заболевания составила до 6 часов у 9 больных, от 7 до 24 часов - у 33, более 24 часов от начала боли в животе - у 94.

Больные были обследованы по стандарту: общкий осмотр, лабораторные анализы, рентгеноскопия грудной клетки и брюшной полости, УЗИ брюшной полости, по показаниям - ЭКГ и консультация смежных специалистов.

Оперативное лечение произведено традиционным способом в 114 случаях, лапароскопическим - в 23. По морфологическим формам: острый флегмоноозный аппендицит в 12 случаях, острый гангренозный и гангренозный перфоративный аппендицит - в 102.

Осложнение аппендицита: разлитой гнойный перитонит у 7 больных, диффузный перитонит - у 9, местный гнойный перитонит - у 43, местный серозный перитонит - у 50, периаппендикулярный абсцесс - в 7 случаях. По доступам операции: лапаротомия, аппендэктомия в 18 случаях, аппендэктомия через доступ Мак Бурнея - в 77, ретроградная аппендэктомия - в 14, в 5 случаях - конверсия на лапаротомию. Все операции закончились санацией и дренированием брюшной полости. В послеоперационном периоде больные получали лечение по стандарту. Дренажные трубки удалили на 2-5 сутки после операции под контролем УЗИ.

После традиционной аппендэктомии у 21 (15%) больного наблюдалось нагноение послеоперационной раны, у 2 (1,4%) - ранняя спаечная непроходимость, в 1 (0,7%) случае - послеоперационная грыжа передней брюшной стенки. После лапароскопической аппендэктомии осложнение наблюдалось в 1 (0,7%) случае: абсцесс культи червеобразного отростка.

Таким образом, лапароскопическая аппендэктомия способствует улучшению результатов лечения, уменьшению числа осложнений, ранней активации больных и сокращению пребывания больных в стационаре.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Маликов Ю.Р., Сафаров Н.Н., Азимов А.А., Утаев Л.Х.

Навоийский филиал РНЦЭМП

Актуальность острого калькулезного холецистита определяется прогрессивным ростом заболевания и недостаточно удовлетворительными результатами его лечения. Острый холецистит по встречаемости в экстренной хирургии стоит на втором месте после аппендицита.

Радикальное хирургическое лечение желчека-

менной болезни (ЖКБ) обеспечивается выполнением холецистэктомии. Традиционная холецистэктомия нередко является травматичным вмешательством, особенно для пациентов пожилого возраста. Часто течение послеоперационного периода осложняется декомпенсацией сопутствующих заболеваний. Улучшение результатов лечения

больных ЖКБ после широкого применения лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) сделало это вмешательство "золотым стандартом" в хирургии калькулезного холецистита. Исследования последних лет показали, что ЛХЭ может применяться при лечении больных не только с хроническими, но и острыми формами калькулезного холецистита. Однако оценка эффективности этого способа требует анализа не только ближайших, но и отдаленных результатов, причин конверсии при его выполнении. Основные причины 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-дуodenальной зоне.

В хирургическом отделении Навоийского филиала РНЦЭМП за 2013-2014 годы пролечены 502 больных острым калькулезным холециститом. Мужчин было 126 (25,09%), женщин - 376 (74,9%) в возрасте от 19 до 82 лет. 82% больных поступили на 2-3 сутки заболевания. Всем больным при поступлении выполнялось обследование, и проводилась консервативная терапия согласно стандартам. У 108 (23,5%) больных приступ острого холецистита удалось купировать, после улучшения состояния они были оперированы в плановом порядке, а в случае отказа - выписаны. Больным с выраженным

воспалительным инфильтратом в холедоходуodenальной зоне, перихолециститом, диагностированном УЗИ и МСКТ, произведена традиционная холецистэктомия. Таких больных было 24 (6%). 370 (94%) больных подверглись лапароскопической холецистэктомии. У 32 (8,6%) была вынужденная конверсия по различным причинам: у 7 флегмонозный, у 10 гангренозный холецистит с выраженной воспалительной инфильтрацией в области холедоходуodenальной зоны, не позволяющей дифференцировать анатомические структуры, у 5 больных перихолецистит, у 2 сморщеный желчный пузырь, у 2 синдром Миризи, у 3 кровотечение (повреждение пузырной артерии), у 1 продолжительное повреждение пузырного протока.

338 (85,8%) больным удалось закончить операцию лапароскопическим способом. Противопоказанием к лапароскопической холецистэктомии являлись: выраженные воспалительно-инфилтративные изменения в холедоходуodenальной зоне, перихолецистит, сморщенный желчный пузырь, не позволяющие дифференцировать анатомические структуры.

Внедрение высокотехнологичного оборудования для диагностики и лечения больных острым калькулезным холециститом способствует улучшению результатов лечения, уменьшению числа осложнений, ранней активации больных и сокращению пребывания больных в стационаре.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С КРОВОТЕЧЕНИЕМ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ

*Маткулиев У.И., Ашуроев Ш.Э., Нормухамедов С.Г., Гулямов Ш.З.
Ташкентская медицинская академия*

Кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ) являются доминирующей причиной смерти больных циррозом печени (ЦП). Летальность при кровотечении из ВРВПЖ достигает 50-60%, а при декомпенсированной печеночной недостаточности - 76-80%.

Цель исследования - изучить результаты эндоскопического лечения больных с варикозным пищеводно-желудочным кровотечением.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 250 пациентов с кровотечением из ВРВПЖ в экстренном хирургическом отделении 2 клиники Ташкентской медицинской академии с 2012-2016 г. Средний возраст составил $45,3 \pm 15,2$ года. Большинство больных (187 пациентов) были лицами мужского пола. Основным заболеванием, приведшим к развитию портальной гипертензии и кровотечению из ВРВПЖ, явился цирроз печени. В 80% случаев цирроз имел вирусную этиологию. Кровотечение в анамнезе имели 138 (55,2%) больных. Длительность кровотечения составила, в среднем, $10 \pm 7,6$ часа. Асцит наблюдался у 51% обследованного. Степень тяжести печеночной недостаточности оценивалась по

классификация Child-Pugh, а выраженность и распространность ВРВПЖ - по N. Soehendra, K. Binmoelle. Основную часть больных составили больные с классом В печеночной недостаточности - 162 (64,7%) и II степенью ВРВПЖ. Все пациенты были разделены на две группы. В контрольную вошли 130 больных, подвергнутых эндоскопической склеротерапии (ЭС); основную - 120 больных, которым было произведено эндоскопическое лигирование (ЭЛ).

Результаты. Методика ЭС имела ряд негативных моментов. Основным ее недостатком явилась потребность в нескольких этапах для полной эрадикации ВРВП. Следующим недостатком стало возникновение кровотечения из точек инъекции (25,0%), которое требовало длительного сдавления дистальным концом эндоскопа места кровотечения после введения в ВРВ склерозирующего вещества. Ухудшение портальной гастропатии наблюдалось у 8 (6,7%) после ЭЛ и у 23 (17,7%) - после склеротерапии ($p < 0,05$). Необходимо отметить крайне низкий процент осложнений после ЭЛ. Дисфагия, развившаяся в 62,5% случаев, носила временный характер и длилась от нескольких

часов до 2 суток. Угрожающих жизни или требующих дополнительного вмешательства осложнений после ЭЛ не наблюдалось. В контрольной группе в результате перфорации пищевода развился гнойный медиастинит. Рецидив кровотечения в контрольной группе наблюдался у 20 (15,4%) больных, в основной - у 2 (1,7%). Всем больным с рецидивом кровотечения проводили попытки эндоскопического гемостаза, в случае неудачи - установка зонда Блэкмора. После достижения гемостаза проводили повторное эндоскопическое вмешательство. В 6 (2,4%) случаях добиться гемостаза не удалось, в связи с чем было произведено открытое оперативное вмешательство для прошивания кровоточащих варикозных вен. Летальность после оперативного вмешательства составила 60%.

Заключение. Метод ЭЛ имеет очевидные преимущества перед ЭС.

ЭНТЕРАЛЬНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ КИШЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Маткулиев У.И., Баймаков С.Р., Юнусов С.Ш.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Синдром кишечной недостаточности (СКН) является неотъемлемой частью патогенеза острой кишечной непроходимости (ОКН). СКН является главной причиной эндогенной интоксикации и до сих пор остается одной из сложных проблем в плане диагностики и лечения.

Цель - улучшение метода коррекции СКН при острой кишечной непроходимости путем проведения энтеральных мероприятий.

Материалы и методы. С целью изучения влияния энтеральной детоксикации на состояние больных с острой кишечной непроходимостью нами был проведен анализ обследования и лечения 146 больных острой механической кишечной непроходимостью неопухолевого генеза в возрасте от 18 до 83 лет во 2 клинике ТМА с 2011 по 2017 год. Контрольную группу составили 69 (47,3%) больных, основную - 77 (52,7%). Наиболее частой причиной ОКН была спаечная непроходимость, наблюдавшаяся в 80 (54,8%) случаях. Спаечный процесс в 72 наблюдениях был причиной тонкокишечной непроходимости, в 8 случаях - толстокишечной. У 6 (4,2%) пациентов причиной ОКН была инвагинация тонкой кишки в толстую, у 2 (1,4%) - тонко-тонкокишечная инвагинация. Странгуляционная кишечная непроходимость диагностирована у 42 (28,7%) больных (32 больных с заворотом кишок, 10 - с грыжами живота). Обтурационная кишечная непроходимость была у 16

(10,9%) больных (инородные тела - у 4, желчные камни и безоары - у 12).

Результаты исследования. У 18 (26,1%) пациентов контрольной группы анализ уровня лейкоцитарного индекса интоксикации, молекул средней массы и мочевины выявил I степень эндотоксемии; II степень - у 34 (49,3%); III степень - у 17 (11,6%). У больных с I степенью перистальтические волны появились уже на 3 сутки, со II степенью - на 4-5, а с III - лишь к 6-7 суткам послеоперационного периода, перистальтические волны, приближенные к норме, на 5 сутки. В основной группе больным со II и III степенью эндотоксемии к стандартному лечению добавили энтеросорбцию (энтеросгель). Результаты оценивали по данным электроэнтографии. Появление активных перистальтических волн отмечено, в среднем, на 2-3 сутки после операции, а перистальтических волн, приближенных к норме, на 4 сутки. В раннем послеоперационном периоде в 22 (28,5%) случаях возникли различные осложнения, летальность наблюдалась в 5 (6,4%) случаях.

Заключение. Комплексные энтеральные мероприятия (декомпрессия кишечника, кишечный лаваж и энтеросорбция) в раннем послеоперационном периоде больным с исходно высокой степенью эндотоксемии приводят к более раннему восстановлению перистальтики кишечника, переходу к энтеральному питанию.

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СОСУДОВ ГЕПАТОЛИЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ У БОЛЬНЫХ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Маткулиев У.И., Рахманов С.У., Холматов Ш.Т., Джуманиязова Д.О.

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования - изучить гемодинамические изменения кровеносных сосудов печени и селезенки в качестве модулятора портальной гипертензии.

Материал и методы. Проанализированы результаты ангиографического исследования 136 паци-

ентов с циррозом печени, осложненным ПГ и кровотечением из варикозных вен пищевода и желудка, находившихся на лечении во 2 клинике ТМА в 2011-2015 г. У всех обследованных ПГ имела характер внутрипеченочного блока. Средний возраст

больных составил $48,1 \pm 12,9$ года. У 21 из 136 пациентов отмечалась печеночная недостаточность класса А по Child-Pugh, у 85 - класса В, у 30 - класса С. При эндоскопии ВРВ пищевода и желудка II степени обнаружены у 19 больных, у 66 - III степени и у 51 - GOV-1, GOV-2 типа. У 110 (80,8%) наблюдались явления портальной гастропатии различной степени. Ультразвуковое исследование артериальных и венозных бассейнов гепатолиенальной зоны позволило определить связь риска кровотечения со степенью ВРВПЖ у больных с ПГ.

Результаты. У больных с ВРВПЖ 2 степени отмечалось умеренное расширение селезеночной вены, в среднем, до $1,02 \pm 0,21$ см, СА до $0,84 \pm 0,09$ см и уменьшение ПА, в среднем, до $0,41 \pm 0,09$ см. У больных с 3 степенью ВРВПЖ отмечалось дальнейшее нарастание ультразвуковых признаков ПГ: более выраженное расширение селезеночной вены - $1,12 \pm 0,34$ см, спленомегалия - длина селезенки достигала, в среднем, $18,8 \pm 2,7 \times 12,5 \pm 3,1$ см. Значи-

тельное снижение скоростных параметров собственной печеночной артерии ($65,4 \pm 2,1$ см/с), уменьшение диаметра $0,37 \pm 0,07$ см свидетельствовало о глубоком нарушении артериального кровотока. У больных с GOV-1 и GOV-2 типа помимо спленомегалии и расширения селезеночной вены ($21,1 \pm 0,97 \times 13,8 \pm 4,4$ см и $1,39 \pm 0,27$ см, соответственно), отмечались достоверное расширение основного ствола воротной вены, в среднем, до $1,74 \pm 0,09$ см, выраженное снижение линейной скорости воротного кровотока, в среднем, до $15,9 \pm 0,7$ см/сек, что значительно ниже нормы.

Данные клинических и ангиографических исследований артериального кровотока гепатолиенальной зоны дают основание считать, что эндоваскулярное воздействие должно быть направлено на устранение гипердинамического состояния в селезеночных сосудах для редукции притока крови в портальное русло, в первую очередь, по селезеночной артерии, затем - по другим артериальным сосудам.

РОЛЬ НЕОТЛОЖНОЙ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМАХ ЖИВОТА

Махмудов Н.И., Ботириалиев А.Ш., Хожиев Х.М.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Закрытая (или тупая) травма живота в ургентной хирургии относится к патологии, диагностика которой часто 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 с 2014 по 2016 г. лечились 147 больных с диагнозом "закрытая (или тупая) травма живота". Диагноз повреждения органов брюшной полости или забрюшинного пространства подтвержден у 106 (72,1%) больных. Из 147 больных у 72 (49%) 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. В 3 случаях повреждений, требовавших хирургической коррекции, не обнаружено, лапаротомии оказались диагностическими.

Диагностика травм живота с применением лапароскопии активно применяется в нашем центре. Из 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 диаг-

нозе и необходимости оперативного лечения. Из 34 больных после лапароскопии, диагноз "Закрытая травма живота" подтвержден у 30 (88,2%). В 25 случаях лапароскопически определены повреждения органов брюшной полости, в частности, 20 паренхиматозных, 5 полых органов. Таким образом, 25 больных (75%) оперированы по срочным показаниям, лапаротомия во всех случаях подтвердила эндоскопический диагноз. У 5 (14,7%) больных диагностированы гематомы передней брюшной стенки и забрюшинные, кровоизлияния в сальник и брыжейку без продолжающегося кровотечения. Эти больные после лапароскопии не оперированы, им успешно проводилось консервативное лечение. У 4 (11,7%) больных повреждения в брюшной полости при лапароскопии не обнаружены.

Таким образом, из 34 случаев в 9 (26,4%) эндоскопическое обследование позволило избежать диагностической лапаротомии, значительно ускорило проведение дифференциального диагноза. Продолжительность лапароскопии возрасла до 40-50 мин. в случаях эндоскопической санации гемоперитонеума.

Таким образом, лапароскопия является ценным диагностическим методом при закрытых (тупых) травмах живота. Она необходима, чтобы определить показания к оперативному вмешательству, а все 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.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С УЩЕМЛЕННЫМИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

Мельник И.В., Даудаев Ш.А., Хасанов С.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования - изучить эффективность лечебно-диагностической программы и непосредственные результаты лечения при ущемленных послеоперационных грыжах передней брюшной стенки.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 116 пациентов с ущемленными вентральными грыжами. Женщин было 42, мужчин - 74 в возрасте от 23 до 79 лет. Согласно классификации К.Д. Тоскина и В.В. Жебровского (1990), малые грыжи имелись у 10, средние - у 26, общирные - у 48 и гигантские - у 32 больных. У 71 % (82) пациентов имелись различные сопутствующие патологии: гипертоническая болезнь (33), ИБС (14), сахарный диабет (13), бронхиальная астма, эмфизема легких, пневмосклероз (10), варикозное расширение вен нижних конечностей (6), перенесенное в анамнезе ОНМК (4), др. (2). Ожирение различной степени имелось у 47% (54) больных.

Результаты и обсуждение: Оперативное вмешательство во всех случаях выполнялось под общим обезболиванием. Интраоперационно ущемленным органом явился: большой сальник (22); петли тонкой (49) и толстой кишки (14); наличие в грыжевом мешке нескольких ущемленных органов (31). Резекция нежизнеспособной части большого сальника выполнена 18 больным, резекция тонкой кишки - 16, резекция толстой кишки - 4. В 7 случаях имела место флегмона грыжевого мешка. В остальных случаях (78) ущемленные органы были признаны жизнеспособными. При выборе способа пластики передней брюшной стенки в основном при малых и средних грыжах предпочтение отдавали наиболее простым: пластика по Сапежко (31); Шампионеру (5). Аллопластику полипропиленовой сеткой (34) применяли больным с многократно рецидивирующими многокамерными грыжами; при невозможности ушивания дефекта передней брюшной стенки местными тканями; высокой вероятностью развития "компартмент-синдрома"; при отсутствии инфицирования брюшной полости. Сшивание апоневроза передней брюшной стенки "край в край" без пластики выполняли пациентам (38) при невозможности применения аллопластики. В случаях дефекта передней брюшной стенки больших размеров, инфицированием передней брюшной стенки или брюшной полости после ликвидации ущемления, резекции некротизированных органов, санации брюшной полости при невозможности ушивания дефекта апоневроза "край в край" проводили ушивание грыжевого мешка и кожи без ушивания апоневроза (8). Одной из основных задач в раннем послеоперационном периоде является контроль за внутрибрюшным давлением. Его измеряли путем оценки давления в мочевом пу-

зыре через катетер Фоллея подключенный к гидроманометру - аппарату Вальдмана. Степень повышения внутрибрюшного давления оценивали по протоколу Всемирного конгресса по САК (Австралия, 2004): первая степень - давление в брюшной полости 10-15 мм.рт.ст.; вторая - 16-20 мм.рт.ст.; третья - 21-25 мм.рт.ст.; четвертая - более 25 мм.рт.ст. У 34 (29%) пациентов наблюдалась внутрибрюшная гипертензия различной степени: первая - у 3; вторая - у 10; третья - у 15; четвертая - у 6. С целью купирования явлений внутрибрюшной гипертензии пациентам проводили респираторную поддержку продленной искусственной вентиляцией лёгких с увеличением положительного давления в конце выдоха; назогастроинтестинальную зондовую декомпрессию; коррекцию синдрома энтеральной недостаточности; эпидуральную анальгезию.

Различные послеоперационные осложнения наблюдались у 24 (21%) больных: несостоятельность анастомозов 2 (8,3%), пневмонии 7 (29,2%); осложнения со стороны послеоперационной раны (инфилтраты, серомы, гематомы, нагноение) у 15 (62,5%). 5 (4,3%) больным выполнена релапаротомия. В 2 случаях причиной релапаротомии явился перитонит на фоне несостоятельности анастомозов; в 1 - перитонит на фоне несостоятельности ушитого десерозированного участка тонкой кишки; в 1 - спаечная кишечная непроходимость и в 1 - эвентрация на фоне нагноения раны. Послеоперационная летальность составила 9,5% (11). Причины летальных исходов: тяжелый абдоминальный сепсис на фоне перитонита, обусловленного внутрибрюшными осложнениями 4 (36,3%); тяжелые формы пневмонии 3 (27,3%); тромбоэмболия легочной артерии 2 (18,2%); инфаркт миокарда 1 (9,1%); повторное ОНМК 1 (9,1%).

Выводы. Таким образом, лечение пациентов с ущемленными послеоперационными грыжами передней брюшной стенки являются одной из наиболее актуальных задач экстренной абдоминальной хирургии. Наличие у пациентов спаечного процесса в брюшной полости, кишечной непроходимости или перитонита и необходимость пластического закрытия дефекта передней брюшной стенки с максимальной профилактикой внутрибрюшной гипертензии осложняет эту задачу. Синдрома "взаимного отягощения", тяжелый послеоперационный парез кишечника и сопутствующая патология значительно ухудшают прогноз. Высокая частота летальности (9,5%), послеоперационных осложнений (21%) на протяжении ряда лет не снижается. Это требует дальнейшей работы по улучшению результатов лечения данной категории больных.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Мехманов Ш.Р.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Острая кишечная непроходимость занимает одно из ведущих мест в неотложной хирургии органов брюшной полости.

По данным литературы, больные с острой кишечной непроходимостью составляют от 2 до 4,3% от общего числа пациентов в хирургических стационарах, а в структуре неотложных хирургических заболеваний удельный вес их достигает до 27,1%. Из них в 20-40% случаев наблюдается толстокишечная непроходимость. Летальность составляет от 14 до 50 %.

В нашей клинике за 7 лет находились 163 больных с толстокишечной непроходимостью в возрасте от 19 до 88 лет, средний возраст был $64,5 \pm 1,6$ лет. Мужчин было 66 (40,5 %), женщин - 97 (59,5 %). Причиной заболевания у 132 (81%) больных была опухоль толстой кишки, у 18 (11%) - заворот дуоденосигмы, у 9 (5,5%) - спаечная болезнь, у 4 (2,5%) - инвагинация ileocecalного угла. Из 132 у 109 (82,06%) больных в основном наблюдалась опухоль левой половины толстой кишки.

Основной причиной (81%) толстокишечной непроходимости является опухоль.

Диагностическая ошибка на догоспитальном этапе составляла 52,7%, на госпитальном этапе - 15,9%.

Обследование больных начинали с обзорной рентгеноскопии брюшной полости, экстренной ирригоскопии и колонофиброскопии. Одновременно проводили консервативное лечение, направленное на коррекцию гомеостаза и разрешение непроходимости. В случае неэффективности проводимых мероприятий в течение 6-24 часов производили операцию. Выбор и объем операции зависят от локализации и степени распространенности опухоли, наличия метастаза, прорастания в окружающие тка-

ни и тяжести состояния больного.

При локализации опухоли в правой половине ободочной кишки 18 (78,3%) больным произведена операция по удалению опухоли с одномоментным наложением ileotransversoanastomоза. 5 (21,7%) больным в связи с иноперабельностью наложены разгрузочные стомы, концевые ileostомы или обходной ileotransversoanastomоз.

Из 109 больных с левосторонней локализацией 62 (56,9%) больным выполнена операция Гартмана. У 32 пациентов интраоперационно удалось провести через суженный участок кишки дренажную трубку, что способствовало декомпрессии толстой кишки. Это дало возможность выполнить радикальную операцию - левостороннюю гемиколэктомию с трансверзоректальным анастомозом "конец и конец"; 10 пациентам анастомоз наложен при помощи аппарата АКА-2.

15 больным вследствие иноперабельности процесса наложены обходные ileosigmoанастомозы. Все операции заканчивались назоэнтеральной и трансанальной декомпрессией. Послеоперационная летальность составила 9,8%. Восстановительная операция после операции Гартмана выполнялась через 8-12 месяцев.

Таким образом, при опухоли правой половины ободочной кишки, осложненной кишечной непроходимостью, необходимо после удаления основного патологического очага наложить ileotransversoanastomоз; при обтурационной непроходимости из-за опухоли левой половины ободочной кишки операции необходимо выполнять в два этапа: операция Гартмана; через 8-12 месяцев при отсутствии рецидива или метастазов - восстановительная операция.

ПРОБЛЕМЫ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ДИВЕРТИКУЛЕЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Мирсидиков М.А., Халилов А.С.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Дивертикулез толстой кишки - это приобретенное заболевание, в основе которого лежит нарушение перистальтики кишки, которое ведет к появлению участков с высоким внутрипросветным давлением, проталкивающим слизистую оболочку через подслизистый и мышечный слои. Это происходит в относительно слабых местах, где в циркулярную мышцу выходят кровеносные сосуды.

Термин "дивертикулез" просто отражает нали-

чие дивертикулов, при этом не обязательно клиническое проявление болезни. Дивертикулит - это клинико-морфологическое понятие, обозначающее воспаление дивертикулов. Дивертикулярная болезнь - это более широкое понятие, применимое к дивертикулезу и его осложнениям.

У людей до 30 лет дивертикулез наблюдается очень редко, но его частота увеличивается с возрастом, и к 50 годам до 30% людей имеют диверти-

кулы толстой кишки. Частота этой патологии у мужчин и женщин одинакова.

Только у 20% лиц с дивертикулезом в конце концов развиваются симптомы заболевания. Эта болезнь характерна для стран Запада, её патогенез в значительной степени связывается с недостаточным потреблением клетчатки. У вегетарианцев и сельских жителей она наблюдается реже.

Несмотря на высокий уровень современной диагностики, проблема раннего выявления осложненных форм дивертикулеза толстой кишки (ДТК) и точной оценки распространенности и стадии процесса является одной из задач хирургов экстренной хирургии.

Нами проведен анализ результатов обследования 124 больных с различными осложненными формами дивертикулеза толстой кишки, находившихся на лечении в отделе экстренной хирургии республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в 2001-2016 г. Все больные были госпитализированы в экстренном порядке. Мужчин было 70 (56,4%), женщин - 54 (43,6%). Возраст больных колебался от 19 до 97 лет, среднестатистический возраст составил $61,1 \pm 2,45$ года. Преобладали пациенты старше 60 лет (54,9%).

В основном больные обратились самотёком 70 (56,4%), реже - по линии скорой помощи 49 (39,6%), и 5 (4,0%) - по направлению поликлиник. Необходимо отметить, что большая группа пациентов (68,1%) обратилась в клинику на вторые и более сутки с момента начала заболевания. Это, несомненно, явилось отягощающим фоном для проведения диагностических и лечебных манипуляций, усугубляло тяжесть состояния больных и оказывало влияние на результаты лечения.

Из 124 больных с осложненными формами ДТК первично обратились в стационар 119 (96%); только 5 (4%) больных ранее имели место повторные эпизоды проявления ДТК. При анализе направительных диагнозов у 49 пациентов, доставленных по скорой помощи и направленных из поликлиник при первичном обращении, ни в одном случае дивертикулез толстой кишки не был указан. Больные поступали с самыми разными направительными диагнозами, наиболее частыми были кровотечение из ЖКТ (31), острый живот (10) и кишечная непроходимость (8).

Следует отметить, что у 96,3% пациентов направительный диагноз решительно отличался от окончательного диагноза. Всего лишь 5 (4,0%) больных поступили в стационар с правильным диагнозом, однако эти пациенты с указанной патологией обращались повторно.

Анализ диагностических ошибок показал, что проблема раннего выявления ДТК остаётся актуальной и на догоспитальном периоде. К большому сожалению, в данной проблеме до настоящего времени существуют мало освещенные и нерешенные вопросы. К ним, прежде всего, относится недостаточная четкость литературного изложения вопросов диагностики осложненных форм ДТК.

С другой стороны, возникновению ошибок способствовали многообразие заболеваний толстой кишки и кишечных расстройств, отсутствие патогномоничных симптомов заболевания. Исследования показали, что тщательный анализ жалоб больных и клинических проявлений позволяет не только заподозрить осложненный дивертикулез толстой кишки, но и направлять дальнейшие диагностические усилия для уточнения диагноза.

ЛАПАРОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Мусоев Т.Я., Аюбов Б.М., Болтаев Н.Р., Ганиев А.А.

Бухарский филиал РНЦЭМП

Введение. Острая спаечная кишечная непроходимость (ОСКН) занимает одно из ведущих мест в структуре неотложных хирургических заболеваний. В большинстве случаев основным методом оперативного лечения является лапаротомия с последующим тотальным адгезиолизисом. Анализ литературных данных свидетельствует, что нередко травматичность оперативного доступа значительно превышает объем интраоперационных находок, когда спаечный процесс (СП) ограничен единичными сращениями. Как следствие этого, оперативное лечение приводит к прогрессированию СП в брюшной полости с последующими рецидивами ОСКН.

Цель - определить возможности лапароскопического доступа в лечении ОСКН и профилактике ее рецидивирования.

Материалы и методы. В основе работы лежит клинический анализ результатов лечения 104 больных, оперированных в экстренном порядке с диагнозом ОСКН в 2011-2016 г. Основную группу составили 42 пациента, в лечении которых при отсутствии противопоказаний применены эндово-идеохирургические методы (2012-2016 г.). В контрольную группу вошли 62 больных, оперированных стандартными методами в 2011-2016 г. Исследуемые группы сопоставимы по возрастным, гендерным показателям и соматическому статусу.

В основной группе в качестве оперативного доступа при отсутствии противопоказаний избрали эндово-идеохирургический. К противопоказаниям, наряду с общими факторами, мы относили перитонит и чрезмерное вздутие живота, исключающее

возможность лапароскопических манипуляций в условиях ограниченного рабочего пространства. Установка оптического троакара осуществлялась открытым способом после предварительной эхолокации участков париетальной брюшины, свободных от СП. После ревизии брюшной полости принималось решение о возможности выполнении оперативного доступа лапароскопическим путем. Конверсия доступа осуществлялась при обнаружении распространенного спаечного процесса (наличие фиброзно-рубцовых сращений), необходимости резекции нежизнеспособной петли или интубации кишечника. При единичных сращениях или локальном СП осуществляли лапароскопический адгезиолизис.

Отдаленные результаты лечения оценивали по частоте рецидивирования ОСКН, требующей госпитализации или повторного оперативного вмешательства.

Результаты. Из 42 пациентов основной группы диагностическая лапароскопия была выполнена 24 (57,1%), 18 пациентам эндовоидеохирургический доступ не выполнялся (42,9%). У 15 (62,5%) больных лапароскопия носила лечебный характер; в 9 случаях (37,5%) осуществлена конверсия. При не-

обходимости адгезиолизис дополняли обработкой брюшной полости противоспаечными средствами.

Таким образом, лапароскопическая ликвидация ОСКН оказалась возможной у 35,7% больных. Остальные пациенты основной и все больные группы сравнения оперированы лапаротомным доступом.

Отдаленные результаты прослежены от 2 до 5 лет. Среди 42 пациентов основной группы рецидивы ОСКН, потребовавшие госпитализации, были зафиксированы у 10 пациентов (23,8%); 3 (7,1%) больных были повторно оперированы по поводу ОСКН. Из 72 больных группы контроля рецидивы ОСКН наблюдались у 29 (40,2%), повторно оперированы 13 (18,0%).

Выводы. Предшествующее оперативное вмешательство на органах брюшной полости не является противопоказанием к выполнению эндовоидеохирургического доступа. Решение о возможности проведения лапароскопической операции принимается по результатам анализа клинических данных и интраоперационной ревизии.

Применение лапароскопических технологий в лечении пациентов с ОСКН уменьшает частоту ее рецидивирования с 40,2% до 23,8%.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Мусоев Т.Я., Аюбов Б.М., Эгамов У.М.

Бухарский филиал РНЦЭМП

Введение. 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 - оценить возможности эндовоидеохирургических вмешательств в диагностике и лечении острого деструктивного панкреатита.

Материалы и методы. В группу включены 122 пациента с острым деструктивным панкреатитом. Лечение проводилось в Бухарском филиале РНЦЭМП в 2010-2016 г.

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

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

очаговое поражение, у 7 (5,7%) - субтотальное.

Среди осложнений встречались парапанкреатический инфильтрат у 7 (5,73%) больных, ферментативный перитонит - у 18 (47,3%), механическая желтуха - у 12 (31,5%) и флегмана забрюшинной клетчатки - у 8 больных (21,0%). Из 122 больных у 84 консервативное лечение оказалось эффективным, 38 (31,1%) больных были оперированы. Малоинвазивные эндовоидеохирургические операции с дренированием и санацией брюшной полости, сальниковой сумки, лапароскопической холецистэктомией без перехода на лапаротомию выполнены 18 пациентам (47,4%). Лапаротомные операции, холецистэктомия, санация и дренирование сальниковой сумки и брюшной полости выполнены 20 пациентам (52,6%). Из них вскрытие сальниковой сумки, некрэктомия, санация, дренирование и тампонирование сальниковой сумки, дренирование брюшной полости, лапаротомия, холецистэктомия, холедохолитотомия, дренирование холедоха по Керу выполнены 8 (40,0%) больным; вскрытие сальниковой сумки, некрэктомия, санация, дренирование и тампонирование сальниковой сумки, дренирование брюшной полости, лапаротомия, холецистостомия - 7 (35,0%). Вскрытие сальниковой сумки, некрэктомия, санация, дренирование и тампонирование сальниковой сумки, дренирование

брюшной полости выполнены 5 (25,0%) больным. Осложнения в послеоперационном периоде: экс-судативный плеврит - у 9 (7,3%), кровотечение из ЖКТ - у 1 (0,8 %), ТЭЛА - у 1 (0,8%) и полиорганная недостаточность - у 7 (5,7%) больных. 2 (1,6%) больным с аррозивным профузным кровотечением произведена релапаротомия с остановкой кровотечения. Общая летальность составила

6,5% (8 больных), послеоперационная - 2,4% (3 больных).

Выводы. Полученные результаты показывают целесообразность использования малоинвазивных операций при лечении деструктивного панкреата. Они оказались эффективными в 88,2% случаев, позволили снизить послеоперационную летальность с 33% до 12%.

МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ЭКСТРЕННОЙ ГЕРНИОЛОГИИ

Мусоев Т.Я., Ходжаев К.Ш., Хамдамов У.Р., Эгамов У.М.

Бухарский филиал РНЦЭМП

Профилактика тромбоэмбологических осложнений (ТЭО) является актуальным вопросом современной герниологии. Актуальность обоснована частотой послеоперационных ТЭО, которая в данной группе достигает 30-35 %.

Цель исследования - разработать комплекс профилактических мероприятий направленных на снижение ТЭО при аллопластике грыжевых дефектов передней брюшной стенки.

Материалы и методы. Я 2009-2016 г. в отделении I экстренной хирургии Бухарского филиала РНЦЭМП прооперированы 105 грыженосителей тромботического риска: 38 мужчин и 67 женщин. Средний возраст пациентов - 57 ± 5 лет. Основными факторами, повышающими риск тромбогенности у герниологических пациентов, являются сопутствующие заболевания: варикозное расширение вен, тромбофлебиты, ишемическая болезнь сердца, атеросклероз, осложненный сахарный диабет, ожирение. При выборе метода анестезии предпочтение отдавалось эндотрахеальному наркозу. Всем больным до операции производили эластическую компрессию нижних конечностей, которая помогает избежать замедления кровотока по венозным сосудам, снижая вероятность образования тромбов.

Профилактика ТЭО у пациентов с вентральными послеоперационными грыжами начиналась на дооперационном этапе и включала ряд обязательных условий. Проводилась адаптация к повышению внутрибрюшного давления путем дозированной компрессии передней брюшной стенки с

помощью бандажей различной модификации; повышался порог физических нагрузок методом лечебной физкультуры; назначалась дезагрегантная терапия с применением ингибиторов сосудисто-тромбоцитарного гемостаза, (кардиомагнит, тромбо-АСС, тромбоПОЛ, аспирин кардио); вазопротекторов (латрен, трентал) и противотромботических препаратов, в частности, низкомолекулярных гепаринов (НМГ) -клексан 0,4 мл или фраксипарин в дозе 0,3мл за 4-6 часов до операции.

Результаты. Медикаментозная профилактическая терапия в послеоперационном периоде так же состояла из ингибиторов сосудисто-тромбоцитарного гемостаза, противотромботических препаратов (клексан и фраксипарин). Клексан - 0,6 мл один раз в сутки в течение 7 дней; фраксипарин - в дозе 0,3 мл 1 раз в сутки. Контроль за проводимой терапией в послеоперационном периоде осуществлялся на 1, 3, 5 и 7 сутки. Проводимое лечение позволило поддерживать время агрегации тромбоцитов на уровне 18-25", АЧТВ - 30-37". У большинства пациентов отмечается подъем общего фибриногена до 3,5-4,5 г/л, появление положительного фибриногена с последующим снижением данных показателей к 5 и нормализацией - к 7 суткам. Тромбоэмбологических осложнений не было.

Заключение. Полученные положительные результаты позволяют нам рекомендовать комплексный метод профилактики послеоперационных тромботических осложнений для более широкого применения в клинической практике.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Назиров Ф.Г., Акбаров М.М., Девятов А.В., Нишанов М.Ш., Сайдазимов Е.М., Хакимов Ю.У.
АО "Республиканский специализированный центр хирургии имени академика В. Вахидова"

Число больных острым панкреатитом из года в год неуклонно растет и, по разным статистическим данным, варьирует от 200 до 800 пациентов на 1

млн. населения в год. Частота острого панкреатита составляет от 4,7 до 15,6%. До настоящего времени нет единых согласованных взглядов на выбор

хирургической тактики. Летальность при остром панкреатите составляет от 5 до 50 %.

Цель исследования - улучшить результата комплексного лечения больных с тяжелыми формами острого панкреатита путем выбора рациональной хирургической тактики.

За последние 10 лет в Республиканском специализированном центре хирургии имени академии В. Вахидова с диагнозом острый панкреатит находились на лечении 290 больных. Среди них мужчин было 117 (40,3%), женщин - 173 (59,7%). Распределение больных по возрасту произведено в соответствии с классификацией возрастных групп, принятой ВОЗ в 1963 г. Больные, поступившие в центр, распределены в соответствии с международной классификацией. Отечный панкреатит диагностирован в 114 случаях. У 176 больных выявлен панкреонекроз. Среди них стерильный панкреонекроз диагностирован у 60 больных, инфицированный панкреонекроз - у 116 больных. Наиболее частым этиологическим фактором явилась патология билиарных протоков (201 больной). Также встречались алиментарный (51 больной) и посттравматический (13 больных) панкреатит. У 25 больных панкреатит развился после эндоскопических вмешательств. У 35 больных выявлено тотальное поражение поджелудочной железы, у 45 - очаговое поражение, у 98 больных - субтотальное. Среди осложнений острого панкреатита наиболее частым оказался парапанкреатический инфильтрат, который выявлен у 138 (47,5%) больных. Также встречались такие осложнения, как ферментативный перитонит (83 больных), механическая желтуха (83 больных) и флегмона забрюшинной клетчатки (35 больных). При оценке исходного состояния больных по шкалам Ranson и APACHE II острый отечный панкреатит выявлен у 159 (54,8%) больных. В группу тяжелых форм панкреатита отнесен 131 больной. Из них 62 больных с тяжелыми осложненными формами заболевания.

Из 290 больных у 114 консервативное лечение оказалось эффективным. 176 больных оперированы в различные сроки от начала заболевания. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия выполнена

на 17 (9,6%) больным, лапароскопическая санация с дренированием брюшной полости - 7 (3,9%); лапароскопическая холецистэктомия, дренирование холедоха по Пиковскому-Холстеду, санация, дренирование брюшной полости - 11 (6,25%); лапаротомия, холецистэктомия, дренирование холедоха по Пиковскому-Холстеду, вскрытие сальниковой сумки, некрэктомия, санация, дренирование и тампонирование сальниковой сумки, дренирование брюшной полости - 98 (55,7%); лапаротомия, холецистэктомия, холедохолитотомия, дренирование холедоха по Керру, вскрытие сальниковой сумки, некрэктомия, санация, дренирование и тампонирование сальниковой сумки, дренирование брюшной полости - 24 (13,65%); лапаротомия, холецистостомия, скрытие сальниковой сумки, некрэктомия, санация, дренирование и тампонирование сальниковой сумки, дренирование брюшной полости - 19 (10,9%) больным.

В послеоперационном периоде встречались следующие виды осложнений: аррозивное кровотечение - у 9 (5,1%) больных, экссудативный плеврит - у 29 (16,5%), кровотечение из ЖКТ - у 11 (6,3 %), ТЭЛА - у 7 (3,9%) и полиорганская недостаточность наблюдали у 33 (18,5%) больных. 3 больным с аррозивным профузным кровотечением произведена релапаротомия с остановкой кровотечения. Общая летальность составила 12,41% (36 больных), послеоперационная летальность - 20,5%. В группе больных с тяжелыми формами острого панкреатита (суммарные баллы от 3 до 9 по интегральной шкале RANSON и от 9 до 20 по APACHE II) летальность составила 13 и 33%.

Предлагаемый нами лечебно-диагностический алгоритм позволяет правильно выбрать хирургическую тактику на различных этапах развития острого панкреатита.

В результате применения данной тактики при лечении 131 больного с тяжелыми формами острого панкреатита (суммарные баллы от 3 до 9 по интегральной шкале RANSON и от 9 до 20 по APACHE II) летальность составила 22,9%, что соответствовало нижней границе прогнозируемой летальности.

ОСЛОЖНЕНИЯ И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Назиров Ф.Г., Акбаров М.М., Нишанов М.Ш., Сайдазимов Е.М.

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

За последние два десятилетия в Узбекистане как и во многих странах мира увеличивается число больных с заболеваниями желчевыводящих путей. Увеличилось и число операций, проводимых на желчном пузыре и протоках. Вместе с тем наблюдается увеличение частоты повреждений желчных протоков в 2-4 раза, составляя 0,22-1,86%. Внедрение лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ)

заметно увеличило частоту повреждений желчных протоков. При травме желчных протоков её лечение представляет исключительную сложность, требующую длительного лечения, дорогостоящих лечебно-диагностических манипуляций, приводящих к серьезной инвалидизации больных. Летальность составляет 8-17%, осложнения при операциях - 47%,

развитие посттравматических структур желчных протоков - 30-55%.

Цель исследования - улучшить результаты хирургического лечения больных с повреждениями и рубцовыми структурами желчных протоков после ЛХЭ.

Материалы и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения 48 больных с повреждениями и рубцовыми структурами магистральных желчных протоков (МЖП) после ЛХЭ в 2000-2017 г. Мужчин было 12 (25%), женщин - 36 (75%) в возрасте от 19 до 80 лет. По нашим данным, повреждения МЖП отмечены у 17 (0,26%) больных на 6521 холецистэктомии. 31 пациент поступил из других стационаров. У 12 (25%) больных повреждения МЖП выявлены интраоперационно; у 36 (75%) повреждения были выявлены в раннем послеоперационном периоде. Всем больным проведено комплексное обследование, включая РПХГ, ЧЧХС и МРТ-холангографию.

Результаты исследования. При интраоперационном повреждении желчных протоков ($n=12$) у 7 больных имелось полное пересечение протока, у 5 - краевое повреждение. 14 больным операции, направленные на восстановление анатомии желчных протоков были выполнены сразу, 3 - в 2 этапа. При выявлении повреждений желчных протоков в послеоперационном периоде ($n=36$) выполняли одно- или двухэтапные операции в зависимости от нали-

чия инфильтративно-воспалительных изменений подпеченочной области. Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде наблюдали у 10 (20,8%) больных, у 2 (4,1%) - с летальным исходом. В отдаленном периоде неудовлетворительные результаты наблюдали у 15 (31,2%) больных: стеноз гепатикоюноанастомоза (ГЕА)- у 5 (33,3%) больных, стеноз ББА - у 10 (66,6%). Повторные оперативные вмешательства потребовались 11 (22,9%) больным. Лучшие результаты получены у больных, которым операции выполняли при интраоперационном обнаружении травм МЖП. Из 12 больных этой группы хорошие ближайшие и отдаленные результаты получены в 84,3% случаев. Основной операцией при полном пересечении и рубцовой структуре МЖП является ГЕА на выключенной петле тонкой кишки по Ру с применением прецизионной техники. Они выполнены 29 больным с хорошим отдаленным результатом в 95,3% случаях. ГЕА без каркасного дренирования значительно сокращает срок лечения больных, однако эту методику удалось выполнить только 11 больным.

Заключение. Причиной неудач в лечении повреждений и рубцовых структур после ЛХЭ являются несвоевременная диагностика и неадекватные по объему операции, которые могут привести к ухудшению качества жизни и инвалидизации больных, к летальным исходам.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ МИРИЗИ

Назиров Ф.Г., Акбаров М.М., Нишанов М.Ш., Сайдазимов Е.М., Авезов А.М.

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

Синдром Миризи является редкой патологией желчевыводящей системы и, по данным литературы, диагностируется у 0,5-5% больных с различными формами желчекаменной болезни. Диагностика и хирургическое лечение синдрома Миризи является сложной задачей, а результаты операций характеризуются летальностью до 17%. Неудовлетворительными остаются и отдаленные результаты: у 20% больных возникают структуры проксимального отдела гепатикохоледоха.

Цель исследования - изучить результаты хирургического лечения больных синдромом Миризи.

Материал и методы. Мы располагаем опытом хирургического лечения 107 больных синдромом Миризи в возрасте от 39 до 78 лет (в среднем, $55,5 \pm 7,86$ года), женщин - 81, мужчин 26 (соотношение 3,1:1). Больные распределены согласно классификации Csendes: I тип синдрома выявлен у 38 больных; II - у 34 больных; III - у 28 больных, IV тип синдрома диагностирован у 7 больных.

Результаты. Холецистэктомия выполнена 15 больным с I типом синдрома; холецистэктомия с дренированием холедоха по Керу - 36 больным со II типом синдрома; холецистэктомия с пластикой

и дренированием гепатикохоледоха по Керу - 26 больным с III и IV типами синдрома; холецистэктомия с дренированием холедоха по Холстеду-Пиковскому - 7 больным с I типом синдрома; и 5 больным с IV типом наложена гепатикоюностомия ввиду полного разрушения стенки гепатикохоледоха. Лапароскопическая холецистэктомия произведена 15 больным с I типом синдрома Миризи; 3 больным 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%) больных. В послеоперационном периоде от прогрессирования печеночно-почечной недостаточности умерли 4 (3,7%) больных. Отдаленные результаты изучены у 38 больных. Из них у 5 больных возникли структуры гепатикохоледоха, что привело к повторным реконструктивным вмешательствам.

Заключение. Тактика хирургического лечения больных синдромом Миризи зависит от типа син-

дрома. Открытые методы хирургической коррекции синдрома Миризи, которые включают субтотальную холецистэктомию с наложением швов на свищевое отверстие и дренированием холедоха Т-

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

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ КЛАТСКИНА

Назиров Ф.Г., Акбаров М.М., Омонов О.А., Саатов Р.Р., Каменев А.А.

АО "Республиканский специализированный центр хирургии имени академика В.Вахидова"
Ташкентский институт усовершенствования врачей

Цель - улучшить результаты комплексного лечения больных опухолями Клатсина.

Материал и методы. В АО "РСЦХ имени академика В.Вахидова" накоплен опыт комплексного лечения 147 больных с проксимальными опухолями внепеченочных желчных протоков (ОПЖП) в возрасте от 18 до 87 лет. Для характеристики ОПЖП использовалась классификация Bismuth-Corlette (1975г). По этой классификации тип I опухоли наблюдался у 18 больных (12,3%), тип II - у 24 (16,3 %), тип IIIa - у 16 (10,9%), тип IIIb - у 28 (19,1 %); IV тип диагностирован у 61 (41,4 %) пациента. Ведущим проявлением заболевания является безболевая обструктивная желтуха, которая наблюдалась у 100% больных. В клинической симптоматике также отмечались кожный зуд (77%), явления холангита (56,4%) и потеря веса (20%). Клиническая картина при поступлении соответствовала механическому холестазу различной степенью выраженности печеночной недостаточности.

Диагностика включала инструментальные методы. Ультразвуковое исследование проведено всем больным, компьютерная томография - 38, эндоскопическая ретроградная холангиография - 94, чрескожная чреспеченочная холангиография - 62 и двойное прямое контрастирование желчных протоков - 16 больным.

Результаты. Чувствительность УЗИ в определении уровня обструкции составила 92%, в определении опухолевого характера обструкции - 85%.

Эхографическими особенностями ОПЖП являются расширение внутрипеченочных протоков, отсутствие визуализации ниже структуры участков протоковой системы, наличие спавшегося желчного пузыря. При компьютерной томографии (КТ) определяются атрофия одной из долей печени и гипертрофия контралатеральной, что может

косвенно свидетельствовать о прорастании опухоли в ветви воротной вены. Чувствительность КТ - до 88% случаев. Опухолевая причина обструкции определена при внутривенном болясном контрастировании в 55% случаев; резектабельность оказалась корректной в 42% случаев. Чувствительность ЧЧХГ достигала 95,2%; специфичность - 87%; корректность в оценке резектабельности - 93%. ЧЧХГ при ОПЖП в 100% случаев определила проксимальный уровень блока желчеоттока. Чувствительность эндоскопической ретроградной панкреатикохолангиографии (ЭРПХГ) в определении проксимального уровня желчного блока составила 92%. При сочетанном применении РПХГ и ЧЧХГ можно установить протяженность и точную локализацию процесса.

Паллиативные оперативные вмешательства выполнены 118 (80,2%) больным с опухолью Клатсина: реканализация опухоли с наружным дренированием желчных протоков на транспеченочных дренажах - 78; ЧЧХС -32; эндопротезирование опухолевой структуры -11; эксплоративная лапаротомия - 8; эндопротезирование гепатикохоледоха - 11.

Радикальные и условно-радикальные хирургические вмешательства выполнены 29 (19,8%) больным: холецистэктомия - 18 (64%), резекция опухоли и гепатикоюностомия - 11 (36%) больных.

Выводы: В комплекс диагностики следует включать УЗИ органов брюшной полости, КТ (МСКТ), ЭРПХГ и ЧЧХГ. При I и II типах опухоли по Bismuth-Corlette на I-II стадиях рака проксимальных желчных протоков целесообразно радикальное хирургическое лечение. При диагностике нерезектабельной ОПЖП методом выбора является ЧЧХС, по возможности, с применением наружно-внутреннего дренирования или эндопротезирования.

РОЛЬ И МЕСТО ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ЯТРОГЕННЫХ ТРАВМ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ И НАРУЖНЫХ ЖЕЛЧНЫХ СВИЩЕЙ

Назиров Ф.Г., Акбаров М.М., Саатов Р.Р., Туракулов У.Н., Струссский Л.П.

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

Цель исследования - проанализировать результаты хирургического лечения ятогенных травм внепеченочных желчных путей (ЯТВПЖП) и наружных желчных свищей (НЖС) с использованием эндоскопических технологий.

Материал и методы. В АО "РСЦХ им. акад. В.Вахидова" с 1984 по 2016 г. находились на лечении 586 больных с ятогенными повреждениями гепатикохоледоха и наружными желчными свищами (мужчин - 233, женщин - 263). В комплекс диагностики включены ультразвуковая сонография (УЗС) печени и желчных путей, эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРПХГ) - 237, чрескожная чреспеченочная холангиография - 47, компьютерная томография - 57, фистулография - 176, бактериологические исследования желчи - 79.

Основную роль в диагностике ЯТВПЖП и НЖС играет ЭРПХГ. При наличии НЖС для уточнения характера патологии и выбора тактики вмешательства также необходима полипозиционная фистулография.

Из 237 пациентов при выполнении ЭРПХГ 123 пациентам произведена последующая эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ). Контрольная ЭРПХГ после ЭПСТ произведена 94 пациентам. Больным с НЖС и структурой внепеченочных желчных протоков производили эндоско-

пическое бужирование стенозированного сегмента биопсийными щипцами в закрытом и открытом варианте в сочетании, при необходимости, с локальной диатермокоагуляцией рубцового сегмента. После этого выполняли билиостентирование суженного участка.

Таким образом, реконструктивно-восстановительная хирургия ЯТВПЖП и НЖС представляет большие сложности.

Выбор вида реконструктивных и восстановительных операций зависит от многих факторов: уровня расположения свища, его формы и направление, причина возникновения, характера сопутствующей патологии.

Опираясь на результаты комплексной дооперационной диагностики, хирург тщательно взвешивает показания или противопоказания к тому или иному методу вмешательства. На особом месте, на наш взгляд должны находиться методы эндоскопических вмешательств при структурах желчных протоков, приведших к наружному желчному свищу.

Трансдуоденальное билиостентирование является альтернативой сложным реконструктивным вмешательствам и создает перспективы для улучшения результатов лечения таких сложных патологий, как ятогенные травмы внепеченочных желчных протоков и наружные желчные свищи.

АНАЛИЗ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ АНАТОМИЧЕСКИХ РЕЗЕКЦИЯХ ПЕЧЕНИ

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

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

Цель - провести анализ частоты пострезекционной печеночной недостаточности в резекционной хирургии печени.

Материалы и методы. Работа основана на ретроспективном анализе результатов лечения 133 больных с различными образованиями в печени, оперированных в АО "РСЦХ им. академика В.Вахидова" с 1992 по 2016 г.

Все больные были распределены на две группы. Контрольная группа охватила период с 1992 года по 2009 год (n=81), основная группа характеризуется внедрением новейших резекционных технологий и охватывает период с 2009 по 2016 год (n=52). Основным показанием для операции были объемные образования в печени в 93,2% случаев (124/133), среди которых преобладали гемангиомы печени - 50,4% (67/133).

Результаты. Признаки печеночной недостаточности (ПН) фиксировались преимущественно у больных, перенесших обширные резекции печени. В контрольной группе ПН осложняла послеоперационный период в 10 случаях (23,3%): у 4 больных в виде умеренной ПН (9,3%), у 6 - в виде выраженной

клинически значимой. В основной группе (n=33) ПН после обширных резекций печени имела место в 4 случаях (12,1%). У 2 больных проявления её были тяжелыми (6,1%). В группе пациентов, перенесших экономные резекции печени, признаки печеночной дисфункции или отсутствовали или наблюдались в минимальной степени. Лишь у 2 больных (2/38), оперированных на фоне диффузных изменений в печени, отмечены признаки умеренно выраженной печеночной недостаточности. Всего на 133 вмешательства частота более или менее выраженной ПН составила 12% (16/133). Основная доля этого осложнения приходилась на обширные резекции печени (14/16) и составила 87,5%.

Заключение. Внедрение современных технологических средств в резекционную хирургию печени для снижения риска интраоперационной кровопотери в совокупности с разработанным тактическим алгоритмом профилактики и лечения функциональной недостаточности гепатоцитов позволило снизить частоту специфических пострезекционных осложнений с 22,2 до 9,6%, летальности - с 4,9 до 1,9%.

ОЦЕНКА МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

*Назиров Ф.Г., Акбаров М.М., Сайдазимов Е.М., Сирожитдинов К.К.
АО "Республиканский специализированный центр хирургии имени академика В.Вахидова"*

С 1975 по 2017 год в отделении хирургии печени и желчных путей прооперировано 3698 больных с эхинококкозом печени (ЭП): 1347 мужчин, 2351 женщина. В настоящее время клиника располагает опытом более 24 видов оперативных вмешательств, выбор которых зависел от числа кист, локализации, распространенности и размеров паразита, сочетанности поражения нескольких органов и анатомических областей; внедрения в комплекс хирургического лечения ЭП новых технологий (лазеры, ультразвуковой деструктор-аспиратор CUSA Excel®+, плазменные потоки, универсальная энергетическая платформа FORCE TRIAD с технологией электрохирургии LigaSure, эндovизуальная техника, пункционно-аспирационные методы лечения под контролем УЗИ и КТ).

Выполненные оперативные вмешательства в зависимости от способа удаления паразита разделены на 2 основные группы. Первая (закрытая эхинококкэктомия) - когда производится удаление очага поражения с частью органа или без него (393), без нарушения целостности паразита; вторая (открытая) - удаление хитиновой оболочки после предварительной пункции и аспирации содержимого кисты с полной или частичной ликвидацией остаточной полости методами, указанными ниже.

Виды наиболее частых оперативных вмешательств:

- закрытая эхинококкэктомия, капитонаж остаточной полости (244);
- полузакрытая эхинококкэктомия, капитонаж и дренирование остаточной полости (438);
- открытая эхинококкэктомия, наружное дренирование остаточной полости (564);
- дренирование и тампонада сальником остаточной полости (407);
- марсупиализация остаточной полости (3);
- цистоэнteroанастомоз (14);
- абдоминизация остаточной полости (645);
- резекция печени (140);
- капитонаж остаточной полости с частичной резекцией печени (764);

- лапароскопическая эхинококкэктомия (86).

Приобретенный опыт позволил выработать некоторые общие принципы хирургического лечения ЭП человека.

Резекция печени с кистой и идеальная эхинококкэктомия показаны при ее краевых расположениях. При малых и средних кистах производится закрытая эхинококкэктомия с ликвидацией остаточной полости методом капитонажа, оментопластикой или путем наложения поэтажных вворачивающих швов на фиброзную капсулу. При больших кистах с центральным расположением, когда нет возможности ликвидировать остаточную полость, производили открытую эхинококкэктомию с дренированием полости.

В случаях осложненного ЭП эффективно применение высокоэнергетических лазеров и плазменного потока, позволяющих коагулировать мелкие желчные свиши, выпаривать некротические ткани, добиваться апаразитарности вмешательства и бактерицидного эффекта.

При доступной визуализации и небольших размерах кист показана эхинококкэктомия с применением эндovизуальной техники. Это малотравматичный и щадящий метод, позволяющий качественно улучшить результаты оперативного лечения.

Весомое значение имеют химиотерапия и химиопрофилактика альбендазолом. Химиотерапия, являясь обязательным компонентом комплексного лечения, значительно снижает напряженность проблемы обработки остаточной полости.

Эволюция применяемых методов хирургического лечения ЭП человека и внедрение современных технологий заметно отразились на ближайших и отдаленных результатах оперативного вмешательства, на структуре и виде послеоперационных осложнений, реабилитационном периоде и сроках восстановления трудоспособности. При этом в среднем число тяжелых осложнений за период 2000-2017 г. по сравнению с периодом до 2000 г. снизилось на 30%, рецидивов ЭП - на 38%, сокращение пребывания больного в клинике на 6,2 к/д, летальность - на 45%.

РЕНТГЕНЭНДОБИЛИАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ РУБЦОВЫХ СТРИКТУРАХ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

*Назиров Ф.Г., Акбаров М.М., Струссский Л.П., Туракулов У.Н., Султанов А.И.
АО "Республиканский специализированный центр хирургии имени академика В.Вахидова"*

Актуальность проблемы. Частота интраоперационных повреждений внепеченочных желчных протоков колеблется в пределах 0,2 - 3 % от общего числа операций на органах брюшной полости, а

рецидивы структур желчных протоков и наружных желчных свищей после реконструктивных вмешательств составляют 10-12%. Летальность при этих осложнениях достигает 8-40% (Шаповальянц С.Г.

и соавт., 2005; Cameron J.W., 2001).

Остаются малоизученными возможности нового направления хирургии желчных путей - рентгено-эндодилиарной хирургии. Поэтому задача дальнейшего совершенствования методов диагностики и хирургического лечения ятрогенных повреждений гепатикохоледоха остается актуальной.

Материал и методы исследования. В отделе хирургии печени и желчных путей РСЦХ им. акад. В.Вахидова с 2000 по 2016 г. находились на лечении 317 больных с ятрогенными повреждениями гепатикохоледоха (мужчин - 142, женщин - 175). В комплекс диагностики включены: ультразвуковая сонография печени и желчных путей - 317, эндоскопическая ретроградная панкреатохолангия (ЭРПХГ) - 71, чрескожная чреспеченочная холангиография (ЧЧХГ) - 35, магниторезонансная томография (МРТ) - 12, фистулография - 106, бактериологические исследования желчи - 13. Лициирующую позицию в диагностике ятрогенных травм, рубцовых структур занимает ЭРПХГ, позволяющая установить ее локализацию, протяженность, степень супрастенотической эктазии билиарных протоков. Нами произведены более 70 трансдуоденальных вмешательств, в том числе 11 стентирований, результаты которых отражены ниже.

Результаты и их обсуждение. Выполнены 11 эндоскопических трансдуоденальных стентирований стенозированных участков внепеченочных желчных путей после первичных хирургических вмешательств. Во всех случаях обнаружены структуры гепатикохоледоха. В 5 случаях структура располагалась в зоне конфлюэнса и носила критический характер, заключающийся в прогрессировании механической желтухи. В этой группе больных прямая фракция билирубина составляла от 200 до 300 мкмоль/л. У одного из пациентов наблюдались начальные признаки печеночной недостаточности в виде проявлений

энцефалопатии, снижения уровня альбуминов ниже 30 г/л, протромбинового индекса ниже 82%. Мы расценили состояние больных как второй класс по схеме Чайлд-Пью. В 2 случаях препятствие располагалось в зоне слияния желчного протока с пузырным протоком. Все больные этой группы своевременно были подвергнуты диагностике и соответствующим вмешательствам. В 4 случаях препятствие оттоку желчи располагалось в дистальной части холедоха. Содержание прямого билирубина у этих больных было от 300 до 390 мкмоль/л. Они были доставлены в наш стационар до развития печеночной недостаточности. В наших наблюдениях эндоскопическим методом, включающим бужирование стенотического сегмента биопсийными щипцами в закрытом и открытом варианте в сочетании с локальной диатермоагуляцией рубцового сегмента, удалось восстановить проходимость просвета гепатикохоледоха и провести стентирование стенотического сегмента, что привело к выздоровлению и выписке больных через 6-8 суток.

С целью предотвращения инкрустации дренажной трубки назначался постоянный прием препаратов дезоксихолевой кислоты. Ни в одном случае осложнений, связанных со стентированием наружных желчных протоков, не наблюдалось. В разные сроки (от 6 до 10 месяцев) стенты были извлечены при дуоденоскопии.

Выводы. С развитием эндоскопической и рентгентелевизионной техники появилась возможность выполнять реканализацию структур желчных протоков с использованием каркасных дренажей и стентов. Метод билиарного стентирования, при котором пациент не подвергается риску общего наркоза и связанных с ним дальнейших специфических осложнений, нет необходимости в лапаротомии. Метод является надежным и многолетним гарантом возвращения пациента к здоровой и качественной жизни.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ КОНТРОЛЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА ЭТАПАХ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ СИНДРОМА ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

**Назиров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Джуманиязов Д.А., Байбеков Р.Р.,
Хакимов Д.М.**

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

Цель - оценить роль эндоскопических технологий на этапах радикальной коррекции портальной гипертензии - портосистемного шунтирования (ПСШ). Основной задачей явилась оценка возможности выполнения ПСШ больным циррозом печени (ЦП) с портальной гипертензией (ПГ) в ближайшие сроки после кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ).

Материалы и методы. Проведен анализ результатов ПСШ у 161 пациента с ЦП и ПГ, наблюдав-

шихся в отделении хирургии портальной гипертензии и панкреатодуоденальной зоны АО "РСЦХ им. акад. В.Вахидова" за период с 2005 по 2015 г. Больные были разделены на две группы. В основную группу включены 76 больных, поступивших в экстренном порядке с клиникой пищеводного кровотечения. В контрольную группу включено 85 пациентов с неоднократным кровотечением из ВРВПЖ в анамнезе (от 3 месяцев до 2 лет).

Результаты. У больных ЦП с высоким исходным портальным давлением и кровотечением из

ВРВПЖ в анамнезе наложение селективных и центральных парциальных типов шунтирования повышает вероятность развития рецидива кровотечения в постшунтовой период до 11,2%. Это связано с начальным перераспределением порталного кровотока на фоне парциальной декомпресии и прогрессированием гастропатии. Эффективные эндоскопические методы гемостаза при кровотечении из ВРВПЖ позволяют стабилизировать функциональный статус гепатоцитов и после короткого периода реабилитации выполнить ПСШ

в целях долгосрочной профилактики рецидива геморрагического синдрома.

Выводы. При рецидиве кровотечения из ВРВПЖ после выполнения ПСШ, в этиологической структуре только 22,2% случаев приходится на тромбоз анастомоза и 77,8% - на парциальную декомпресию и остаточное порталное давление в совокупности с прогрессированием гастропатии на фоне ЦП. Эффективность эндоскопических вмешательств при рецидиве кровотечения из ВРВПЖ на фоне функционирующего ПСШ составляет 92,9%.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРОФИЛАКТИКЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

*Назиров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Джуманиязов Д.А., Нурутдинов У.С.,
Байбеков Р.Р., Салимов У.Р.*

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

Цель - провести анализ выживаемости больных циррозом печени и оценить эффективность эндоскопических вмешательств в профилактике кровотечений portalного генеза

Материалы и методы. Для оценки эффективности эндоскопических вмешательств в исследование включены 449 больных циррозом печени (ЦП) с порталной гипертензией, поступивших с кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода и желудка или угрозой его рецидива в период с 1996 по 2015 год. Все больные были распределены на 2 группы. В основную группу вошли 239 больных, получавших лечение в 2010-2015 году, в контрольную - 210 больных - с 1996 по 2010 год.

Результаты. Анализ показал, что доля больных без рецидивов кровотечения из ВРВПЖ только при выполнении эндоскопических вмешательств составила 27% (33 пациента) в контрольной группе и 54,2% (64) - в основной. При этапной тактике с выполнением портосистемного шунтирования (ПСШ) после эндоскопических вмешательств этот показатель составил 32,4% (45) и 109 (61,6%). В структуре больных без летальности от ЦП в отдаленный период (81 больной) с выполненными

эндоскопическими вмешательствами рецидива кровотечений не отмечено в 40,7% (33) случаев в контрольной группе и 68,1% (64 из 94) - в основной. При комбинированном эндоскопии и ПСШ в структуре больных, не включая умерших от прогрессирующего ЦП, отсутствие рецидива составило 45,9% (у 45 из 98 больных) и 71,2% (у 102 из 153 прослеженных в отдаленный период без учета умерших от ЦП). В группе больных, которым не проводили эндоскопических вмешательств, а только консервативную терапию в 3 (10,7%) случаях удалось избежать рецидива кровотечения. Это свидетельствует о низкой эффективности изолированных терапевтических попыток снижения риска рецидива геморрагического синдрома.

Заключение. Применение эндоскопических технологий значительно улучшило результаты лечебно-профилактических мероприятий при кровотечении из ВРВПЖ или угрозе его рецидива. Приверженность этапной тактике в сочетании с мининвазивными и традиционными декомпрессивными вмешательствами, позволила увеличить выживаемость больных с 80 до 88% в сроки до 1 года и с 42% до 64% - к 3 годам наблюдения.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ТОТАЛЬНОГО РАЗОБЩЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО КОЛЛЕКТОРА ПО МОДИФИЦИРОВАННОЙ МЕТОДИКЕ У ПАЦИЕНТОВ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

*Назиров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Раимов С.А., Салимов У.Р., Хакимов Д.М.
АО "Республиканский специализированный центр хирургии имени академика В.Вахидова"*

Цель исследования - изучить отдаленные результаты модифицированной методики тотального разобщения гастроэзофагеального коллектора у больных с синдромом порталной гипертензии.

В зависимости от методики разобщения азиго-портального бассейна пациенты были разделены на 2 группы. В первой группе (46 пациентов) выполняли разобщение гастроэзофагеального коллек-

тора по оригинальной методике - лигатурную транссецию желудка в субкардиальном отделе, с последующим формированием гастрогастрального анастомоза. Пациентам второй группы (66 пациентов) разобщение проводили по модифицированной методике - лигатурную транссецию желудка на каркасном протезе. У 56 больных причиной портальной гипертензии явился цирроз печени; у 46 - внепеченочная форма портальной гипертензии; у 10 - смешанная форма портальной гипертензии. Возраст больных, в среднем, составил $31,6 \pm 1,7$ года. Мужчин было 69, женщин - 43. 76 больных госпитализированы в плановом порядке, 36 доставлены в экстренном порядке с клиникой гастроэзофагального кровотечения.

Результаты и их обсуждение. В первой группе рецидив кровотечений отмечен у 15,2% больных, у 6,5% - на фоне анастомозита. Явления гастроспазма выявлены у 3 из 46 пациентов, печеночной

недостаточности - у 23,9% больных. На фоне указанных осложнений умерли 15,2% пациентов. В группе с модифицированной методикой кровотечение отмечено в 6,0% случаев. Кровотечения из эрозий в зоне лигатурной транссеции остановлены консервативно. Летальность в отдаленные сроки наблюдения (до 5 лет) составила 7,6%. Общая летальность в ближайшем и отдаленном периодах в группах составила 22,2% и 16,4% соответственно.

Заключение. Прерывание гастроэзофагеального венозного коллектора путем лигатурной транссеции на синтетическом протезе в отличие от предложенных методов тотального разобщения гастроэзофагеального коллектора позволяет не только облегчить техническое выполнение операции, но и обеспечивает профилактику ранних послеоперационных осложнений, грубых функциональных нарушений желудка в отдаленном периоде.

АНАЛИЗ БЛИЖАЙШИХ РЕЗУЛЬТАТОВ У БОЛЬНЫХ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПЕРЕНЕСШИХ ПОРТОСИСТЕМНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ

Назиров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Султанов С.А., Раимов С.А., Байбеков Р.Р.
АО "Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В.Вахидова"

Ежегодно в Республике Узбекистан регистрируются более 2000 случаев кровотечений из ВРВПЖ. Летальность при первом же эпизоде кровотечения может достигать 50%. Если гемостаз достигается без применения эндоскопических и оперативных методов, рецидив в течение года развивается в 80-90% случаев. В связи с этим все острее ощущается потребность в пересмотре традиционных подходов к ведению этого крайне тяжелого контингента больных.

В период 1976-2017 г. различные варианты портосистемного шунтирования (ПСШ) выполнены 1006 пациентам с портальной гипертензией (ПГ). Этиологическим фактором ПГ в 938 (93,2%) случаях был цирроз печени (ЦП), в 68 (6,8%) - внепеченочная форма ПГ. Средний возраст больных составил - $29,1 \pm 0,63$ лет. Женщин было 433 (43%), мужчин - 573 (57%).

У 612 (60,8%) больных в анамнезе имели место кровотечения из ВРВПЖ: у 298 (29,6%) - однократное, у 314 (31,2%) - многократное. Согласно классификации Child-Pugh (1973) к функциональному классу "A" отнесены 244 больных (24,3%), к классу "B" - 712 (70,8%), к классу "C" - 49 (4,9%). Необходимо отметить, что присутствие в анализируемых выборках функционального класса "C" относится к началу внедрения ПСШ, когда еще были дискутабельны критерии отбора пациентов для данного оперативного вмешательства.

В структуре шунтирующих операций дистальный спленоренальный анастомоз (ДСРА) составил 47,7% (480 пациентов);proximalный спле-

норенальный анастомоз со спленэктомией - 16,2% (163); латеро-латеральный спленоренальный анастомоз - 11,4% (115); спленосупрапенальный анастомоз - 11,6% (113); Н-образный спленоренальный анастомоз - 7,4% (74).

Одним из тяжелых послеоперационных осложнений у больных после центральных ПСШ является развитие печеночной недостаточности. На этапе внедрения отмечена самая высокая частота этого осложнения, что связано с освоением методики и включением в эту группу пациентов функционального класса "C" по Child-Pugh. В настоящий период достигнуты наиболее низкие показатели послеоперационных осложнений, в частности, печеночная недостаточность - 7,9%, тромбоз анастомоза - 2,3% и ранний рецидив кровотечения из ВРВПЖ - 2,2%.

Конечно, указанная группа осложнений имеет принципиальное значение и в отдаленный период наблюдения, однако уже по ближайшим результатам можно констатировать значительное улучшение качества хирургической коррекции ПГ путем индивидуального подхода к типу шунтирования и, при необходимости, формирования парциального сброса, позволяющего сохранить на приемлемом уровне объем остаточного гепатопетального кровотока. Этим и объясняется низкая частота развития специфических для ПСШ осложнений.

Что касается селективного шунтирования, то у этой группы больных частота развития специфических осложнений в настоящий период снижена до 7,7%, 2,3% и 4,3% соответственно. Частота кро-

вотечений из ВРВПЖ после селективного шунтирования оказалась выше, чем в группе центральных анастомозов (4,3% против 2,7%), что объясняется более высоким остаточным портальным давлением в раннем периоде после ДСРА.

В настоящий период на фоне профилактического шунтирования с сохранением гепатопетального кровотока летальность в ближайший послеоперационный период снизилась до 2,4% при центральном шунтировании и 3,7% - при селективной декомпрессии.

Через 2-3 месяца после ПСШ больным выполнялось контрольное эндоскопическое исследование для оценки эффективности декомпрессии.

Таким образом, в настоящее время ПСШ может быть как временной мерой профилактики кровотечений из ВРВПЖ перед трансплантацией печени, так и окончательным методом лечения этой категории больных, в том числе в странах, где по разным причинам отсутствуют возможности радикального хирургического лечения ЦП.

Современный этап развития сосудистой хирургии ПГ характеризуется индивидуальным подходом к выбору оптимального способа коррекции этого осложнения, зависящего от возрастного фактора, степени риска развития геморрагического синдрома, особенностей анатомии портального бассейна и состояния воротной гемодинамики.

ПОКАЗАТЕЛИ ПОРТОПЕЧЁНОЧНОГО КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ФОНЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

*Назиров Ф.Г., Девятов А.В., Ибадов Р.А., Бабаджанов А.Х., Ирматов С.Х., Байбеков Р.Р.
АО "Республиканский специализированный центр хирургии имени академика В.Вахидова"*

Цель - проанализировать гемодинамические и функциональные показатели портопечёночного кровотока у больных циррозом печени, осложненного асцитом

Материалы и методы. В основе исследования - ретроспективный анализ результатов специального обследования и хирургического лечения осложнений портальной гипертензии у 867 больных с диффузным поражением печени, осложненным портальной гипертензией (ПГ) в АО "РСЦХ им. акад. В.Вахидова" за период с 1976 по 2015 г. Всем больным выполнены различные варианты портосистемного шунтирования.

Результаты. У больных с высокой ПГ на фоне внутрипеченочного блока частота развития асцитического синдрома не зависит от макроскопического вида цирроза печени (ЦП), при котором асцит выявлен в 39,6-46,7% случаев. Фиброз печени также осложняется развитием асцита в 29,3% случаев. В отличие от ЦП при внутрипеченочном блоке на фоне фиброза выявлены удовлетворитель-

ные показатели цитолиза и функционального состояния гепатоцитов, а дефицит общего печеночного кровотока достоверно не отличается от данных при узловой трансформации и, в среднем, составил 24,6%. Следовательно, в развитии асцитического синдрома на фоне фиброза основным этиологическим признаком является именно прогрессирование ПГ, тогда как для ЦП характерно сочетание данного фактора со снижением функционального статуса гепатоцитов и активностью цирротического процесса и депрессии белковосинтетической функции.

Выводы. Нарастание нарушений гемодинамических показателей в сосудах воротного бассейна сопровождается увеличением частоты развития асцитического синдрома с 36 до 56,3%. При этом основное значение имеет как замедление линейной скорости кровотока ($P<0,05$) до $12,5\pm0,05$ см/сек по селезеночной вене и $11,5\pm0,05$ см/сек по воротной вене, так и расширение последней более 1,4 см в диаметре.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ШУНТИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ С ВАРИКОЗНЫМ РАСШИРЕНИЕМ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА И ОТЕЧНО-АСЦИТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

*Назиров Ф.Г., Девятов А.В., Ибадов Р.А., Бабаджанов А.Х., Ирматов С.Х., Султанов С.А.
АО "Республиканский специализированный центр хирургии имени академика В.Вахидова"*

Цель - оценить результаты портосистемного шунтирования (ПСШ) у больных циррозом печени (ЦП) с асцитическим синдромом.

Материалы и методы. Проанализированы результаты ПСШ у 556 больных, оперированных в 2000-

2015 г. За основу анализа взяты все особенности связанные с развитием и прогрессированием асцитического синдрома. Исследования проводили в группах с наиболее часто выполняемыми шунтами.

Результаты. Исходная декомпенсация ЦП по

отечно-асцитическому синдрому достоверно повышает риск развития таких специфических осложнений, как печеночная недостаточность - с 6,9% до 13,5%; печеночная энцефалопатия (ПЭ) - с 12,1 до 16,2%, нарастание асцита - с 7,2 до 16,2%, летальность - с 2,1 до 3,8%. Основной причиной ранней летальности после ПСШ является риск развития тромбоза анастомоза с рецидивом кровотечения. По другим специфическим осложнениям консервативные мероприятия позволяют нивелировать разницу в удовлетворительных результатах операции (96,2% - в группе с асцитом до ПСШ против 97,9% - в группе без асцита). Количественный и качественный анализ асцитической жидкости показал, что в ближайший постшунтовой период (3-5 суток) развитие данного осложнения зависит от типа шунтирования. При дистальном спленоренальном анастомозе (ДСРА) продукция асцита значительно повышена ($P<0,01$), показатель общего белка в жидкости достоверно ($P<0,02$) выше, чем в асците у больных с центральным типом шунтирования. Данный факт обусловлен формированием

селективного типа шунтирования на фоне ДСРА. Нарастание асцита не зависит от наличия данного осложнения до операции, что говорит о влиянии выраженности portalной гипертензии и адекватности декомпрессии системы воротной вены, на фоне которой снижение фракции альбумина в крови и повышение её в асцитической жидкости ($R^2=0,57$) может свидетельствовать о высоком остаточном портальном давлении.

Заключение. Исходная декомпенсация ЦП по отечно-асцитическому синдрому достоверно повышает риск развития таких специфических осложнений, как печеночная недостаточность - с 6,9 до 13,5%, ПЭ - с 12,1 до 16,2%, нарастание асцита - с 7,2 до 16,2%, летальность - с 2,1 до 3,8%. У больных ЦП после ПСШ в 70,2% случаев декомпенсация по асцитическому синдрому обусловлена непосредственно цирротическим процессом и нарастанием функциональной недостаточности гепатоцитов. В остальных 29,8% случаев формирование данного осложнения связано с прогрессированием синдрома ПГ на фоне тромбоза анастомоза.

БАЛЛОНЫЙ МЕТОД В ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ

Назиров Ф.Г., Хашимов Ш.Х., Махмудов У.М., Джуманализов Ж.А., Садыков Н.С.,
Кабуллов Т.М., Ташкенбаев Ф.Р.

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

В настоящее время выделяют три основных группы методов лечения ожирения: консервативные, хирургические и инвазивные нехирургические.

К консервативным методам относят диетотерапию, психотерапию, модификацию пищевого поведения, дозированные физические нагрузки, медикаментозное. Однако консервативные методы снижения массы тела (МТ) могут быть эффективными на начальных стадиях заболевания. Окончательный результат во многом определяется силой воли пациентов, их способностью к жестким самоограничениям. По мере увеличения степени ожирения эффективность консервативного лечения снижается и не превышает 5%, при так называемом, морбидном ожирении (индекс массы тела выше 40 кг/м²).

В последнее время широкое распространение получило лечение применением внутрижелудочных баллонов (ВЖБ) для снижения избыточной МТ, не требующего хирургического вмешательства. Метод является эндоскопическим, открывает возможности малоинвазивной коррекции ожирения и служит альтернативой диетотерапии и медикаментозной подготовке пациентов к бariatрической операции. Механизмы действия ВЖБ сводятся к уменьшению желудочного резервуара за счет объема баллона, более раннему насыщению во время еды, замедлению эвакуации пищи из желудка. И

хотя окончательные результаты лечения с применением ВЖБ существенно уступают результатам более сложных операций, средние показатели, характеризующие эффективность данного вида лечения, могли бы существенно снизить операционный и анестезиологический риск.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов завершенного лечения с применением ВЖБ 16 больных с избыточной массой тела (ИМТ>25, но <30 кг/м²) и ожирением (ИМТ>30 кг/м²). Для снижения массы тела им произведена имплантация ВЖБ в отделении эндовизуальной хирургии РСЦХ им. академика В.Вахидова в 2015-2017 годы. Женщин было 10 (62,5%), мужчин - 6 (37,5%) в возрасте от 22 до 48 лет (в среднем 34,2±1,7); средняя МТ составила 130,4±44,9 кг, средний ИМТ - 41,4±11 кг/м².

ВЖБ устанавливался по рекомендациям изготовителя (BIB System Intragastric Balloon фирмы Allergan Inc. США). Процедуры установки баллонов выполняли с помощью гастроинтестинального фиброскопа GIF-1T20 Olympus (Япония) под внутривенным потенцированием с дополнением местной анестезии глотки Sol. Lidocain 10% в виде спрея. После наполнения баллона адекватным объемом жидкости и удаления соединительной трубки-катетера проводили эндоскопический контроль его положения и герметичности. Продолжитель-

ность всей процедуры составляла 10-15 минут. Манипуляция проводилась с участием врача-эндоскописта, хирурга, анестезиолога и анестезиологической сестры. Пациенты находились 2-3 суток под наблюдением в отделении для предупреждения возможных осложнений, связанных с непереносимостью пациентом баллона в желудке. Для снижения желудочной секреции назначали ингибиторы протонной помпы. Удаление баллона рекомендовали через 4-6 месяцев.

Результаты и их обсуждение. Осложнения в ходе установки и удаления ВЖБ не наблюдали. После стихания симптомов, характерных для первых дней после установки ВЖБ (ощущений спазма, тяжести в эпигастрине, тошноты, рвоты, изжоги), дальнейшее лечение большинство пациентов переносили хорошо. Основным побочным эффектом в последующем была неприятная отрыжка воздухом. Средняя потеря МТ после завершения лечения у 16 пациентов составила $13,5 \pm 10,1$ кг при максимальном показателе в ходе лечения $15,0 \pm 9,6$ кг, что соответствовало $26,0 \pm 15,6\%$ и $29,6 \pm 14,4\%$ потери избыточной МТ (от 0 до 65,5%). Потеря избыточ-

ной МТ различалась в группах в зависимости от исходного показателя индекса МТ. Снижение индекса МТ в общей группе больных составило от 41,4 до $37,5$ кг/м². Результаты лечения спустя 6 месяцев после удаления баллонов изучены у всех 16 пациентов. Полное или частичное восстановление утерянной МТ было отмечено у 10 (66,6%) пациентов, еще у 1 (6,6%) последующий результат лечения определялся эффектом хирургического вмешательства, предпринятого вскоре после удаления баллона. Таким образом, лишь 4 (26,8%) пациентов были в состоянии удерживать полученный результат, либо продолжать снижение МТ после удаления ВЖБ.

Выводы. Малоинвазивная методика снижения МТ с использованием ВЖБ существенно расширяет возможности эффективной помощи больным, страдающим избыточной МТ и ожирением.

У больных с крайне высоким хирургическим и анестезиологическим риском эффективное снижение МТ с помощью ВЖБ может существенно снизить риск последующего оперативного вмешательства по поводу ожирения.

ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПРОДОЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА (LAPAROSCOPIC SLEEVE GASTRECTOMY) В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ В УЗБЕКИСТАНЕ

*Назиров Ф.Г., Хашимов Ш.Х., Махмудов У.М., Садыков Н.С., Кабуллов Т.М., Ташкенбаев Ф.Р.
АО "Республиканский специализированный центр хирургии имени академика В.Вахидова"*

Лапароскопическая продольная резекция желудка (ЛПРЖ) известна с 1997 года. В последние годы она приобрела популярность в Европе, Америке благодаря хорошим непосредственным результатам в плане снижения веса. Операция обеспечивает потенциальные преимущества перед известными рестриктивными операциями на желудке не имеет недостатков мальабсорбтивных операций. Вместе с тем даже в экономически развитых странах к настоящему времени не изучены результаты ЛПРЖ в сроки свыше 5 лет; нет консенсуса по оптимальной технике операции и показаниям к ней. Данные о выполнении эндovизуальных бariatрических вмешательств при морбидном ожирении (МО), близких и отдаленных результатах ЛПРЖ на значительной серии наблюдений в Республике Узбекистан в настоящее время не опубликованы.

Материалы и методы. С ноября 2015 по июнь 2017 г. в отделении эндovизуальной хирургии АО "РСЦХ им. акад. В.Вахидова" выполнено 16 ЛПРЖ больным с МО в возрасте от 28 до 53 лет, соотношение мужчины/женщины - 1/7, средняя масса тела - $113,9 \pm 21,34$ кг (от 110 до 187 кг), средний ИМТ - $40,1 \pm 6,1$ кг/м² (от 30,1 до 59,5 кг/м²). В трех случаях симультанно выполнялась лапароскопическая холецистэктомия по поводу желчекаменной болезни; 4 (25%) пациента страдали сахар-

ным диабетом 2 типа, 14 (87,5%) - гипертонической болезнью II ст. Среди коморбидных заболеваний отмечались синдром апноэ во сне, бесплодие, недержание мочи, хронический обструктивный бронхит, артриты. Все оперативные вмешательства выполнены под эндотрахеальным наркозом. Для резекции желудка использовали 60 мм трехрядные сшивающие аппараты "Эшелон" (Ethicon - Endo Surgery). Резекцию проводили на калиброчном зонде диаметром 36 Fr. Мы не придерживались определенного расстояния от привратника. Основным критерием являлось создание равномерно узкой желудочной трубы с сохранением небольшой части антравального отдела желудка.

Во всех случаях линия резекции погружалась в непрерывный шов рассасывающейся "зазубренной" нитью V-Loc - 180 mm (Covidien - США). Объем резецированной части желудка определяли тугим заполнением водой.

Результаты и их обсуждение. Средняя продолжительность операции составила 165 ± 71 минут, медиана - 150 минут, медиана числа использованных кассет - 5. Средний объем резецированной части желудка - 1057 ± 82 мл, медиана - 1100 мл. В послеоперационном периоде осложнения не было. Больные выписаны на 4-5 сутки после операции. После выписки пациенты продолжали получать ан-

тиагрегантную терапию в профилактических дозах в течение 1 мес.; антисекреторные препараты в течение 2 мес. С учетом международных рекомендаций, пациентам, перенесшим бariatрическую операцию, назначали витамино-минеральную поддержку.

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

Результаты снижения массы тела отслежены в 3-месячном периоде у 2 пациентов, в 6-месячном - у 8, в 9-месячном - у 3 пациентов и в 2-летнем послеоперационном периоде - у 3 пациентов. Через три месяца после операции средняя абсолютная потеря массы тела (МТ) составила $27,4 \pm 8,3$ кг, медиана - 25 кг; среднее снижение избыточного веса

(%СИВ) - $37,4 \pm 8,6\%$, медиана - 37,6%; через полгода средняя МТ - 34 ± 6 кг, медиана - 34 кг; среднее %СИВ - $47,1 \pm 8\%$, медиана - 47,7%; через 9 месяцев МТ - $37 \pm 10,4$ кг, медиана - 34 кг, среднее %СИВ - $51,1 \pm 7\%$, медиана - 51,6% и к двум годам наблюдения потеря избыточной массы у 3 больных составила более 50%. У пациентов с сахарным диабетом уровень гликемии нормализовался, в настоящее время они не принимают никаких препаратов (до операции одна из пациенток принимала в сутки 2 таблетки амарила и 32 ЕД инсулина). Все пациенты отмечали облегчение течения коморбидных заболеваний либо полное исчезновение их симптомов.

Выводы. ЛПРЖ является эффективным и безопасным методом лечения МО и связанного с ним сахарного диабета 2 типа и других заболеваний.

Проведение ЛПРЖ способствует эффективной убыли веса, улучшению качества жизни пациентов с МО.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ НЕФРЕКТОМИИ У ЖИВОГО РОДСТВЕННОГО ДОНОРА В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Назиров Ф.Г., Хашимов Ш.Х., Махмудов У.М., Садыков Н.С., Кабулов Т.М., Ташкенбаев Ф.Р.
АО "Республиканский специализированный центр хирургии имени академика В.Вахидова"

На протяжении последних лет в мире наблюдается неуклонный рост числа больных с терминальной хронической почечной недостаточностью, жизнь которых обеспечивается применением заместительной почечной терапии. С 1990 по 2016 г. количество больных, получающих заместительную почечную терапию, в мире возросло в 4,7 раза, превысив к концу 2006 г. 2 млн. человек. К известным сегодня методам заместительной почечной терапии относятся трансплантация почки, программный гемодиализ перitoneальный диализ. Сегодня трансплантация почки считается наиболее эффективным способом лечения больных с терминальной почечной недостаточностью.

Трансплантация почки от живого донора является важнейшей альтернативой для многих пациентов. В России до 20% трансплантаций почек выполняется с использованием живых родственных доноров, во многих странах Европы и США этот показатель достигает 40% и более.

Широкое внедрение эндовидеохирургических минимально инвазивных технологий в различные области хирургии и урологии, разработка специального инструментария и электрохирургического оборудования нашли свое применение и в трансплантологии. Первая лапароскопическая нефрэктомия (ЛН) выполнена в 1995 году. С этого момента число пересадок почки с использованием ЛН имеет тенденцию к ежегодному увеличению. Так, в США около 75% донорских нефрэктомий осуществляется с использованием того или иного эндоскопического метода. В современной хирургической практике все более широкое применение

получают операции нефрэктомии у живого донора с использованием различных миниинвазивных методов: полностью лапароскопического, мануально-ассистированного лапароскопического, мануально-ассистированного ретроперитонеоскопического, полностью ретроперитонеоскопического, робот-ассистированного. По сравнению с открытыми оперативными вмешательствами лапароскопические операции обладают такими преимуществами, как снижение травматичности, выраженности послеоперационного болевого синдрома, сокращения восстановительного периода, пребывания в стационаре и периода нетрудоспособности, обеспечивают лучший косметический эффект.

Цель исследования - внедрить в клиническую практику методику ЛН при операциях у живого родственного донора.

Материалы и методы. В апреле 2015 года в АО "РСЦХ им. академика В.Вахидова" впервые в Узбекистане выполнили ЛН слева у живого родственного донора - женщины 36 лет из лапароскопического доступа.

Результаты и их обсуждение. Мобилизацию почки проводили в блоке с паранефральной клетчаткой; мочеточник мобилизовали до перекреста с подвздошными сосудами; почечную артерию выделяли с использованием ультразвуковых ножниц HARMONIC ACE и LigaSure ATLAS у места отхождения от аорты; почечную вену выделяли до места впадения в нижнюю полую вену после пересечения центральной вены надпочечника и мобилизации последнего от верхнего полюса почки. Артерию и вену клипировали клипсами Hem-o-lock-

XL, пересекали специальными сосудистыми лапароскопическими ножницами. До клипирования и пересечения почечных сосудов произведен кожно-апоневротический разрез (не вскрывая листок брюшины) в левой паховой области длиной до 6 см по линии складки. При этом инструментом зафиксирована почка за паранефральную клетчатку в области нижнего полюса. После клипирования и пересечения почечных сосудов через заранее подготовленный разрез вскрыт листок брюшины и донорская почка извлечена и передана для перфузии и подготовки к трансплантации на "back-table". Интраоперационных осложнений не было. Период первичной тепловой ишемии составил 3,6 минуты. Время консервации составило 40 мин. Отмечена немедленная функция трансплантата у реципиента.

Урологических осложнений не было.

Продолжительность операции составила 140 мин. Длительность стояния дренажа после операции - 2 суток. Время пребывания в стационаре - 5 суток.

Выводы. ЛН является эффективным хирургическим вмешательством, имеющим преимущества по сравнению с открытой методикой выполнения данной операции: улучшенная визуализация и возможность прецизионной манипуляции тканями и анатомическими структурами, значительно меньшая травматизация трансплантата (зabor единым блоком с паранефральной и парауретеральной клетчаткой), сокращение продолжительности вмешательства, снижение риска послеоперационных осложнений, ранняя реабилитация, лучший косметический эффект.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ НАДПОЧЕЧНИКОВ

*Назиров Ф.Г., Хашимов Ш.Х., Махмудов У.М., Садыков Н.С., Кабуллов Т.М., Ташкенбаев Ф.Р.
АО "Республиканский специализированный центр хирургии имени академика В.Вахидова"*

Первые сообщения об успешной лапароскопической адреналэктомии были опубликованы в 1992 г. E. Higashihara et al. удалили надпочечник у пациента, страдающего первичным альдостеронизмом. Многие авторы говорят о таких преимуществах лапароскопической адреналэктомии, как небольшое число интра- и послеоперационных осложнений, незначительно выраженный болевой синдром, малая травматичность, сокращение пребывания пациента в клинике, быстрое восстановление трудоспособности, хороший косметический эффект.

Материалы и методы. В работе обобщены результаты лечения 7 больных с доброкачественными заболеваниями надпочечников: кортикостерома - 1 пациент, феохромоцитома - 2, инциденталома - 4 в отделении эндovизуальной хирургии АО "РСЦХ им. академика В.Вахидова" в 2015-2016 г. Женщин было 5 (71,5%), мужчин - 2 (28,5%). Средний возраст - $32,7 \pm 3,3$ года. Лапароскопическая адреналэктомия справа выполнена 3 пациентам, слева - 4. Наличие клинических симптомов было причиной обследования в 4 (57,1%) случаях. У 3 (42,8%) пациентов было стойкое повышение АД до 160-220 мм.рт.ст. Бессимптомное течение заболевания было у 3 (42,8%) пациентов, у 4 (57,1%) - опухоль надпочечника случайно обнаружена при УЗИ. В плане обследования всем больным проводили УЗИ, КТ. Размер выявленной опухоли варьировал от 1,5 до 3,5 см. Исследование катехоламинов и 17-кетостероидов мочи проводили всем пациентам; незначительное повышение адреналина и норадреналина было в 4 (57,1%) случаях.

Результаты и их обсуждение. Адреналэктомия выполнялась в положении больного на боку с мобилизацией печеночного изгиба поперечно-ободочной кишки при операции на правом надпочечнике. При лапароскопической адреналэктомии у четырех пациентов доступ к надпочечнику осуществлялся через зону, расположенную латеральнее селезенки и селезеночного изгиба толстой кишки. Во всех случаях сначала выделялась надпочечниковая вена, клипировалась аппаратом Hem-o-lock и пересекалась до мобилизации надпочечника. Надпочечник удаляли единым блоком с использованием аппарата LigaSure. Удаленный надпочечник эвакуировали из брюшной полости в контейнере. Устанавливали контрольный дренаж к месту операции, кровопотеря минимальная. Средняя продолжительность операции: при правосторонней адреналэктомии - 70-80 мин., при левосторонней - 85-100 мин. Интраоперационных и послеоперационных осложнений не было. Применялась ранняя активизация больных. В течение первых суток им разрешалось вставать и принимать жидкую пищу. Болевой синдром купировался назначением ненаркотических анальгетиков. Дренаж из брюшной полости удаляли на 2 сутки. Среднее время пребывания в стационаре больных составило 7 койко-дней.

Вывод. Лапароскопическая адреналэктомия имеет ряд таких преимуществ, как незначительный болевой синдром, малая травматичность, сокращение сроков пребывания пациента в клинике, быстрое восстановление трудоспособности, хороший косметический эффект.

БРОНХОЛЕГОЧНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ЭКСТИРПАЦИИ ПИЩЕВОДА С ОДНОМОМЕНТНОЙ ГАСТРОЭЗОФАГОПЛАСТИКОЙ

Назирова Л.А., Низамходжаев З.М., Ибадов Р.А., Лигай Р.Е., Арифжанов А.Ш.
АО "Республиканский специализированный центр хирургии имени академика В.Вахидова"

Актуальность. Реконструктивно-восстановительная хирургия пищевода остается одним из наиболее сложных направлений в торако-абдоминальной хирургии.

По мнению многих авторов, внедрение в клиническую практику расширенных операций с лимофодиссекцией повысило уровень послеоперационной летальности с 4 до 10%, увеличило количество повторных операций с 8 до 18%, среднее время нахождения больных в стационаре в послеоперационном периоде - почти в 2 раза. Это связано с большим числом послеоперационных осложнений, которые, по данным различных авторов, составляют 55-70%.

Большую часть послеоперационных осложнений составляют бронхолегочные: пневмония, ателектаз легких, плеврит, эмпиема плевры. Частота этих осложнений достигает, по данным различных авторов, 19-50%.

Цель исследования - изучить характер и частоту бронхолегочных осложнений после экстирпации пищевода с одномоментной гастроэзофагопластикой.

Материалы и методы. С 1991 по 2015 год, в отделении хирургии пищевода и желудка АО "РСЦХ имени академика В.Вахидова" произведены 234 экстирпации пищевода с одномоментной эзофагогастропластикой по поводу различных заболеваний пищевода.

В зависимости от использования усовершенствованных технических аспектов формирования трансплантата из желудка, комплекса профилактических мероприятий больные были распределены на 2 группы.

Контрольную группу (КГ) составили 79 пациентов, находившихся на лечении с 1991 по 2000 г. Основную группу (ОГ) составили 155 пациентов, оперированных с 2001 по 2015 г., которым использован новый метод формирования трансплантата из желудка и усовершенствованная профилактика послеоперационных осложнений.

Нами использовались два доступа: абдомино-цервикальный - 192 (82%) и торако-абдомино-цервикальный - 42 (18%).

Результаты и обсуждение. Анализ послеоперационных осложнений показал следующее. Наиболее частыми являются бронхолегочные осложнения, которые развились у 109 (46,6%) больных; специфические - у 60 (25,6%); гнойно-воспалительные - у 43 (18,4%); сердечно-сосудистые - у 24 (10,3%); тромбоэмбolicкие у 13(5,6%); кровотечение - у 7 (2,9%); прочие - у 14 (5,9%).

В связи с тем, что бронхолегочные осложнения являются наиболее частыми, нами разработаны и внедрены усовершенствованные схемы предоперационной подготовки, анестезиологического побоя и послеоперационного ведения больных после реконструктивно-восстановительных операций на пищеводе, что позволило снизить развитие бронхолегочных осложнений.

Структурный анализ бронхолегочных осложнений показал их достоверное снижение в основной группе. Эксудативные плевриты развились у 23 (29,1%) больных в контрольной и у 32 (20,6%) в основной группе; пневмония в контрольной - у 28 (35,4%), в основной - у 17 (10,9%); пневматоракс в контрольной группе - у 2 (2,5%), в основной - у 5 (3,2%); пищеводно-трахеальные свищи в контрольной группе - у 1 (1,26%) и 2 (1,3%) в основной.

После 234 экстирпаций пищевода летальный исход наступил у 26 (11,1%) больных. Среди причин летальных исходов доля бронхолегочных осложнений составила 15,3%. Заслуживают внимания летальные случаи от бронхолегочных осложнений в контрольной группе - 3 (21,4%). Наиболее частыми причинами явились двусторонняя и абсцедирующая пневмония, на фоне которых развился эксудативный плеврит.

Заключение. В структуре послеоперационных осложнений после эзофагопластики часто встречаются бронхолегочные. В их развитии решающее значение играют такие факторы, как возраст больного, хронические обструктивные заболевания легких, операционный доступ, время наркоза и продленной искусственной вентиляции легких, неадекватное обезболивание в послеоперационном периоде.

АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПИЩЕВОДНЫХ АНАСТОМОЗОВ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНЫМ РАКОМ

Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Омонов Р.Р., Цой А.О., Нигматуллин Э.И.
АО "Республиканский специализированный центр хирургии имени академика В.Вахидова"

Актуальность. Диагностика и лечение больных опухолевыми поражениями желудка остаются актуальными проблемами абдоминальной хирургии.

Выбор способа лечения опухолей проксимального отдела желудка является нерешенной проблемой, что обуславливает худшие по сравнению с други-

ми локализациями результаты. В первую очередь это связано с анатомо-физиологическими особенностями кардиоэзофагеальной зоны, быстрым распространением опухоли, высокой злокачественностью с преобладанием агрессивных клинико-морфологических вариантов с низкой степенью дифференциации, высоким индексом лимфогенного метастазирования, а также поражением пищевода на различном уровне.

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

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

Материалы и методы. С 2001 по 2016 г. в отделении хирургии пищевода и желудка радикальные вмешательства выполнены 225 больным с кардиоэзофагеальным раком: гастрэктомия (ГЭ) - 166 (73,7%), проксимальная резекция желудка (ПРЖ) - 53 (23,6%) и экстирпация пищевода (ЭП) - 6 (2,7%) больных. Во всех случаях выполнена стандартная лимфодиссекция ЛД2, а при ЭП - двухэтапная лимфодиссекция.

Результаты. Несостоятельности шейного эзофагогастроанастомоза (ЭзГА) после 6 экстирпаций пищевода с одномоментной гастропластикой не было.

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

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

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

Заключение. Недостаточность пищеводных анастомозов после гастрэктомии и проксимальной резекции желудка остается одним из грозных специфических осложнений реконструктивных операций на желудке у больных раком КЭП.

РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С ПОСТОЖОГОВЫМИ РУБЦОВЫМИ СТРИКТУРАМИ ПИЩЕВОДА

Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Хаджибаев Ж.А., Цой А.О.

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

Актуальность. Вопросы хирургического лечения постожоговых рубцовых стриктур пищевода (ПРСП) требуют проведения дальнейших научных изысканий. Актуальными остаются проблемы создания единого алгоритма лечения при ПРСП и стандартизация хирургической тактики для своевременного выбора радикального способа реконструкции пищевода.

При создании искусственного пищевода выбор трансплантата во многом зависит от функциональной значимости органа, особенностей его кровоснабжения, от принятой в каждой клинике методики и опыта хирургов.

В настоящее время для создания искусственно-

го пищевода применяют различные отделы толстой кишки в изо- или антиперистальтической позиции. Выбор сегмента толстой кишки для эзофагопластики и расположение трансплантата остаются предметом дискуссий. Левая половина толстой кишки обладает многими преимуществами. Она длиннее правой, меньше по диаметру, ее роль в пищеварении не так велика и самое главное - особенности кровоснабжения. Артерии и вены левой половины толстой кишки имеют магистральный тип строения, что позволяет в большинстве случаев сформировать трансплантат необходимой длины с адекватным кровоснабжением. Артерии и вены

правой половины толстой кишки часто имеют вид многочисленных петель, что препятствует формированию достаточно длинного трансплантата, способствует его ишемии. Наиболее оптимальным способом проведения трансплантата на шею остается ретростернальный путь, который короче антеторакального и имеет косметические преимущества по сравнению с подкожным расположением.

Целесообразность использования того или иного сегмента толстой кишки для эзофагофарингопластики в изо- или антиперистальтическом положении решается строго индивидуально и зависит, главным образом, от особенностей кровоснабжения толстой кишки. Необходимо учитывать, что при сочетанном рубцовом поражении пищевода и глотки для выполнения фарингоколоэзофагопластики необходим трансплантат несколько большей длины.

Цель - изучить результаты реконструктивных вмешательств на пищеводе у больных с ПРСП.

Материал и методы. В отделении хирургии пищевода и желудка АО "РСЦХ им. акад. В.Вахидова" в 1991-2015 годы выполнены 150 операций на пищеводе больным с ПРСП.

Результаты и обсуждения. Характер выполненных операций: шунтирующая колоэзофагопластика (ШКЭП) - 116 (77,4%); шунтирующая фарингоколоэзофагопластика (ШФКЭП) - 23 (15,3%); экстирпация пищевода (ЭП) - 11 (7,3%).

В послеоперационном периоде у 106 (70,7%) больных осложнения выявлены, у 44 (29,3%) отмечалось одно и более осложнений.

Наибольшее количество осложнений было брон-

холегочного характера - у 34 (22,7%) больных.

Следующими по частоте встречаемости были гнойно-воспалительные, к которым относятся нагноение ран и гнойный медиастинит - 23 (15,3%).

Гнойно-воспалительные осложнения чаще являются следствием специфических, которые непосредственно связаны с техникой выполнения операций: некроз колотрансплантата, недостаточность пищеводных анастомозов (ПА), несостоятельность коло-гастроанастомоза и коло-колоанастомоза - 19 (12,7%) больных.

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

Летальный исход наступил у 7 больных из 150 (4,7%). У 1 больной - после ЭП, у 1 больной - после ШФКП и у 5 больных - после ШКП.

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

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

СТРУКТУРА ОСЛОЖНЕНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РАКА

Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Цой А.О., Музafferov Ф.У., Омонов Р.Р.
АО "Республиканский специализированный центр хирургии имени академика В.Вахидова"

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

При кардиоэзофагеальном раке (КЭР) сложность оперативного пособия обусловлена необходимостью его выполнения и лимфаденэктомии в двух зонах: медиастинальной и абдоминальной. Это определяет обязательное расширение границ хирургического вмешательства, выполнение комбинированных операций более чем в 80% наблюдений, расширение зон лимфатической диссекции в брюшной полости и средостении. Переход процесса на

пищевод требует комбинированного торакоабдоминального доступа с пересечением диафрагмы, высокой мобилизацией пищевода в средостении и формированием внутриплевральных соустий.

В настоящее время у нас и за рубежом при оперативном лечении кардиоэзофагеального рака получает распространение трансхиatalная экстирпация пищевода с одномоментной эзофагопластикой желудочной трубкой. Разноречивость взглядов на эффективность применяемых методов хирургического лечения КЭР требует сравнительной оценки результатов хирургического лечения.

Цель - изучить характер послеоперационных осложнений у больных с КЭР.

Материалы и методы. В отделении хирургии пищевода и желудка АО "РСЦХ им. акад. В.Вахидова" с 2001 по 2016 год оперированы 335 больных КЭР.

Результаты. Характер хирургических вмешательств был следующим: эксплоративная лапаро-

томия и лапароскопия - 110 (32,8%), гастрэктомия (ГЭ) - 166 (49,5%), проксимальная резекция желудка (ПРЖ) - 53 (15,8%) и экстирпация пищевода - 6 (1,8%) больных.

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

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

Характер послеоперационных осложнений по-

ле ПРЖ: бронхо-легочные - у 7 (13,2%), панкреатит - у 6 (11,3%), панкреонекроз - у 3 (5,7%), кровотечение - у 1 (1,9%), недостаточность эзофагогастроанастомоза - у 3 (5,7%), острые кишечные непроходимости - у 1 (1,9%), поддиафрагмальный абсцесс слева - у 3 (5,7%), нагноение раны у 1 (1,9%).

Летальный исход наступил у 2 (3,7%), в обоих случаях причиной являлся панкреонекроз.

Экстирпация пищевода произведена 6 больных раком нижней трети пищевода с распространением на КЭП. Осложнений и летальных исходов не было.

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

РЕЗУЛЬТАТЫ ПОВТОРНЫХ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ БОЛЕЗНЯХ ИСКУССТВЕННОГО ПИЩЕВОДА

*Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Цой А.О., Хаджибаев Ж.А., Нигматуллин Э.И.
АО "Республиканский специализированный центр хирургии имени академика В.Вахидова"*

Актуальность. Болезни искусственного пищевода (БИП), развивающиеся в отдаленном периоде после эзофагопластики, существенно ухудшают результаты реконструктивных вмешательств, снижают качество жизни пациентов. Опыт показывает, что причинами их возникновения служат не только несовершенство методик создания искусственного пищевода, но и тактические ошибки при выборе способа и объема эзофагопластики, применение устаревших и даже порочных операций, а также грубые технические погрешности при выполнении вмешательств. Частота развития БИП колеблется в широких диапазонах от 15 до 55%. Проблема болезней искусственного пищевода всегда была актуальной и будет оставаться таковой, пока в клинической практике не будет применение эзофагопластика. Если спорные вопросы самой эзофагопластики с каждым годом находят свое успешное решение, то в отношении БИП такой положительной тенденции не отмечается. Это обусловлено многими причинами, такими, как отсутствие единой классификации БИП и общепринятой тактики лечения. Среди многообразия БИП одним из значимых остается рубцовое сужение пищеводных анастомозов (РСПА), которое приводит к дисфагии и регургитации. Именно повторное возникновение дисфагии после сложнейшей реконструктивной операции тяжело психологически переносят больные. Частота РСПА после эзофагопластики, по данным большинства исследований, находится в интервале от 9-40%, иногда достигая 75%.

Цель - проанализировать результаты повторных хирургических вмешательств у больных с болезнями искусственного пищевода (БИП).

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

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

Результаты и обсуждения. Повторные оперативные вмешательства выполнены 23 (25,2%) больным. Характер реконструктивной операции зависел от вида БИП. 1 пациентке с незавершенной колоэзофагопластикой выполнена ремобилизация шейного отдела пищевода и проксимальной части колотрансплантата с наложением косопоперечно-го эзофагоколоанастомоза. 2 пациентам с избыточной петлей колотрансплантата выполнена резекция избыточной петли колотрансплантата с формированием нового коло-колоанастомоза с сохранением питающей ножки трансплантата. 1 пациентке с пищеводно-трахеальным свищом выполнено его разобщение шейным доступом. У 1 пациентки со слепым мешком естественного пищевода выполнено разобщение эзофагоколоанастомоза, ушивание дистального конца естественного пищевода с формированием нового пищеводно-толстокишечного союзья.

Наибольшее количество операций выполнено пациентам с рубцовыми структурами шейного пищеводного анастомоза - 18. 1 пациентке после ранее перенесенной тонкокишечной пластики выполнено удаление тонкокишечного трансплантата с повторной шунтирующей колоэзофагопластикой; 3 пациентам выполнена резекция анастомоза с формированием нового соусья; 10 - операция типа 3/4 (продольное рассечение передней стенки анас-

томоза с поперечным ушиванием); 4 - модифицированная операция типа 3/4 Суть операции заключается в коррекции не только передней, но и задней стенки пищеводного анастомоза.

Летальных исходов не было.

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

РЕЗУЛЬТАТЫ НОВОГО СПОСОБА ГАСТРОЭЗОФАГОПЛАСТИКИ В РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ПИЩЕВОДА

Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Шагазатов Д.Б., Цой А.О.

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

Актуальность. Реконструктивно-восстановительная хирургия пищевода остается одним из наиболее сложных направлений в гастроэнтерологии. Значительные успехи достигнуты в последние десятилетия в связи с внедрением новых технологий, совершенствованием методов диагностики, анестезиологии и реаниматологии. Ключевым вопросом остается восстановительный этап операции, а именно - выбор органа и способа формирования трансплантата и пищеводных анастомозов. Наиболее распространенным вмешательством в хирургии рака пищевода и его доброкачественных сужений является субтотальнаяэкстирпация пищевода (ЭП) с гастроэзофагопластикой. Благодаря своим пластичным качествам и особенностям кровоснабжения желудок считается оптимальным органом для формирования трансплантата. Однако в 5-10% случаев наступает частичный или тотальный некроз трансплантата, который часто заканчивается фатально из-за развития гнойного медиастинита и эмпиемы. Заключительным этапом эзофагопластики является формирование пищеводного анастомоза (ПА). Выбор способа оптимального варианта ПА остается не решенным, а технические аспекты их формирования дискутабельны. По данным мировой статистики, частота недостаточности ПА составляет от 5 до 31%. Причины развития недостаточности ПА многочисленны, порой они носят взаимно отягощающий характер.

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

Материал и методы. С 2001 по 2015 г. выполнены 155 субтотальных ЭП по поводу: рака 129 (83,2%), ахалазии кардии IV ст. - 15 (9,7%), постожоговых рубцовых структур - 6 (3,8%) и стенозирующего рефлюкс-эзофагита - 5 (3,2%) больным.

Результаты. В 2001 году внедрена усовершенствованная методика формирования трансплантата из желудка, суть которой заключается в сохранении двух питающих сосудов: правой желудоч-

но-сальниковой и правой желудочной артерии антравального отдела желудка. Нами разработана и внедрена собственная методика формирования вне-полостного шейного арефлюксного косопоперечного эзофагогастроанастомоза (ЭГА) путем адекватной адаптации сшиваемых органов.

В зависимости от технических аспектов формирования трансплантата из желудка, использования усовершенствованного комплекса профилактических мероприятий больные были распределены на 2 группы.

Контрольную группу (КГ) составили 79 пациентов, находившихся на лечении в отделении хирургии пищевода и желудка в 1991-2000 годы. Основную группу (ОГ) составили 155 пациентов, оперированных в 2001-2015 годы, которым применили новый метод формирования трансплантата из желудка и усовершенствованный комплекс профилактики послеоперационных осложнений.

Количество специфический осложнений в КГ составило 38 (48%), а в ОГ - 22 (14,2%); бронхолегочные осложнения в КГ снизились с 54 (68,3%) в КГ до 55 (35,5%) в ОГ; гнойно-воспалительные - с 31 (39,2%) в КГ до 12 (7,7%) в ОГ; тромбоэмбolicкие - с 6 (7,6%) в КГ до 7 (4,5%), сердечно-сосудистые - с 14 (17,7%) в КГ до 10 (6,5%) в ОГ; число кровотечений снизилось с 5 (6,3%) в КГ до 2 (1,3%) в ОГ; прочие осложнения - с 7 (8,9%) в КГ до 7 (4,5%) в ОГ.

Из анализа летальных исходов начиная с 2001 года следует, что наибольшая летальность отмечена в 2001-2005 годы (49 операций) - 12,2%; в 2006-2010 годы (63 операции) - 7,9%; в 2010-2015 годы (43 операции) - 2,3%.

Заключение. Реконструктивно-восстановительные операции на пищеводе сопровождаются развитием разнообразных осложнений, которые целесообразно объединить в несколько групп. Положительного результата экстирпации пищевода с одномоментной гастропластикой невозможно добиться только усовершенствованием техники операции. Необходимо усовершенствование всех эта-

пов периоперативного лечения больных с патологией пищевода. Основной причиной летальных исходов в контрольной группе являлись гнойно-септические осложнения на фоне специфических. В структуре летальности они составили 50%. Бла-

годаря совершенствованию предоперационной подготовки, послеоперационного ведения, внедрению усовершенствованной методики формирования трансплантата удалось снизить частоту летальных исходов с 17,7 до 2,3% за последние 5 лет.

ГАСТРОЭЗОФАГОПЛАСТИКА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПРИ КАРДИОСПАЗМЕ И АХАЛАЗИИ КАРДИИ

Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Шагазатов Д.Б., Цой А.О.

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

Актуальность. Выбор оптимальной тактики лечения больных с кардиоспазмом (КС) и ахалазией кардии (АК) остается актуальной проблемой хирургии пищевода. Все методы консервативного и инструментального лечения, большинство операций, по мнению многих авторов, носят симптоматический характер и направлены на устранение основного симптома - дисфагии.

Основным показанием к хирургическому лечению является неэффективность кардиодилатации. Оперативное лечение до настоящего времени остается довольно распространенным методом лечения КС и АК. Сегодня известны более 60 операций, что подтверждает неудовлетворенность хирургов результатами лечения. По данным различных авторов, число рецидивов после ранее выполненных операций в отдаленном периоде колеблется от 10 до 30%.

Целесообразность экстирпации пищевода (ЭП) в хирургическом лечении больных с КС и АК до сих пор не подтверждена. Сторонники ЭП аргументируют свой выбор главным преимуществом - полностью удаляется патологически измененный орган (пищевод).

Изложенные данные определяют необходимость дальнейшего совершенствования хирургической тактики при лечении пациентов с нейромышечными заболеваниями пищевода.

Цель - изучить результаты усовершенствованной методики формирования трансплантата из желудка после экстирпации пищевода (ЭП) у больных с АК.

Материал и методы. С 1991 по 2015 г. выполнены 18 субтотальных ЭП по поводу АК IV ст. По степени дисфагии больные распределились следующим образом: III степень - 15 (83,3%), IV - 3 (16,7%). Показанием к операции у 6 (33,4%) больных послужила неэффективность кардиодилатации и её невозможность выполнения у 12 (66,6%).

Результаты. ЭП у больных с АК IV стадии является единственным радикальным хирургическим вмешательством, т.к. удаляется патологически измененный пищевод. Однако прибегать к таким операциям нужно только при невозможности кардиодилатации, т.к. интраоперационно возникают большие сложности при выделении расширенного пищевода (до 10-15 см) из средостения за счет выраженного периэзофагита. У всех оперированных больных удалось после экстирпации пищевода сформировать трансплантат из желудка с наложением вне-полостного эзофагогастроанастомоза на шее.

13 (72,3%) больных были выписаны без осложнений, у 5 (27,7%) наступили различные осложнения: специфические - у 2 (11,1%), бронхолегочные - у 4 (22,2%), гнойно-воспалительные - у 1 (5,6%). Летальных исходов не было.

Заключение. ЭП у больных с запущенными стадиями АК патогенетически оправдана. Необходима адекватная предоперационная подготовка больных, технически правильно выполненные этапы экстирпации пищевода, что позволяет улучшить непосредственные и отдаленные результаты и радикально избавить больных от заболевания.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ЭКСТИРПАЦИИ ПИЩЕВОДА С ГАСТРОЭЗОФАГОПЛАСТИКОЙ

*Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Шагазатов Д.Б., Цой А.О., Хаджибаев Ж.А., Нигматуллин Э.И.
АО "Республиканский специализированный центр хирургии имени академика В.Вахидова"*

Актуальность. Совершенствование анестезиологии и реаниматологии позволило значительно расширить спектр операций на пищеводе при доброкачественных и злокачественных поражениях. Однако увеличение количества выполняемых вмеша-

тельств на пищеводе привело к неизбежному росту послеоперационных осложнений до 45-65%. Наиболее грозными остаются, так называемые, специфические осложнения, к которым относятся некроз трансплантата и недостаточность пищевод-

ных анастомозов, от частоты развития которых зависит уровень летальности, которая колеблется от 5 до 25%.

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

Материал и методы. С 1991 по 2015 г. выполнены 234 субтотальных ЭП с одномоментной эзофагогастроэктомией и формированием внеполосного шейного эзофагогастроанастомоза (ЭГА) по поводу рака - 204 (87,2%) больным, ахалазии кардии - 18 (7,7%), рубцовых стриктур - 6 (2,6%) и стенозирующего рефлюкс-эзофагита - 6 (2,6%). Все пациенты были распределены на 2 группы. Контрольную (КГ) составили 79 пациентов (1991-2000), которым использовали традиционные методы формирования желудочного трансплантата. Основную (ОГ) составили 155 пациентов (2001-2015), которым использовали усовершенствованный метод формирования трансплантата из желудка, а также специальную схему предоперационной подготовки и послеоперационного ведения.

Результаты. Наиболее частыми являются бронхолегочные осложнения, которые развились у 109 (46,6%) больных; специфические осложнения - у 60 (25,6%); гнойно-воспалительные - у 43 (18,4%); сердечно-сосудистые - у 24 (10,3%); тромбоэмбологические - у 13 (5,6%); кровотечение - у 7 (2,9%) пациентов; прочие осложнения развились - у 14 (5,9%).

Сравнительный анализ осложнений в группах показал достоверное ($\chi^2 = 9,471$, df=6, p=0,1488) снижение частоты всех осложнений в ОГ

Количество специфических осложнений в КГ составило 38 (48%), а в ОГ - 22 (14,2%); бронхолегочные снизились с 54 (68,3%) в КГ до 55 (35,5%) в ОГ; гнойно-воспалительные - с 31 (39,2%) в КГ до 12 (7,7%) в ОГ; тромбоэмбологические - с 6 (7,6%) в КГ до 7 (4,5%); сердечно-сосудистые - с 14 (17,7%) в КГ до 10 (6,5%); кровотечения - с 5 (6,3%) в КГ до 2 (1,3%) в ОГ; прочие осложнения - с 7 (8,9%) в КГ до 7 (4,5%) в ОГ.

Из 234 больных после экстирпаций пищевода летальный исход наступил у 26 (11,1%). Все пациенты были с опухолями пищевода. Сравнительный анализ частоты летальных исходов в КГ и ОГ показал достоверное ($\chi^2 = 5,277$, p=0,02161) снижение фатальных результатов с 14 (17,7%) в КГ до 12 (7,7%) в ОГ.

Заключение. Экстирпация пищевода с гастропластикой сопровождается развитием разнообразных осложнений, которые целесообразно объединить несколько групп. Благодаря совершенствованию предоперационной подготовки, послеоперационного ведения, внедрению усовершенствованной методики формирования трансплантата удалось снизить частоту летальных исходов с 17,7 до 2,3% за последние 5 лет.

ПУНКЦИОННО-ДРЕНАЖНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОДДИАФРАГМАЛЬНЫХ АБСЦЕССОВ И ПОЛОСТНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ

Нишонов Х.Т., Субхонкулов Р.И., Зиядуллаев Н.Э., Абдурахмонов Б.М.

Джизакский филиал РНЦЭМП

Проанализированы результаты лечения 34 больных с полостными образованиями печени и поддиафрагмальными абсцессами в Джизакском филиале республиканского научного центра экстренной медицинской помощи с 2005 года.

Мужчин были 19, женщин - 15 в возрасте от 17 до 68 лет. У 5 больных был одиночный абсцесс правой доли печени, у 12 - нагноение остаточных полостей после эхинококэктомии VII-VIII сегментов печени - 7, VI-VII сегментов - 3, VIII-I сегментов - 2. У 9 больных поддиафрагмальный абсцесс (после эхинококэктомии - 4, после холецистэктомии - 3, после аппендиэктомии - 2), у 8 больных определены непаразитарные кисты печени, у 3 из них - осложненные. Размеры полостей колебались от 5 до 10 см в диаметре.

Всем больным проведено функционно-дренажное лечение. Пункции полости производили под рентгеновским и ультразвуковым контролем и устанавливали дренажи диаметром от 2 до 6 мм. Полость промывали растворами антисептиков (фурациллин, диоксидин, декасан, димексид и др.) с введением антибиотиков широкого спектра действия с экспозицией на 2-2,5 часа.

Пункционно-дренажное лечение проводилось по разработанной нами методике. Больным с абсцессами печени использовали двухпросветные катетеры-дренажи, либо проводили двойное дренирование. Санация полости осуществлялась в капельно-проточном режиме. В качестве основного антибактериального агента при санации полости 24 больным использовали 0,05-0,18% электролитный водный раствор гипохлорита натрия по 300-400 мл в течение 30-40 мин. 3 раза в день, антибиотики в полость при этом не вводили. Первые 2-3 дня для промывания полости использовали 0,18% раствор, а затем постепенно уменьшали концентрацию раствора, на завершающем этапе использовали 0,05% раствор.

Результаты лечения показали, что при функционно-дренажном лечении с санированием гнойной полости электролитным водным раствором гипохлорита натрия с 3 дня состояния больных улучшилось, снизились признаки общей интоксикации, отмечалось нормализация температуры тела. А когда полость промывали обычными антисептиками, улучшение состояния больных наблюдали на 5-6 день. Послеоперационные осложнения, связанные с функционно-дренажным лечением не возникли, ни в

одном случае, летальных исходов не было.

Только в одном случае в связи с большим размером остаточной полости после эхинококкэктомии нагноившуюся полость не удалось ликвидировать функционно-дренажным способом, выполнена лапаротомия.

Заключение. Результаты наших исследований показали, что при одиночном нагноившемся полостном образовании печени оптимальным методом является функционно-дренажное лечение. Для санации полости целесообразно использовать 0,05-0,18% электролитный водный раствор гипохлорита натрия.

СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

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

Каракалпакский республиканский центр хирургии
Берунийское районное медицинское объединение

Оперативное лечение больных хроническим калькулезным холециститом (ХХХ) в сочетании с другими хирургическими заболеваниями органов брюшной полости остается актуальной проблемой. Выполнение симультанных операций во время лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ), по данным различных авторов, достигает 5-12,5%.

Цель - оценить результаты симультанных операций у больных ХХХ.

Материал и методы. С 2010 по 2016 г. оперированы 443 больных с ХХХ. 392 больным выполнена ЛХЭ, 51 - традиционная холецистэктомия из минилапаротомного доступа. 72 (16,2%) произведены симультанные операции: кистэктомия из яичников (16), ДХС (15), надвлагалищная ампутация матки (10), другие патологии (4). Симультанная холецистэктомия выполнена во время открытой аллогенернопластики 5 больным, резекции 2/3 желудка по поводу язвенной болезни - 4, эхинококкэктомии из печени - 4, аппендэктомии - 4, удаления камней из мочевого пузыря - 4, рассечении спаек и др. - 7.

Результаты и их обсуждение. Оперативные вмешательства в первую очередь производили на менее инфицированных органах. Во время и после

операции у 7 (9,7%) больных возникли осложнения. В 2 случаях имело место ятrogenное повреждение желчных путей (1 - краевой дефект, 1 - полное пересечение холедоха). В первом случае было выполнено ушивание дефекта холедоха с оставлением "потерянного" дренажа, который через 3 месяца был удален эндоскопическим методом. Во втором случае наложен билиодегестивный анастомоз с изолированной петлей тонкого кишечника по Ру. Больные выписаны в удовлетворительном состоянии. У 4 больным после ЛХЭ наблюдался парез кишечника, купированный консервативными методами. После операционная летальность составила 0,22%. После ЛХЭ умерла 1 пациентка от острой сердечно-сосудистой недостаточности. Среднее пребывание в стационаре больных, перенесших симультанные операции, при традиционном доступе составило 9,5 дней, после лапароскопических - 4.

Выполнение симультанных операций больным ХХХ лапароскопическим способом избавляет пациентов от сопутствующих заболеваний, требующих хирургического вмешательства, сокращает частоту послеоперационных осложнений, сроки госпитализации, финансовые затраты.

НОВЫЕ ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ У БЕРЕМЕННЫХ

Петрашенко И.И., Паникова Т.Н.

ГУ "Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины"

Цель исследования - оценить диагностические и лечебные возможности видеолапароскопии при остром аппендиците у беременных и влияние повышенного внутрибрюшного давления на состояние матки, плода и течение беременности.

Материал и методы. В клинике хирургии на базе Днепропетровской областной больницы им. И.И. Мечникова с 2011 по 2017 год на лечении находились 79 беременных с предварительным диагнозом острый аппендицит и сроками гестации от 4 до 39 недель (группа ЛА). Контрольной группой (n=25) были беременные женщины, оперирован-

ные по поводу острого аппендицита традиционным способом (группа ТА). При лапароскопии использовали эндовидеохирургический комплекс "Olympus" OTV-SC. Все операции проведены под внутривенным обезболиванием с искусственной вентиляцией легких эндотрахеальным путем. Преимуществами эндотрахеального наркоза было то, что он не оказывал влияние на тонус матки, обеспечивал достаточную оксигенацию матери и плода, а также более полную релаксацию мышц. Давление углекислого газа в брюшной полости поддерживали на уровне 10-12 мм.рт.ст. Для улучше-

ния кровоснабжения матки, профилактики синдрома нижней полой вены, лучшего обзора во II и III триместре беременности угол наклона операционного стола увеличивали до 30° влево.

Влияние повышенного внутрибрюшного давления во время лапароскопии на состояние плода и матку оценивали в раннем послеоперационном периоде с помощью фетального монитора ВМТ-9141 (Германия) и FM-7 (Англия) у женщин со сроком беременности 32-39 недель, при сроке гестации до 32 недель состояние матки и плода определяли с помощью УЗД.

Результаты и их обсуждение. Из 79 беременных с предварительным диагнозом острый аппендицит у 6 (7,6%) в результате применения лапароскопии воспаление червеобразного отростка было исключено, что позволило избежать необоснованной аппендиэктомии. При этом были выявлены неизрек фиброматозного узла, разрыв кисты правого яичника, перекрут сальникового подвеска сигмовидной кишки. Этим больным выполнены соответствующие хирургические вмешательства. В трех случаях данных о хирургический или гинекологической патологии не было совсем.

У 3 (4,1%) больных лапароскопия потребовала конверсии. В одном случае при выполнении операции по поводу гангрипозного аппендицита купол слепой кишки был малоподвижен, деформирован и прижат маткой к боковой стенке живота в мезо-

гастрии, что послужило основанием для выполнения аппендиэктомии экстракорпорально через небольшой разрез в передней брюшной стенке над червеобразным отростком. В остальных случаях в связи с ретроцекальным и забрюшинным расположением червеобразного отростка. Эти операции были завершены традиционным путем через доступ по Волковичу-Мак-Бурнею.

Послеоперационный период у всех беременных с острым аппендицитом, которые перенесли лапароскопическое вмешательство, протекал гладко, без существенных осложнений и болевого синдрома в местах проколов брюшной стенки. В 1 (1,3%) случае наблюдалась серома послеоперационной раны. Осложнений со стороны брюшной полости не было. Благодаря применению эндовохирургического метода получен благоприятный косметический результат у всех женщин этой группы.

Анализ результатов ТА показал, что сильную боль в области послеоперационной раны отмечали 22 (88%) женщины. 17 (68%) женщин оценили состояние рубца крайне неудовлетворительным. Послеоперационные осложнения со стороны брюшной стенки после лапаротомии составили 16%: у 3 (12%) женщин отмечены серомы в области раны, у 1 (4%) возникло нагноение послеоперационной раны. В 3 (12%) случаях наблюдался длительный парез кишечника, который разрешился только на четвертые сутки.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПРИКРЫТЫХ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Пулатов Д.Т., Хаджибаев Ф.А., Тилемисов С.О.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Язвенная болезнь широко распространена во всем мире. Одним из опаснейших ее осложнений является перфорация. Инструментальная диагностика прободения язвы желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) остается сложной. Отличительные ультразвуковые признаки прикрытой перфорации язвы в доступной литературе не встретились.

Нами предложена "фурациллиновая проба" для выявления прикрытой перфорации язв желудка и ДПК при отсутствии таких рентгенологических признаков, как "свободный газ" в брюшной полости.

В 2016 г. в РНЦЭМП пролечены 142 больных (132 мужчины и 10 женщин) с прободной язвой желудка и ДПК. У 31 больного свободный газ не был выявлен. Этим больным для выявления прикрытой перфорации язвы была проведена "фурациллиновая проба". У всех больных "фурациллиновая проба" была положительной, т.е., во время приема фурациллина внутрь появлялась свободная жидкость в брюшной полости.

Результаты. 22 больным была проведена лапароскопия. При лапароскопии выявлено, что язва была прикрыта пищевыми массами или сальником. У 14

больных язва локализовалась на передней стенке луковицы ДПК, у 4 - на передне-верхней стенке ДПК. Данным больным выполнено лапароскопическое ушивание перфоративной язвы. У 4 больных, учитывая большие размеры, лапароскопически ушить язву не представлялось возможным; им была выполнена лапаротомия. Из этих 4 больных 2 выполнено ушивание перфоративной язвы ДПК, остальным - ромбовидное иссечение язвы с дуоденопластикой по Джадду. Во всех 4 случаях операция дополнялась селективной проксимальной ваготомией. Остальным 9 больным было выполнена лапаротомия. Язва локализовалась в желудке у 5 больных, из них в области угла - у 1, в привратнике - у 4. Этим больным в 4 случаях выполнена резекция 2/3 желудка по Бильрот-1; в 1 случае - ушивание язвы желудка. Язва ДПК была диагностирована у 4 больных; из них в луковице - у 2, в верхней горизонтальной части ДПК за луковицей - у 1, в нисходящей части - у 1. Из них у 1 больного имело место сочетание перфоративной язвы с пенетрацией в гепатодуоденальную связку. Данному больному была выполнена резекция 2/3 желудка по Бильрот-2. Ос-

тальным 2 больным было выполнено ромбовидное иссечение язвы с дуоденопластикой по Джадду. 1 больному выполнено ушивание перфоративной язвы по Оппелю-Поликарпову. Осложнения после операции неспецифического характера в виде нагноения послеоперационной раны было у 2 больных. У 1 больного послеоперационный период осложнился пневмонией. Специфические осложнения в виде несостоительности швов не наблюдались. Таким образом, точность и чувствительность "фурациллинной пробы" в диагностике перфоративной язвы в целом составила 100%. "Фурациллиновая пробы" является достаточно надежным и простым методом

диагностики перфорации язвы желудка и ДПК. Патогномоничным симптомом перфорации язвы является появление или увеличение количества жидкости в брюшной полости. Этот метод по сравнению с ЭФГДС с инсуффляцией является более щадящим и простым так как не вызывает усиление болей. Метод может быть применен в реанимационных отделениях особо тяжелым больным в состоянии комы, когда проведение рентгенологического исследования не представляется возможным. Фурациллин, имея асептические свойства, не раздражает брюшину, способствует снижению концентрации содержимого желудка и ДПК.

ИНТРААБДОМИНАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ КАК ГРОЗНЫЙ СИНДРОМ ПРИ ОСТРОМ РАСПРОСТРАНЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ

Рузибоев С.А., Карабаев Х.К., Тагаев К.Р., Кенжемуратова К.С., Даминов Ф.А.

Самаркандский государственный медицинский институт

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Лечение распространенного гнойного перитонита остается актуальной проблемой в абдоминальной хирургии в связи с сохраняющейся высокой летальностью (19-62%) и частотой послеоперационных гнойно-септических осложнений. Тяжесть течения абдоминального сепсиса обусловлена наличием крупномасштабных очагов деструкции и инфекции, развитием синдромов энтеральной недостаточности (СЭН) и интраабдоминальной гипертензии (СИАГ). При этом возникают условия для неконтролируемой транслокации микроорганизмов и их токсинов из просвета кишечника в системный кровоток и брюшную полость, что способствует поддержанию и активации септического процесса. Поэтому профилактика и коррекция СЭН и СИАГ являются важнейшими факторами лечения перитонита.

Цель работы - определить значение мониторинга внутрибрюшного давления (ВБД) для распознания послеоперационных внутрибрюшных осложнений.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 103 больных острым распространенным перитонитом в возрасте от 25 до 82 лет. Перitoneальный индекс Мангейма (ПИМ), в среднем, составлял $27,08 \pm 2,85$ балла. В основной группе больных в лечении использовалась релапаротомия с лапаростомией (49 пациентов). Для интраоперационной перitoneальной санации использовали до 1500 мл 0,02% р-ра декасана; декасан использовали и в послеоперационном периоде. Больным контрольной группы (54) проводили традиционное лечение без лапаростомии. В структуре причин перитонита преобладали острый гангренозно-перфоративный аппендицит, прободная гастродуоденальная язва, острый гангренозный холецистит, острый деструктивный панкреатит, острую кишечную непроходимость и послеоперационный перитонит. У

47,8% пациентов клинические признаки генерализованной инфекции подтверждены исследованиями крови на гемокультуру.

Результаты. Эффективность лечения оценивали по динамике клинической картины, критериям эндотоксемии, срокам купирования органной недостаточности, состоянию ВБД. Оперативное вмешательство включало устранение источника перитонита, интраоперационную санацию, рациональное дренирование и зондовую декомпрессию кишечника. Всем больным измерение ВБД проводили через мочевой пузырь (A.Kron et al., 1984). У 49 пациентов ВБД была от 20 до 36 мм.рт.ст., им производили релапаротомию с лапаростомией.

Использование лапаростомии с санацией брюшной полости декасаном позволяло восстановить в ранние сроки (на 2-3 сутки) функцию кишечника, снизить уровень ВБД и микробной контаминации тонкокишечного содержимого. На 4-5 сутки у 90,2% больных основной группы восстанавливалась моторная функция кишечника, ВБД - в пределах 5-10 мм.рт.ст., что явилось показанием к удалению кишечного зонда. В контрольной группе перистальтика кишечника отмечалась у 65,7% больных, сохранялся высокий титр бактериальной колонизации тонкой кишки и повышение ВБД в пределах 15-20 мм.рт.ст.

Включение декасана в комплекс лечебных мероприятий позволило в 1,5 раза уменьшить число санационных релапаротомий, на 31,2% - послеоперационные гнойные осложнения и на 16,7% - летальность.

Выводы. Таким образом, изучение динамики ВБД позволяет оперативно оценить эффективность лечения и применить рациональную хирургическую тактику. В 95% случаев выполненная лапаротомия и высвобождение внутренних органов с формированием временной лапаростомы с использовани-

ем декасана приводит к быстрому ретрессу развивающейся полиорганной недостаточности. Средний

срок существования лапаростомы в этой ситуации составил 2-4 суток.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ В ПАЛЛИАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПРИ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНЫХ СТАДИЯХ ОПУХОЛЕЙ КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Струсский Л.П., Лигай Р.Е., Омонов Р.Р., Джуманиязов Д.А.

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

Актуальность. Несмотря на стабильное снижение заболеваемости и летальности рака желудка остается актуальной проблемой. Длительное время это грозное заболевание оставалось ведущей причиной смертности от онкологической патологии во всем мире. За последние 20 лет на фоне снижения общей заболеваемости раком желудка отмечен резкий рост заболеваемости раком кардиоэзофагеальной области.

Несмотря на совершенствование современных методов диагностики не менее 60% больных с данной патологией при первом обращении уже имеют запущенные III-IV стадии заболевания, что резко ограничивает возможность выполнения радикальных хирургических вмешательств. Основной причиной обращения пациентов за медицинской помощью при кардиоэзофагеальном раке (КЭР) является дисфагия, прогрессирование которой наступает значительно быстрее, чем при доброкачественных сужениях. Выполняемые ранее гастростомия и юностомия обеспечивали малую травматичность и относительную адекватность энтерального питания. Однако они не лишены недостатков, значительно снижающих качество жизни пациентов. Наличие наружного желудочного или тонкокишечного свища отрицательно влияет на психику больного, не всегда обеспечиваются герметичность и хорошая функция, что обуславливает гигиенические неудобства. Сохраняется возможность развития общих и специфических послеоперационных осложнений.

Внедрение в клиническую практику миниинвазивных технологий позволило пересмотреть тактику лечения больных с нерезектабельными стадиями КЭР, которые направлены на улучшение качества оставшейся жизни пациентов и отвечают двум основным требованиям: минимальная травматичность и сохранение естественного перорального питания.

Цель - изучить возможности эндоскопического стентирования в лечении больных с нерезектабельными стадиями КЭР.

Материалы и методы. Отделение хирургии пищевода и желудка располагает опытом лечения 457 больных в 2001-2016 годах с КЭР. Радикальные и условно-радикальные вмешательства выполнены 225 (49,2%) пациентам. У остальных 232 (50,8%) процесс признан неоперабельным или нерезектабельным. Эндоскопические вмешательства для восстановления естественного питания применены 101 (43,5%) из них.

Результаты и обсуждение. Среди эндоскопических вмешательств (n=101) диатермотуннелизация выполнена в 17 случаях, а стентирование опухоли - в 84.

Мы использовали стент из силиконовой трубы собственной конструкции, разработанный в отделении эндоскопии АО "РСЦХ им. акад. В.Вахидова". Стент изготавливался индивидуально из силиконовой трубы с воронкообразной начальной частью для профилактики его миграции. Необходимую длину и диаметр определяли по эндоскопическим и рентгенологическим данным.

Основной смысл стентирования заключается в обеспечении перорального питания. Только туннелизация и бужирование не обеспечивают долгосрочное восстановление проходимости пищевода за счет постоянного роста опухоли. Стент ограничивает стенозирование просвета опухоли, выступая в роли каркаса. Однако стентирование невозможно использовать всем больным. Необходимы два условия: наличие супрастенотического расширения и циркулярное поражение, что снижает вероятность миграции стента.

Заключение. Эндоскопическое стентирование является методом выбора для обеспечения естественного перорального питания больным с нерезектабельными стадиями КЭР.

АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНЫХ СТАДИЯХ КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РАКА

Струсский Л.П., Цой А.О., Омонов Р.Р., Джуманиязов Д.А., Нигматуллин Э.И.

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

Актуальность. Среди всех локализаций поражения желудка опухоли кардиоэзофагеальной зоны занимают от 10 до 37%. Несмотря на совершенствование диагностики не менее 60% больных с данной патологией при первом обращении уже имеют запущенные III-IV стадии заболевания, что резко ограничивает возможность выполнения радикальных хирургических вмешательств. Согласно данным литературы, кардиоэзофагеальный рак (КЭР) характеризуется более плохим прогнозом, что определяется превалированием пациентов старших возрастных групп (старше 60 лет), более распространенной стадией заболевания на момент лечения.

Внедрение в клиническую практику мининвазивных технологий, совершенствование техники эндоскопических вмешательств позволили пересмотреть тактику лечения больных с нерезектабельными стадиями КЭР в сторону улучшения качества жизни пациентов: минимальная травматичность и сохранение естественного перорального питания.

Цель - изучить особенности осложнений эндоскопических вмешательств при лечении нерезектабельных стадий КЭР.

Материалы и методы. Отделение хирургии пищевода и желудка располагает опытом лечения 101 больного с нерезектабельными стадиями КЭР. С 2001 по 2016 год им выполнены паллиативные эндоскопические вмешательства: эндоскопическая диатермотуннелизация (ЭДТ) - 17 (16,8%) и эндоскопическое стентирование (ЭС) - 84 (83,2%) больным.

Результаты и обсуждения. В 14 случаях стент не устанавливали из-за отсутствия циркулярного роста с супрастенотическим расширением просвета дистального отдела пищевода, что могло привести к миграции эндопротеза. У 3 пациентов, которым планировалось стентирование, на этапе ЭДТ наступила перфорация. В связи с этим 2 больных оперированы в экстренном порядке, 1 пациенту

успешно проведено консервативное лечение.

Методика ЭС у 84 больных зависела от распространенности и локализации опухоли кардиоэзофагеального перехода. Стентирование выполнено 11 (13,1%) больным, ЭДТ с последующим ЭС - 31 (36,9%); эндоскопическое бужирование (ЭБ) с последующим ЭС - 15 (17,8%); ЭДТ и ЭБ с последующим ЭС - 27(32,1%). Несмотря на мининвазивность эндоскопические вмешательства не лишены осложнений, которые разделяем на ранние и поздние.

В раннем периоде развились следующие осложнения: кровотечение из зоны опухоли - у 12 (11,8%); перфорация опухоли - у 3 (2,97%); некупируемых анальгетиками болевой синдром - у 6 (7,1%). Все пациенты с перфорацией опухоли оперированы в экстренном порядке; кровотечение у всех пациентов остановлено консервативно; у пациентов с выраженным болевым синдромом удалены стенты.

Среди поздних осложнений развились: обтурация стента пищей - у 18 (21,4%); обтурация проксимального отдела стента опухолью - у 9 (10,7%); обтурация дистального отдела стента опухолью - у 6 (7,1%); миграция стента в желудок - у 3 (3,6%); миграция стента в пищевод - у 1 (1,2%).

Рестентирование опухоли кардиоэзофагеального перехода выполнено 6 (7,1%) больным. Летальных исходов среди больных с осложнениями эндоскопических вмешательств не было.

Заключение. Внедрение эндоскопических технологий позволило решить наиболее важный вопрос - ликвидацию дисфагии, которая приводит к алиментарному истощению нерезектабельных пациентов. Мининвазивность методик, отсутствие косметического дефекта, необходимости специфического ухода за установленным эндопротезом, относительно легкая переносимость больными самой методики установки эндопротеза позволяют считать стентирование альтернативой наложению гастро- и юноностомы.

РЕЛАПАРОТОМИЯ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ПЕРИТОНИТАХ

Туйчиев А.М., Ахрапов Б.М., Расулов А.Ф., Самсаков Ф.Т., Ортиков А.Б.

Ферганский филиал РНЦЭМП

За последние 10 лет нами выполнены 64 повторные операции 54 больным, оперированным на органах брюшной полости в возрасте от 16 до 75 лет.

Основными причинами развития послеоперационного перитонита являлись несостоятельность швов (9 наблюдений) при операциях на желудке и двенадцатиперстной кишке по поводу осложненных форм язвенной болезни; после наложения билиодигестивных анастомозов при осложненных формах желчекаменной болезни (3 наблюдения); прогрессирование перитонита при деструктивных формах острого аппендицита.

Большинство релапаротомий (42 из 49) по поводу перитонита выполнены в срок от 3 до 8 суток.

Поддиафрагмальные абсцессы были причиной повторных операций у 15 больных. Из них у 5 - после операции на желудке и двенадцатиперстной кишке, у 3 - после холецистэктомии и холедохо-дуodenальных анастомозов; у 7 - после аппендэктомии. Диагноз был установлен на основании динамического наблюдения за состоянием оперированных больных с симптомами местной и гнойной инфекции.

При релапаротомии проводили ревизию области операции, устанавливали причину развития или прогрессирования заболевания, ликвидировали гнойный очаг, сантировали, дренировали брюшную полость. В послеоперационном периоде больные получали лимфатическую антибактериальную, де-

зинтоксикационную, стимулирующую и симптоматическую терапию.

Послеоперационная летальность составила 18% (9 случаев), в том числе 9,3% (5 случаев) после релапаротомии по поводу прогрессирования пе-

ритонита после аппендиэктомии.

Анализ причин релапаротомий показывает, что послеоперационный перитонит составляет значительный процент осложнений после операций с высокой летальностью.

РОЛЬ ЛАПАРОСКОПИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Туйчиев Б.А., Ахрапов Б.М., Расулов А.Ф., Сирожитдинов У.К.
Ферганский филиал РНЦЭМП

Диагностика и лечение острого аппендицита была и остается одной из актуальной проблем экстренной хирургии. Применение лапароскопии позволило выйти на новый уровень в диагностике различных форм острого аппендицита и своевременно решить вопрос оперативного лечения в наиболее трудных диагностических случаях.

Цель работы - определить значение лапароскопии в дифференциальной диагностике и лечении острого аппендицита.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов диагностической лапароскопии 122 больным, поступавшим в хирургическое отделение ФФРНЦЭМП с диагнозом "острый живот". Мужчин было 48 (39,4%), женщин - 74 (60,6%) в возрасте от 16 до 76 лет. При диагностической лапароскопии выполняли ревизию червеобразного отростка, органов малого таза, толстого и тонкого кишечника, желчного пузыря, поджелудочной железы. При этом были выявлены следующие заболевания: острый аппендицит - 76 (62,2%), острый холецистит - 2 (1,6%), острый панкреатит - 1 (0,8%), острый - 3 (2,4%), болезнь Крона - 2 (1,6%), острый аднексит, пельвиoperitonит - 22 (18,3%), апоплексия яичника - 11 (9%), внематочная беременность - 3 (2,4%), киста яичника - 2 (1,6%).

Результаты. Во время диагностики 28 (36,8%) больным выполнили лапароскопическую аппендэктомию.

У 27 (35,5%) больных перешли на конверсию в связи с деструктивным аппендицитом, осложненным диффузным гнойным перитонитом и у 21 (27,6%) - в связи с атипичным расположением червеобразного отростка. У 5 больных отросток располагался подпеченочно, у 6 - между петлями тонкого кишечника, у 8 - в малом тазу, у 2 - ретроцекально.

При выявлении другой патологии (37,2% больных) в большинстве случаев выполняли лапароскопические вмешательства (холецистэктомия, сальпингэктомия, резекция и коагуляции яичников, резекция жировых подвесок ободочной кишки, санация, дренирование брюшной полости и сальниковой сумки). В 7,2% наблюдений имели место сопутствующие заболевания органов брюшной полости, которые также требовали хирургической коррекции. У 2 больных выявлено сочетание острого аппендицита с гнойным сальпингитом, у 5 - с перекрутом яичника, у 2 - с нагноением и разрывом кисты яичника. Осложнений с проведением лапароскопической диагностики не наблюдали.

Выводы. Применение видеолапароскопии позволяет избежать необоснованных аппендэктомий и лапаротомий, снизить время динамического наблюдения, выявить атипичное расположение червеобразного отростка, своевременно диагностировать сопутствующие заболевания, сократить пребывание больного в стационаре.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭКССУДАТА ПРИ ПЕРИТОНИТЕ

Турсунова М.У., Мемджаанова 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 микробы, 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 изме-

нения, на первое место выдвинулась проблема условно-патогенных возбудителей.

Цель работы - изучить видовой состав микрофлоры перitoneального экссудата, чувствительность микрофлоры к различным антибактериальным препаратам; определить количество микробных тел в 1 мл экссудата у больных перитонитом в динамике при программируемых лапаросанациях.

Материал и методы. Под нашим наблюдением

находились 40 больных с запущенными формами распространённого гнойного перитонита, которым проводились программируемые лапаросанации (этапные ревизии и санации брюшной полости). При каждой манипуляции осуществлялся забор материала из брюшной полости (перitoneальный экссудат, гной) для микробиологического анализа с определением видового состава микрофлоры, чувствительности к антибактериальным препаратам дисковым методом; определение количества микробных тел в 1 мл перitoneального 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 гноино-деструктивных заболеваниях и травматических повреждениях органов брюшной полости отмечалось явное преобладание кишечной флоры и повышение числа её ассоциаций: *Enterobacter* - 32%, *St. Aureus* - 10%, *St. Epidermidis* - 12%, *Pseudomonas aeruginosa* - 10%, *E.coli* - 8%.

Эффективность очередных санаций контролировалась 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 каждые 20 минут, а через 1 час их насчитывается 8, становится понятной целесообразность программируемых 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 перitoneального экссудата в сторону увеличения числа резистентных к антибиотикам штаммов, что требовало замены антибактериальных препаратов.

Микробная обсеменённость перitoneального экссудата при программируемой лапаросанации выявила выраженное снижение концентрации микробов. Концентрация микробных тел в 1 мл до санации составила $4,6 \times 10$ КОЕ/мл, а после 3 или 4 санации - $4,5 \times 10$ КОЕ/мл.

Вывод. Программированная лапаросанация у больных распространенным гноином перитонитом обеспечивает очищение брюшной полости от бактерий, в среднем, на 90% и снижает 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 РНЦЭМП

Актуальность. Роль эндоскопии оперированного желудка сводится к выявлению морфологических изменений и нарушений моторно-эвакуаторной функции верхнего отдела пищеварительного тракта при постгастрорезекционных синдромах.

Материал и методы. Эндоскопическое исследование проведено 184 больным, перенесшим различные способы резекции желудка.

За норму принимали состояние культуры желудка, когда она не содержит натощак секреторную жидкость и патологические примеси, 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 запирательной функции нижнего пищеводного сфинктера с соответствую-

щей симптоматикой проявлялась только при нарушениях эвакуаторной функции культуры желудка: узкий гастроэнteroанастомоз менее 1 см, пилорусохраняющие резекции, синдром приводящей петли, спаечный процесс в отводящей петле тощей кишки, хронический панкреатит с парезом культуры желудка, хроническое нарушение дуоденальной проходимости на фоне резекции по способу Б-1, пептическая язва гастроэнteroанастомоза. При нормально функционирующей культре желудка без дефектов оперативной техники визуально наблюдавшаяся слабость кардиального жома клинически себя не проявляла.

Наличие желчи в культре желудка может свидетельствовать о моторных нарушениях и носить прходящий характер, не вызывая 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, гиперемию, 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 резекции по Гофмейстеру-Финстереру может способствовать не только быстрому опорожнению культи, но и функциональной несосто- ятельности шпоры анастомоза, рефлюксу содержа- мого желудка в культо двенадцатиперстной кишки с развитием ее дилатации и атонии. Поэтому при эндоскопическом исследовании нужно обра- щать внимание на диаметр соустья и возможность провести эндоскоп в приводящую петлю. При пра- вильно сформированной шпоре и адекватном раз- мере анастомоза осмотреть приводящую кишку невозможна. Короткая шпора приводящей кишки и широкий гастроэнтероанастомоз всегда откры- вают свободный доступ в приводящий отдел.

Наличие в культе желудка и отводящей кишке избыточного количества жидкости с примесью желчи свидетельствует о нарушенной проходимо- сти отводящего сегмента.

В раннем послеоперационном периоде необхо- димость в эндоскопическом исследовании возни- кала в связи с кровотечением из культа желудка. Источником кровотечения являлась либо линия швов в области сформированного киля, либо зона гастроэнтероанастомоза. Массивные кровотечения из артериальных сосудов подслизистого слоя тре- бовали обширной электрокоагуляции для форми- рования струпа вокруг кровоточащего участка. Большая толща тканей по линии швов позволяла

производить глубокую диатермокоагуляцию без риска перфорации органа. Применение эндоско- пического исследования в раннем послеопераци- онном периоде, осложнвшемся кровотечением из культи желудка, во всех случаях позволило избе- жать релапаротомии.

В ближайшем послеоперационном периоде наи- более часто нам приходилось встречаться с эвакуа- торными нарушениями культи желудка, обуслов- ленными развивающимся анастомозитом и слабос- тью культи. Культа желудка при анастомозите выг- лядела растянутой, содержала много жидкости, ре- льеф слажен, слизистая оболочка истончена. В зоне гастроэнтероанастомоза стенки инфильтрированы, ригидны, слизистая отечна, просвет сужен. Однако при любой степени выраженности анастомозита всегда удавалось провести через анастомоз эндос- коп диаметром 10-12 мм и, используя инструмен- тальный канал аппарата, установить катетер в ни- жележащие отделы отводящей кишки для энтераль- ного питания. Одновременная интубация тонкой кишки с трансназальной декомпрессией оперирован- ного желудка позволяли, сохранив пациенту полноценное энтеральное питание, создать покой для больного анастомоза, что в кратчайшие сроки спо- собствовало восстановлению пассажа пищи.

Учитывая изложенное, эндоскопическое исследо- вание оперированного желудка следует считать при- оритетным методом в динамическом контроле тече-ния послеоперационного периода в различные сроки.

ДИАГНОСТИКА ВНУТРЕННИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ТРАВМАХ ЖИВОТА

Умаров О.М., Расулов А.Ф., Султанов А.А., Сирожиддинов У.К.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Диагностика внутренних кровотечений при по- вреждениях живота остается одной из трудных за- дач неотложной хирургии. Наибольшие трудности в раннем выявлении травм органов брюшной по- лости возникают при сочетанных и комбиниро- ванных поражениях.

Под нашим наблюдением находились 52 боль- ных: мужчин было 37 (71,1%), женщин - 15 (28,9%) в возрасте от 15 до 50 лет.

По характеру травм живота закрытые повреж- дения были у 38 (73,4%), открытые - у 14 (26,6%); у 15 (28,8%) - они были сочетанным.

В диагностике повреждений внутренних орга- нов брюшном полости необходимо комплексная оценка клинических проявлений заболевания и ре- зультатов инструментальных методов исследо- вания. Необходимо при обследовании больных с ранениями в области живота проводить ревизию раны. При тупых травмах живота таковым считаем ультразвуковое исследование - неинвазивное и высокоинформативное. В спорных случаях (4 боль- ных) выполняли диагностическую лапароскопию.

По возможности всем больным стараемся выпол- нить рентгеноскопию брюшной полости.

В тактике хирургического лечения у больных с открытыми повреждениями живота главным ори- ентиром являются результаты ревизии раны. 14 по- страдавшим с ранением живота, обнаружив призна- ки проникновения независимо от клинических про- явлений для полноценной ревизии органов брюш- ной полости выполняли срединную лапаротомию. У 3 (15,7%) больных мы не обнаружили повреждения органов брюшной полости. Это обстоятельство тре- бует обсуждения целесообразности расширения по- казаний к лапароскопической ревизии брюшной по- лости при проникающих ранениях.

Большие диагностические сложности возника- ли у больных с тупыми травмами живота. Явная клиника острого живота в момент поступления в клинику была только у 19 (35,6%) больных. У 18 (34,6%) имела место клиника гемодинамических нарушений, либо преобладали проявления сочетан- ной травмы внебрюшинной локализации. В таких ситуациях показанием к лапаротомии служили со-

нографические признаки гемоперитонеума и повреждения паренхиматозных органов у 11; нарастающая в течение нескольких часов наблюдения клиника перитонита - у 4; результаты диагностической лапароскопии - у 5 больных.

Во время операции внутрибрюшное кровотечение обнаружено у 21,3% больного. Источниками кровотечения были ранение брыжейки тонкой кишки у 6, печени - у 4, селезенки - у 4, диафрагмы - у 2 больных. В 2 случаях в брюшной полости обнаружен серозно-геморрагический выпот, обусловленный об-

ширной гематомой забрюшинной клетчатки.

В послеоперационном периоде осложнений не было, больные выписаны в удовлетворительном состоянии, в среднем, на 6 сутки после операции.

Таким образом, лапаротомия при проникающих ранениях живота является методом выбора. В то же время мы констатировали 15,7% случаев отсутствия повреждений внутренних органов при проникающих колото-резанных ранениях. Это обуславливает необходимость поиска альтернативных лапаротомии методов ревизии органов брюшной полости.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ТАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ПИЩЕВОДА ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ

Хаджибаев А.М., Янгиев Б.А., Хашимов М.А., Янгиев Р.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Материалы и методы. С 2003 по 2016 г. в РНЦЭМП обратились 1928 больных с инородными телами (ИТ) пищевода различного характера.

Подозрение или наличие ИТ пищевода и желудка являлось показанием к проведению эндоскопического исследования, которое было выполнено всем пациентам. Цель проведения диагностической эндоскопии - определение характера ИТ, его локализации и возможности эндоскопического удаления. Для их удаления нами были использованы различные типы захватов (диатермические петли, полихлорвиниловый тубус для извлечения острых и режущих инородных тел). После эндоскопического удаления ИТ при подозрении на травму стенки пищевода проводилось рентгенконтрастное исследование. У 252 (13,1%) отмечались различные повреждения стенки пищевода. Повреждение устья и шейного отдела пищевода установлено у 158 (62,7%) больных, грудного - у 68 (27,0%) и абдоминального - у 26 (10,3%). Характер ИТ, явившихся причиной повреждения стенки пищевода, был следующим: кусочки мяса и кости - 114, монеты - 62, косточки плодовые - 32, иглы и гвозди - 20, гайки и металлические пуговицы - 12, протезы зубные - 4, "крест" - связка из проволоки - 3, камни - 3, осколки стекла - 2. В первые 6 часов с момента попадания инородного тела поступили 144, 6-24 часа - 70, спустя сутки и более - 38 больных. Из 242 больных у 205 (81,3 %) ИТ извлечены из пищевода эндоскопическим путем, у 22 (8,7%) - низведены в желудок. У 25 (10,0%) больных ИТ удалить эндоскопическим путем не представлялось возможным.

Результаты и обсуждения. У 217 (86,2%) больных повреждения стенки пищевода наблюдались на уровне слизистой и подслизистого слоя (в виде ссадины, царапины, кровоизлияния, пролежней). Данные больные после 2-3 дневного консервативного лечения в стационаре были выписаны в удовлетворительном состоянии. Консервативное лече-

ние заключалось в широкой антибактериальной терапии, голоде, парентеральном питании. Остальные 35 (13,8%) больных были оперированы. Из них у 25 больных основанием для операции явилось непосредственно ИТ, которое невозможно было удалить эндоскопически, а у 10 - повреждение стенки пищевода было непосредственно ИТ или вследствие проведенной эндоскопической манипуляции по извлечению его. Неудача была связана с длительным стоянием ИТ в пищеводе и глубоким внедрением его в стенку органа. Считаем, что при проникающих повреждениях пищевода инородным телом оптимальной является активная хирургическая тактика. В нашей клинике придерживаются следующих основных принципов хирургического лечения: ушивание дефекта стенки пищевода, дренирование околопищеводной клетчатки и средостения, "выключение" пищевода из акта глотания, обеспечение адекватного питания.

Методика оперативного вмешательства предусматривает следующие условия: выбор оптимального хирургического доступа, технически правильное ушивание самого дефекта, укрытие и укрепление линии швов стенки пищевода, адекватное дренирование области повреждения стенки пищевода. При хирургическом лечении повреждений пищевода нами были использованы следующие доступы: чресшейный (20 больных), чрезбрюшинный (4), сочетание обоих доступов (9), чресплевральный (2).

26 больным, поступившим в течение первых суток после травмы, выполнено ушивание стенки пищевода с дренированием зоны повреждения и средостения. Обычно после экономной обработки краев дефекта на стенке пищевода накладывали двурядные узловые прецизионные швы с использованием шовного материала с атравматичной иглой (викрил, дексон, полисорб №3-0) с дополнительным укреплением линии шва прилегающими тканями или медиастинальной плеврой. При повреждении шейного отдела пищевода линию шва

укрепляли кивательной мышцей; у 1 больного с повреждением грудного отдела - листком медиастинальной плевры; у 4 с перфорацией абдоминального отдела - частью дна желудка по типу манжеты Ниссена или Тупе. Остальным 8 больным, поступившим спустя сутки и более после получения травмы, выполнено вскрытие флегмоны шеи с последующим проведением активного дренирования зоны повреждения. 1 больному с гнойным медиастинитом выполнены торакотомия, широкая медиастинотомия с обработкой и промыванием гнойной полости с последующим дренированием средостения и плевральных полостей двупросветными силиконовыми дренажами. Всем оперированным больным с целью "отключения" пищевода и обеспечения адекватного питания проводили назогастральный зонда или наложение гастростомы. Из оперированных 31 больной был выписан после лечения в удовлетворительном со-

стоянии. Умерли 4 (11,4%) больных, поступившие в поздние сроки с выраженной клиникой гнойно-гно-медиастинита.

Заключение. Наиболее эффективным методом удаления ИТ пищевода является фиброгастроэзо-психический.

Повреждение стенки пищевода у больных наблюдалось не только собственно инородными телами, но и при форсированном эндоскопическим их извлечении.

Консервативная медикаментозная терапия может быть применена больным с непроникающими и неглубокими повреждениями стенки пищевода.

Активная хирургическая тактика при сквозных повреждениях пищевода является наиболее эффективным методом лечения. Частота летальности у данной группы больных зависит от сроков задержки операции и развития у них гнойно-воспалительных осложнений.

ПРОФИЛАКТИКА АБДОМИНАЛЬНОГО КОМПАРТМЕНТ-СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С УЩЕМЛЕННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

Хаджибаев Ф.А., Гуломов Ф.К., Тилемисов С.О.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Повышение уровня внутрибрюшного давления (ВБД) играет в патогенезе расстройств жизненно важных систем организма если не ведущую роль, то конкурирует с ключевыми патогенными факторами. При развившемся абдоминальном компартмент-синдроме (abdominal compartment syndrome) летальность составляет 42-68%, а при отсутствии соответствующего лечения доходит до 100%.

Материал и методы. Обследованы 128 больных, находившихся на лечении в отделе экстренной хирургии РНЦЭМП по поводу ущемленных вентральных грыж, за исключением бедренных грыж, с 2015 по 2016 год. Всем больным проведена операция грыжесечение по экстренным показаниям.

Всем больным произведено измерение ВБД до и после операции классическим непрямым методом через мочевой пузырь с использованием манометра Вальдмана.

54 (42,2%) больным (основная группа) выполнялась "ненатяжная" герниопластика с применением сетчатого эндопротеза; остальным 74 (57,8%) больным (контрольная группа) выпол-

нялась "натяжная" пластика грыжевых ворот местными тканями. Больные обеих групп были сопоставимы по локализации и размерам ущемленных вентральных грыж, по уровню исходного внутрибрюшного давления.

Результаты. В предоперационном периоде у 15 (27,7%) больных основной группы отмечалось повышение ВБД. В первые сутки после операции у больных данной группы отмечается снижение уровня ВБД ниже 10 мм.рт.ст. и не повышается в дальнейшем.

В контрольной группе до операции повышение ВБД отмечалось у 20 (27%) больных. В послеоперационном периоде в данной группе отмечается повышение ВБД у 50 (80,6 %) больных.

Заключение. "Ненатяжная" герниопластика является важной мерой профилактики развития абдоминального компартмент-синдрома. Поскольку большие грыжевые дефекты брюшной стенки закрываются сетчатыми эндопротезами по типу "заплатки" и/или ушивание грыжевых ворот происходит без натяжения, что не приводит к уменьшению объема брюшной полости и увеличению исходного ВБД.

ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Хаджибаев Ф.А., Тилемисов С.О., Хашимов М.А., Тилемисов Р.О.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Актуальность. Рост злокачественных заболеваний гепатопанкреатодуоденальной зоны в после-

дние годы приводит к значительному увеличению числа больных с механической желтухой (МЖ),

которая развивается в 75-95% случаев. Проведение хирургического вмешательства на высоте МЖ сопровождается высокой послеоперационной летальностью из-за нарушения гемо- и гомеостаза. Для подготовки пациентов к хирургическому лечению необходимо устраниить МЖ малоинвазивным безопасным для пациента способом. Предоперационное дренирование желчных путей позволяет купировать проявления МЖ и в последующем выполнить плановое хирургическое вмешательство в более "выгодных" для пациента и хирурга условиях.

Материалы и методы. Проанализирован опыт диагностики и лечения 1553 больных с МЖ злокачественного генеза. Мужчин было 908 (58,5%), женщин - 645 (41,5%). Возраст больных варьировал от 17 до 89 лет, более 60% составили пациенты пожилого и старческого возраста, отягощенные сопутствующей патологией и высокой степенью операционного риска. 60% больных имели тяжелую степень желтухи, т.е. уровень билирубина составлял более 250,0 мкмоль/л, что подчеркивает тяжесть и сложность этой категории пациентов. Причинами механической желтухи явились: тумор головки поджелудочной железы и терминального отдела холедоха у 768 (49,5%) больных, тумор большого дуоденального сосочка - у 318 (20,4%), тумор желчного пузыря и средней трети холедоха - у 152 (9,7%), тумор в области ворот печени - у 315 (20,3%) больных. Наиболее информативным методом диагностики является прямое контрастирование желчных путей. Методом выбора служит эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРПХГ), позволяющая поставить правильный диагноз в 79-98% случаев. Всего за период с 2004 по 2016 г. выполнены 1298 ЭРПХГ. Она не всегда была выполнима из-за наличия патологии (прорастание опухоли в просвет двенадцатиперстной кишки (ДПК)) или анатомических особенностей (наличие парафатеральных дивертикулов)

в ТОХ и постбульбарном отделе ДПК. По нашим данным, у 120 больных (9,2%) ретроградное вмешательство носило только диагностический характер. 312 (24%) больным была произведена эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ); 720 (55,4%) - стентирование холедоха; в 128 (9,8%) в связи с повторным обращением по поводу непропускимости стента было произведено рестентирование холедоха. В 18 (1,4%) случаях было произведено назобилиарное дренирование холедоха.

При невозможности дренирования билиарного дерева ретроградным путем или наличии "высокого блока" желчного пузыря (опухоль в области ворот печени) производили антеградное функционное дренирование желчных протоков - ЧЧХС. ЧЧХС выполнена 255 больным. При антеградной холангиографии выявлено, что причиной МЖ явились: опухоль головки поджелудочной железы и терминального отдела холедоха - у 84 больных, опухоль холедоха 1 тип по Bismuth - у 39, опухоль ворот печени по Bismuth 2 - у 36; опухоль ворот печени по Bismuth 3 - у 54 больных, опухоль ворот печени по Bismuth 4 - у 42. ЧЧХГ с наружным дренированием холедоха выполнена 154 (60,4%) больным; наружно-внутреннее дренирование холедоха - 81 (31,7%); чрескожно-чресспеченоочное (ЧЧ) эндопротезирование - 16 (6,3%) больным. 4 (0,1%) больным из-за возникшего во время ЧЧХГ кровотечения выполнено ЧЧ тампонирование функционального канала.

Выводы. Результаты лечения МЖ могут быть улучшены применением различных малоинвазивных методов, основная цель которых - не только диагностика, но и лечение, проводимые одновременно. При выявлении злокачественного образования в дистальном отделе холедоха ЭРПХГ со стентированием является методом выбора; при выявлении проксимальных блоков больным показана ЧЧХС с наружным желчеотведением.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ПУПОЧНЫХ ГРЫЖАХ

Хакимов М.Ш., Беркинов У.Б., Саттаров О.Т., Холматов Ш.Т.
Ташкентская медицинская академия

Цель исследования - определить целесообразность выполнения лапароскопической герниопластики при пупочных грыжах и оценить ее клиническую эффективность.

Материал и методы. Нами изучены результаты хирургического вмешательства у 64 больных с пупочными грыжами во 2 клинике ТМА в 2012-2016 годы. Женщин было 38 (60%), мужчин - 26 (40%) в возрасте от 18 до 65 лет. 38 (60%) больных составили женщины и 26 (40%) - мужчины.

Всем больным в предоперационном периоде проведено комплексное обследование. У 24 (37,5%) пациентов размер грыжевых ворот не превышал 2 см,

у 40 (62,5%) - 2-5 см. Пациенты с грыжевыми воротами больше 5 см в анализируемый материал не включены, так как им производили открытую ненатяжную герниопластику. В 18 наблюдениях симultanно произведена операция по поводу других хирургических патологий органов брюшной полости.

Всем больным с пупочной грыжей произведена лапароскопическая герниопластика. Под общей анестезией наложен пневмoperitoneum в левой боковой области живота. Ориентиром введения иглы Верниша явились середина между верхним краем подвздошного крыла и левым подреберьем по передней подмышечной линии на 10 см лате-

ральнее от пупочного кольца. В эту же точку вводили троакар №10 с оптикой. Производили ревизию органов брюшной полости. Другие рабочие троакары (5 мм) расположены на 2,5 см от левого подреберья и на 2,5 см от края крыла левой подвздошной кости по передней подмышечной линии.

При невправимой пупочной грыже вначале содержимое грыжи вправляли в брюшную полость острым и тупым путем с помощью рабочего инструмента. При наличии диастаза прямых мышц живота первым этапом производили лапароскопическую ликвидацию диастаза по разработанной нами методике. При сопутствующем хроническом калькулезном холецистите и кистах печени выполняли лапароскопическую холецистэктомию и цистэктомию. При сопутствующей паевой грыже произведена лапароскопическая герниопластика по типу TAPP после ликвидации пупочной грыжи. После вправления грыжевого содержимого в брюшную полость при маленьком размере грыжевых ворот (до 2,0 см) 24 пациентам под контролем оптики произвели экстракорпоральное ушивание пупочного кольца с захватом апоневроза на 1 см от краев грыжевых ворот.

При размерах грыжевых ворот от 2 до 5 см выполняли дугообразный разрез париетального листка брюшины по краям грыжевых ворот, приблизительно, на 2 см от пупочного кольца. Лоскут брюшины вместе с грыжевым мешком тупым и острым путями отделяли от подлежащих структур и поперечной фасции. Производили полное выделение анатомических структур парапупочной области, к которым крепили сетку. Выделяли верхний край брюшины, чтобы сетка свободно помещалась в предбрюшинном пространстве. На этом заканчивали этап выделения. Производили ревизию пупочного кольца с целью определения формы грыжи. При выходении грыжевого выпячивания через щель между поперечной фасцией и белой линией живота 12 больным выполнили ликвидацию пупочного кольца с ушиванием дефекта поперечной фасции и пораженной части белой линии живота.

Через троакар диаметром 10 мм вводили полипропиленовую сетку. Имплантат расправляли так, чтобы он закрывал парапупочную область на 2-3 см от пупочного кольца. После расправления и размещения полипропиленовый имплантат фиксировали к брюшной стенке герниостеплером.

В 28 случаях при выходении грыжевого меш-

ка непосредственно из пупочного кольца производили фиксацию полипропиленового имплантата к брюшной стенке без ушивания грыжевых ворот. Затем восстанавливали целостность брюшины непрерывным швом. В 8 наблюдениях был использован "П"-образный герниостеплер для восстановления целостности брюшины.

Результаты. Длительность операции при ушивании пупочного кольца составила, в среднем, $35,0 \pm 3,2$ минут. Интра- и послеоперационных осложнений не было. В раннем послеоперационном периоде у 3 (12,5%) пациентов отмечен дискомфорт в области пупка, купированный в течение нескольких дней. Пребывание в стационаре составило $2,0 \pm 1,5$ суток, амбулаторный период лечения у хирурга - $5,0 \pm 2,3$ дней. В отдаленном периоде у 1 (4,1%) больной в период беременности отмечен рецидив грыжи. При лапароскопической аллогерниопластике длительность операции составила, в среднем, $56,0 \pm 4,2$ минут. В послеоперационном периоде в 2 (5%) наблюдениях отмечено развитие серомы, в 2 (5%) - гематомы. Как правило, перечисленные осложнения не влияли на срок послеоперационного стационарного лечения и требовали только местного лечения раны в амбулаторных условиях. В среднем, пребывание в стационаре после операции составило $3,4 \pm 1,5$ суток, амбулаторный период лечения - $7,5 \pm 1,3$ дня. У 4 (10%) пациентов в течение 2 недель после операции сохранялось чувство дискомфорта и тяжести в области послеоперационной раны. Рецидив грыж в сроки от 2 месяцев до 3 лет не наблюдали. У пациентов после лапароскопической герниопластики восстановление целостности париетального листа брюшины имело особое значение. При использовании "П" - образного степлера отмечался болевой синдром в течение 7-8 дней, чего не было при ушивании брюшины непрерывным швом. По нашему мнению, боль была обусловлена ущемлением нервных окончаний между браншами степлера. Длительность симультаных операций, длительность операции колебалась от 74 до 146 минут, составляя, в среднем, $83,5 \pm 19,1$ минут.

Проведенное нами исследование показало высокую клиническую эффективность миниинвазивной технологии в хирургической коррекции пупочных грыж. Дифференцированный подход к выбору метода лечения позволил сократить раневые осложнения, длительность стационарного и амбулаторного лечения, период реабилитации пациентов.

РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЕ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ УЩЕМЛЕННЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Хакимов М.Ш., Беркинов У.Б., Холматов Ш.Т., Саттаров О.Т.
Ташкентская медицинская академия

Цель - определить роль эндовидеохирургии в диагностике и лечении ущемленных паевых грыж.

Материал и полученные результаты. С 2012 по

2016 год в отделении экстренной хирургии 2 клиники ТМА диагностическая лапароскопия при ущемленных грыжах выполнена 76 больным. В 4

случаях из-за гангрены тонкой кишки произведена конверсия. Цель диагностической лапароскопии - определить возможность технического выполнения лапароскопической герниопластики. Показаниями к диагностической лапароскопии были: небольшой срок с момента ущемления (до 2-3 часов); болевой синдром и сомнительные признаки "спокойного" живота при самопроизвольном раззщемлении грыжи. Противопоказаниями к диагностической лапароскопии при ущемленных грыжах были: время от начала ущемления более 3 часов; сопутствующие заболевания, являющиеся противопоказанием для общего обезболивания; ранее перенесенные открытые операции на нижнем этаже брюшной полости; клиническая картина острой кишечной непроходимости; гигантские невправимые пахово-мошоночные грыжи; общие противопоказания к диагностической лапароскопии. Лапароскопическая герниопластика выполнена 72 пациентам в возрасте от 18 до 62 лет. Мужчин было 53, женщин - 19. Видеолапароскопия осуществлялась через традиционный доступ в окологупочной области. После введения троакара в брюшную полость инсуффлировали углекислый газ и проводили ревизию брюшной полости. В 9 случаях проводилась лапароскопическая оценка жизнеспособности ущемленного органа после его самопроизвольного вправления. Во всех наблюдениях ущемленный орган признан жизнеспособным. Пациентам выполнена трансабдоминальная преперитонеальная герниопластика (ТАРР). В 30 наблюдениях на фоне общего обезболивания с миорелаксацией после наложения пневмoperitoneума к моменту введения троакара с видеокамерой отмечено самостоятельное вправление ущемленного органа в брюшную полость. В 31 случае произведено вправление содержимого грыжевого мешка путем тракции ущемленного органа мягким зажимом по направлению из пахового канала в сторону брюшной полости и одномоментного легкого надавливания на грыжевое выпячивание снаружи. В 2 наблюдениях при ущемлении пряди большого сальника произведена резекция ущемленной части. В 18 случаях ущемленным органом была петля тонкого кишечника, в 52 - часть большого сальника, в 2 - петля кишечника вместе с прядью сальника. Всем пациентам произведена ТАРР. В 4 наблюдениях при ревизии отмечено наличие широкого внутреннего пахового кольца с контралатеральной стороны. Этим пациентам произведена ТАРР с обеих сторон. Среднее время лапароскопической операции при ущемленной паховой грыже составило $58,2 \pm 4,5$ мин., при двусторонней - $83,3 \pm 4,7$

мин. Интраоперационных осложнений не было.

В послеоперационном периоде в 2 случаях отмечено развитие гематомы паховой области. На фоне консервативной терапии и лечебных пункций гематомы рассосались. Больные были выписаны из стационара на 2-5 сутки после операции. Рецидивов паховых грыж за 2-летний период не было.

Обсуждение результатов. Лапароскопическая хирургия открывает новые перспективы в лечении ущемленных паховых грыж и позволяет избежать такие недостатки открытых оперативных вмешательств, как раневые осложнения; болевой синдром в результате повреждения пахово-подвздошного нерва; развитие патологически измененных тканей с формированием грубых рубцов; относительная высокая частота рецидива грыж, в результате которых снижается качество жизни пациентов в послеоперационном периоде.

В наших наблюдениях за период, предшествующий данному исследованию, частота послеоперационных осложнений составила 8,6%, рецидив грыжи - 2,0%. Преимущества эндогидрохирургии в лечении ущемленных паховых грыж бесспорны. Лапароскопия позволяет непосредственно под визуальным контролем со стороны внутреннего пахового кольца произвести раззщемление органа, оценить его жизнеспособность, без мобилизации элементов семенного канатика, осуществить герниопластику. Немаловажным является факт возможности диагностировать наличие паховой грыжи даже на начальных этапах с контралатеральной стороны и провести вмешательства одномоментно с двух сторон. Наши исследования показали все преимущества лапароскопических операций при ущемленных грыжах. В 4 случаях одномоментно выполнена лапароскопическая герниопластика с обеих сторон. Частота послеоперационных осложнений составила 2,8%, рецидивы в сроки наблюдения до 2 лет не отмечены.

Длительность операции при паховой грыже зависит от характера грыжи, объема вмешательства, и течения самой операции. Многие авторы отмечают, что на этапе освоения лапароскопической герниопластики, продолжительность операции достигает нескольких часов. Однако с накоплением опыта продолжительность лапароскопического вмешательства не превышает традиционной операции. Продолжительность традиционной герниопластики особо не отличалась от эндоскопической операции.

Таким образом, видеолапароскопия обладает всеми преимуществами малоинвазивной хирургии, технически выполнима и оправдана при диагностике и лечении ущемленных паховых грыж.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ

Ходжиматов Г.М., Мамадиев А.М., Хамдамов Х.Х., Касимов Н.А., Бобаев У.Н., Мамадиева М.С.

Андижанский государственный медицинский институт

Андижанский филиал РНЦЭМП

Острая непроходимость сигмовидной кишки встречается у 3,5-4,0% от общего числа хирургических больных. Летальность при этой патологии достигает 18-20% и не имеет тенденции к снижению. Особые трудности представляет выбор объема и метода оперативного лечения. Большинство исследователей выступают за выполнение таких паллиативных вмешательств, как сигмопексия, мезосигмопликация по Гаген-Торну, операция Гартмана. Однако после паллиативных операций часто наблюдаются рецидивы заболевания, а послеоперационная летальность достигает 30-34%. Отказ от радикальных операций обусловлен в основном старческим и пожилым возрастом пациентов, высокой частотой сопутствующих заболеваний и неподготовленностью кишечника.

Несмотря на развитие оперативной техники, совершенствование, швового материала, изучение морфогенеза кишечных соустий, частота несостоительности швов остается высокой

Материал и методы. Нами проанализированы результаты лечения 165 больных, после оперативных вмешательств по поводу острой непроходимости сигмовидной кишки: 86 (55,5%) мужчин и 79 (44,5%) женщин.

Для диагностики острой непроходимости сигмовидной кишки больным проводили клинико-лабораторные и инструментальные исследования (рентгенологическое, ультразвуковое и фиброколоноскопию), пробу Цеге-Мантейфеля.

Больные были разделены на две группы. В 1 группу (контрольную) вошли 128 больных, перенесшие деторзию с сигмопексией - 30 (26,6%); деторзию с мезосигмопликацией по Гаген-Торну и сигмопексией - 20 (18,8%); резекцию с наложением противоестественного заднего прохода - 22 (18,8%). Во 2 группу включен 41 (22,4%) больной с острой непроходимостью сигмовидной кишки, которым произведена резекция сигмовидной кишки с наложением предложенных нами манжеточных анастомозов по типу "конец в конец" непрерывным викриловым швом.

Во время операции большое значение придавали декомпрессии желудочно-кишечного тракта,

которую проводили назогастродуоденоанальным зондом; интубации толстой кишки трубкой. Возможность резекции сигмовидной кишки с наложением анастомоза по предложенной нами методике определяли во время операции.

Результаты и обсуждения. На 2 сутки после операции больные активизировались. На 2-3 сутки нормализовалась функция кишечника, отмечалось его опорожнение. На 5 сутки переводили на обычный рацион питания. У всех оперированных заживание послеоперационной раны происходило первичным натяжением. Послеоперационный период протекал без осложнений (всем пациентам проводили антибиотикотерапию), послеоперационная летальность не наблюдалась. Наблюдение за оперированными продолжалось в течение трех месяцев после операции.

Анализ результатов лечения больных показал, что в контрольной группе из 128 больных нагноение послеоперационной раны отмечалось у 5 (3,9%), эвентрация органов брюшной полости - у 1 (0,9%), послеоперационная пневмония - у 2 (1,6%), сердечно-легочная недостаточность - у 1 (0,9%), сепсис - у 1 (0,9%). Умер 1 (0,9%) больной вследствие сердечно-легочной недостаточности.

Заключение. Согласно результатам морфологических исследований, непрерывный шов с использованием викрила имеет преимущества перед узловыми швами и применением капрона и особенно щёлка. При непрерывном шве поверхность стыка быстрее очищается от дегрита и фибринна, в сформированной грануляционной ткани быстрее идут процессы эпителизации с формированием крипт. Паллиативные операции имеют высокий процент рецидивов заболевания. Резекция пораженного кишечника с наложением первичного анастомоза по предложенной нами методике не приводит к таким осложнениям, как несостоительность швов анастомоза и сужение места анастомоза. В отдаленном периоде благодаря радикальности оперативного вмешательства не возникают рецидивы, не требуется сложный второй этап операции - восстановление естественного пассажа кишечного содержимого.

ОБТУРАЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ВЫЗВАННАЯ БЕЗОАРАМИ

Шиленок В.Н., Зельдин Э.Я., Пух А.П.

*УО "Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет",
г. Витебск, Республика Беларусь*

Актуальность проблемы. В настоящее время количество операций на органах брюшной полости резко увеличилось, и варианты различных лапаротомий для хирургов, гинекологов, урологов являются рутинными вмешательствами. Кроме того, в связи с успехами медицинского информирования среди населения для профилактики рака и других заболеваний толстой кишки люди стали

употреблять пищу с большим количеством растительной продукции содержащую клетчатку, пищевые волокна. Однако не всем пациентам, особенно перенесшим хирургическое вмешательство на органах брюшной полости известно, что некоторые растительные продукты опасно употреблять в большом объеме.

Известно, что безоары возникают при попада-

нии в желудок веществ, которые не перевариваются и формируются как инородные тела. Выделяют: фито-, трихо-, шеллако-, пиксо- и другие. Чаще встречаются фитобезоары, которые возникают из растительной клетчатки: плодов хурмы, инжира, сухофруктов. Трихобезоары образуются в желудке из волос, у людей, имеющих привычку кусать волосы, а также у лиц, работающих с волосами. Шеллакобезоары (шеллаковые камни) образуются из спиртного нитролака и политуры у лиц страдающих алкоголизмом, имеющих привычку жевать смолу - пиксобезоары.

Цель - проанализировать собственные результаты, диагностики и лечения пациентов с безоарами.

Материалы и методы. Клинические наблюдения и исходы хирургического лечения безоаров желудка и кишечника.

Результаты и обсуждения. В клинике факультетской хирургии наблюдали 12 пациентов с фито- и трихобезоарами желудка и кишечника.

Трихобезоары желудка наблюдали у 16 летней девочки, которую оперировали по поводу предполагаемого рака желудка, и у девочки 12 лет, из анамнеза которых известно, что они обе имели вредную привычку кусать свои волосы.

У 10 пациентов при наличии фитобезоаров в кишечнике превалировала клиника острой кишечной непроходимости.

Фитобезоары возникали в зрелом возрасте, у 9 в анамнезе операции на органах брюшной полости.

Возникновение заболевания пациенты связывают с обильным приемом пищи, из них трое причиной считают прием нескольких плодов хурмы;

двою - большого количества квашеной капусты. У одной пациентки непроходимость в зоне спаечного процесса тонкой кишки вызвали спрессованные виноградные косточки, у остальных - различные сухофрукты, орехи.

Пациенты прооперированы. Операцией выбора была энтеротомия, производимая ниже обтурации с извлечением безоара. Резекцию кишки выполнили двум пациентам вследствие наличия спрессованных виноградных косточек в петле, фиксированной в грыжевом мешке послеоперационной вентральной грыжи (1). Во втором наблюдении вследствие обширного десерозирования кишки при выделении из спаек. Летальных исходов не было.

Фитобезоары возникали у пациентов, ранее оперированных на брюшной полости. Вследствие функциональной перегрузки желудочно-кишечного тракта на фоне имеющегося спаечного процесса возникает вначале спаечно-динамическая форма кишечной непроходимости, которая затем переходила в спаечно-обтурационную.

Выводы. Все пациенты, прооперированные на органах брюшной полости, в особенности из срединного доступа, в течение года должны наблюдатья участковыми врачами. При выявлении признаков спаечной болезни необходимо диспансерное наблюдение.

Показана разработка специальной диеты и инструкций для пациентов, страдающих спаечной болезнью, с целью предупреждения образования безоаров.

Назрела необходимость создания "школы питания" при спаечной болезни, наподобие "школы диабета".

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ПРОФЛАКТИКА СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ С ПЕРИТОНИТОМ В РЕЗУЛЬТАТЕ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Эгамов Ю.С., Худайбергенов П.К., Эгамов Б.Ю.

Андижанский государственный медицинский институт

106 больным с кишечной непроходимостью, осложненной перитонитом, проведена первичная профилактика послеоперационной спаечной болезни. Разработанный нами способ предупреждения спайкообразования включает промывание брюшной полости различными медикаментами, лимфатическое введение препаратов в послеоперационном периоде для профилактики спаечной болезни. Методика промывания брюшной полости заключалась в том, что во время операции после вскрытия брюшной полости в брыжейки тонкой и толстой кишки вводили раствор новокаина с последующей тщательной ревизией и туалетом брюшной полости. Особое значение придаем раствору для промывания брюшной полости. Часто используем раствор фурацилина, гемодез с добавлением перед завершением операции физиологического раствора с гепарина.

Другой метод профилактики спайкообразования в послеоперационном периоде - это введение

препаратов в лимфатическую систему. Способ лимфостимуляции включал введение растворов и антибиотиков через катетер, установленный в брыжейку тонкой или толстой кишки. Лимфостимулятором являлись лазикс, маннит, гепарин. После лимфостимуляции вводили антибиотики с учетом чувствительности микрофлоры брюшной полости.

Лимфостимуляцию и лимфотропное введение препаратов проводили в течение 3-4 дней в послеоперационном периоде. Больные перенесли удовлетворительно, побочных эффектов не было. Контролем явились 30 больных, идентичных по полу, возрасту и характеру осложнений, не получавших профилактическую лимфатическую терапию.

Послеоперационный период у больных, получавших лимфатическую терапию, протекал значительно легче, чем в контрольной. Быстрее нормализовалось общее состояние, перистальтика кишечника к концу 2-3 суток становилась отчетливой у

большинства больных. К этому сроку у них начали отходить газы и появился самостоятельный стул. Лейкоцитоз, лейкоцитарный индекс интоксикации и СОЭ нормализовались на 3-4 сутки после операции. В контрольной группе эти показатели нормализовались на 2-3 дня позже.

Снижение количества ранних послеоперационных осложнений до 11,7% свидетельствовало об эффективности профилактических мер. Нагноение ран отмечено у 3 больных, инфильтрат послеоперационной раны - у 7 и у 12 - сердечно-легочные осложнения. В группе без первичной профилактики эти осложнения (27%) имели место, соответственно у 1-2 больных. В одном случае произведены ре-лапаротомия и рассечение спаек с интубацией ки-

шечника по поводу ранней спаечной кишечной непроходимости. Летальных исходов не было. Изучение отдаленных результатов лечения в течение 2 лет после операции (76 больных) показало, что у 17 больных при обследовании выявлена спаечная болезнь, 11 из них не получали профилактику спаечной болезни по предлагаемой нами методике.

Анализ полученных результатов позволяет сделать вывод, что комплексное лечение и профилактика спайкообразования с промыванием специальным раствором брюшной полости и лимфатическая терапия через брыжейку кишки в послеоперационном периоде эффективно предупреждают развитие спаечной болезни и спаечной кишечной непроходимости.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МИНИДОСТУПОВ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Эргашев У.Ю., Исаков П.А., Сафаров Ф.А.

Ташкентская медицинская академия

Городская клиническая больница скорой медицинской помощи

В последние годы успешно применяется холецистэктомия из минилапаротомного доступа (Абдуллаев Э. Г с соавт., 2000; Goldberg J., Maurer W. A., 1997).

В основную группу включены 159 больных острым холециститом, которым в течение 2010-2016 г. была использована минилапаротомия. Среди них женщин было 105 (66%), мужчин - 54 (34%). Возраст больных варьировал от 35 до 78 лет, средний возраст больных составил $54 \pm 1,4$ года. Контрольную группу составил 151 больной острым холециститом, которому холецистэктомия выполнена из традиционного доступа. По полу, возрасту, сопутствующей патологии группы были сопоставимы.

У всех больных острым холециститом при УЗИ были отмечены единичные и множественные конкременты в желчном пузыре. Размеры камней варьировал от 0,2 до 3,2 см. Толщина стенки желчного пузыря была в пределах 0,5-1 см., количество приступов - от 2 до 9; длительность заболевания от первого приступа до госпитализации - от 1 месяца до 3 лет.

Больным основной группы операцию выполняли при помощи набора стандартных инструментов для операций на желчном пузыре и желчевыводящих протоках (малых размеров). Предварительно до операции больным на коже отмечали место минидоступа (4-8 см). При этом ориентировались на верхне-срединный разрез со вскрытием брюшины по латеральному краю раны справа. После минилапаротомии выполняли декомпрессию желчного пузыря пункцией и эвакуацией содержимого. Стенку пузыря прошивали толстой лигатурой для более качественной фиксации при его выделении в ограниченном пространстве. При минидоступе наблюдались некоторые технические трудности и осо-

бенности. Быстрое заполнение раны кровью затрудняет определение источника геморрагии и проведение гемостаза, что требует тщательного выполнения манипуляций. Использование больших марлевых тампонов для ограничения оперативного поля требует контроля их количества и расположением в ране. Неуверенность в надежности узла и натяжении стенки сосуда при перевязке пузырной артерии с использованием палочки Виноградова наводит на мысль о целесообразности использования мануального клипатора. При глубокой локализации желчного пузыря затруднены манипуляции при выделении пузырного протока и артерии, ревизии общего желчного протока.

4 больным с ожирением 3-4 степени с атипичным взаимоотношением анатомических структур, кровотечении и выраженной инфильтрацией гепатодуоденальной связки операцию выполнили из традиционного доступа.

Больным основной группы разрешали вставать и передвигаться в течение первых 24 часов после операции. Средний срок пребывания на койке составил 4 дня, обезболивающие препараты отменяли через 1 сутки. Ранние послеоперационные осложнения в виде инфильтрата послеоперационной раны наблюдались у 2 больных.

В контрольной группе ранние послеоперационные осложнения наблюдались у 6 больных: застойная пневмония - у 3, нагноение послеоперационной раны - у 1, послеоперационный панкреатит - у 2.

Холецистэктомия из минидоступа объединяет преимущества традиционного визуального способа и лапароскопического вмешательства, сводящие к минимуму операционную травму и сроки лечения. Операция занимает меньше времени, чем тра-

диционное вмешательство. Мы объясняем это расщеплением меньшего объема тканей и сокращения времени гемостаза операционной раны.

Основными доводами в пользу широкого применения минидоступа считаем возможность ранней активизации больных, отказ от наркотических анальгетиков, сокращение послеоперационного периода и количества послеоперационных осложнений.

Холецистэктомия из минидоступа в настоящее время сдержанно воспринимаются многими хирургами, которые в совершенстве овладели методикой лапароскопической холецистэктомии и в альтернативных хирургических ситуациях больше

склоняются к традиционной лапаротомии, возможно из-за ограниченного операционного поля, затрудненной визуализации и отсутствия достаточных технических навыков. Однако, как показывает наш опыт, холецистэктомию из минилапаротомного доступа можно выполнить при любой форме желчекаменной болезни.

Таким образом, минидоступы в хирургии остального холецистита демонстрируют хорошие результаты и по эффективности не уступают лапароскопической холецистэктомии. Они целесообразны в клинических ситуациях, когда лапароскопическая холецистэктомия противопоказана.

ТАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТУЧНЫХ БОЛЬНЫХ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

Эргашев У.Ю., Эшниязов Ж.Н., Исаков П.А., Сафаров Ф.А.

Ташкентская медицинская академия

Городская клиническая больница скорой медицинской помощи

Летальность при грыжесечениях, выполненных по экстренным показаниям пациентам старше 60-65 лет, достигает 16-20% (Егиеев В.Н., 2009; Schwartz S., 2005). Использование для герниопластики только местных тканей приводит к рецидивам до 60% (Егиеев В.Н., 2002; Белоконев В.И. и соавт., 2004; Napolitano L. et al., 2004).

Эти обстоятельства побудили нас искать способ, позволяющий улучшить результаты лечения при послеоперационных вентральных грыжах, снизить количество послеоперационных осложнений.

Проведен анализ хирургического лечения 116 больных с ожирением с, первичными и послеоперационными вентральными грыжами в хирургическом отделении ГКБСМП в 2011-2016 годах. Больные были разделены на 2 группы. 1 группа - 60 больных с вентральными грыжами, которым пластика проводилась местными тканями; 2 группа - 56 больных, которым выполнялась аллопластика протезированием.

Большинство пациентов составили женщины - 95 (82,1%), средний возраст - 54 года.

Размеры грыж оценивали по классификации К.Д. Тоскина и В.В. Жебровского.

Все пациенты имели ожирение различной степени. Большую часть составили пациенты с ожирением 1 и 2 степени (33,9% и 34,7% соответственно). При анализе клинического материала отмечено, что с увеличением ИМТ растет количество обширных и гигантских, рецидивных грыж и рецидивов.

Преобладающими сопутствующими заболеваниями были ИБС, гипертоническая болезнь, варикозное расширение вен нижних конечностей, сахарный диабет II типа, хронический калькулезный холецистит.

Первое место по количеству послеоперационных вентральных грыж занимают холецистэктомия и операции на желчных путях. На 2 месте - операции по поводу пупочных грыж, после кото-

рых через какое-то время возник рецидив. На 3 месте - операции по поводу различных гинекологических заболеваний.

Предоперационное обследование включало стандартные (общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма, ЭКГ, рентген грудной клетки и брюшной полости, консультация терапевта и кардиолога) и специальные - УЗИ и КТ грыжевого содержимого и грыжевых ворот, измерение внутрибрюшного давления.

В 1 группе пациентам выполнялась герниопластика местными тканями по методу Сапежко, Мейо, Напалкова. Во 2 - протезная реконструкции или коррекция передней брюшной стенки с различным расположением протеза (onlay, inlay, sublay). При "реконструкции" протез располагается поверх сшитых листков влагалищ прямых мышц живота, при этом происходит восстановление белой линии живота и функции передней брюшной стенки. При "коррекции" протез фиксируется к краям грыжевого дефекта без восстановления белой линии живота и натяжения анатомических структур. Эта операция улучшает качество жизни больных.

В послеоперационном периоде у 7 больных I группы отмечались осложнения: у 4 - гематома раны, у 2 - лигатурный абсцесс, у 1 - нагноение послеоперационной раны. После консервативного лечения в удовлетворительном состоянии все пациенты выписаны домой.

Среди больных 2 группы в 2 случаях наблюдалась серомы, у 1 пациентки с морбидным ожирением - лимфорея в течение 8 дней. Все больные были выписаны в удовлетворительном состоянии.

Пациенты с ожирением, поступающие в хирургические стационары по поводу вентральных грыж, должны быть выделены хирургами в особую категорию из-за повышенного операционно-анестезиологического и риска послеоперационных осложнений. Операцию следует выполнять в плановом

порядке, после тщательного обследования и предоперационной подготовки. При её выполнении в

экстренном порядке значительно возрастает операционно-анестезиологический риск.

МЕСТО ДВУХЭТАПНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Эргашев У.Ю., Эшниязов Д.Н., Сафаров Ф.А.

Ташкентская медицинская академия

Городская клиническая больница скорой медицинской помощи

Проанализированы результаты обследования и оперативного лечения 128 больных острым холециститом, осложненным механической желтухой в 2010-2016 годы. Женщин было 99, мужчин - 29. Большинство пациентов в возрасте старше 60 лет.

Изменения в гепатикохоледохе у 103 больных (80%) были представлены холедохолитиазом; в 14 случаях он сочетался со стенозом терминального отдела холедоха. В остальных наблюдениях причиной нарушенного оттока желчи в двенадцатиперстную кишку служил изолированный папиллостеноз - 25 (20%). У всех больных изменения желчных протоков обусловили развитие механической желтухи (общий билирубин, в среднем, 110 ± 15 ммоль/л). У 21 больного желтуха осложнилась холангитом. Длительность желтухи - от нескольких часов до 4 недель.

Тяжесть состояния 90 больных (71%) усугублялась сопутствующими часто декомпенсированными терапевтическими заболеваниями, которые у трети пациентов приобретали характер конкурентных.

Тактику лечения определяли с учетом тяжести состояния больных, выраженности клинических проявлений острого холецистита и его осложнений, данных дооперационного обследования желчевыводящих путей. Это позволяло судить о характере изменений в гепатикохоледохе и ставить показания к проведению срочного декомпрессивного вмешательства или радикальной хирургической операции. При высоком риске оперативного вмешательства, обусловленном преклонным возрастом, тяжелыми сопутствующими заболеваниями и интоксикацией, развившейся на фоне обструкции и инфицирования желчных путей, ставили показания к эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии (ЭРПХГ) для решения вопроса о возможности эндоскопической декомпрессии желчных путей.

Показанием к эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) являлся холедохолитиаз и изолированный стеноз терминального отдела общего желчного протока, вызвавшие развитие механической желтухи и холангита.

ЭПСТ проводили всем больным традиционным канюляционным способом с помощью папиллотома Демлинга, протяженность разреза занимала всю длину продольной складки - от 1,5 до 2,5 см, что обеспечивало широкое раскрытие дистального отдела общего желчного протока. Мелкие и средние конкременты отходили, как правило, самостоятельно, а

большие удаляли с помощью корзинки Дормиа.

ЭПСТ была использована как первый этап оперативного вмешательства 123 больным (96%) после купирования приступа острого холецистита.

С помощью ЭПСТ холедохолитиаз был устранен у 101 пациента. У 2 крупные конкременты гепатикохоледоха извлечь не удалось, они были удалены во время холецистэктомии и холедохолитотомии.

В результате ЭПСТ у всех больных сужением терминального отдела общего желчного протока папиллостеноз был устранен. Последнее обстоятельство позволило всем оперированным в последующем выполнить холецистэктомию без трансдуоденальной папиллосфинктеротомии или холедоходуоденостомии.

Хирургические операции без предварительных декомпрессивных вмешательств на желчных путях проведены 5 больным. Оперативные вмешательства на высоте острого холецистита и его осложнений считали вынужденными, выполняли их по экстренным и срочным показаниям на фоне механической желтухи и холангита. Экстренные операции в первые часы после поступления больного в стационар производили только при наличии перитонеальной симптоматики. Срочные оперативные вмешательства выполняли при безуспешности консервативной терапии и в случаях, когда декомпрессию осуществить не удавалось.

Анализируя результаты лечения, можно отметить, что выполнение ЭПСТ вторым этапом для устранения изменений гепатикохоледоха, выявленных во время холецистэктомии, во многих случаях оправдано. В условиях перитонита, холангита, инфильтрации печеночно-дуоденальной связки при общем тяжелом состоянии пациентов, обусловленном интоксикацией или сопутствующими заболеваниями, такая тактика позволяет уменьшить продолжительность и травматичность оперативного вмешательства, снизить риск развития тяжелых осложнений в послеоперационном периоде. Исключения могут составлять наблюдения, в которых создавшееся положение требует немедленной коррекции изменений в желчных протоках.

ЭПСТ оказалась эффективной в 99% случаев. Осложнение отмечено у 2 больных (кровотечение и панкреатит), которые ликвидированы консервативными мероприятиями. Летальный исход отмечен в 1 наблюдении в связи с декомпенсацией функций сердечно-сосудистой системы с развитием острой сердечно-сосудистой недостаточности.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ КРОВОТОЧАЩИХ ЯЗВ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Эргашев У.Ю., Юсупов М.Ш., Сафаров Ф.А.

Ташкентская медицинская академия

Городская клиническая больница скорой медицинской помощи

Во время плановых эзофагофиброгастродуоденоскопий (ЭФГДС) эрозии желудка и двенадцатиперстной кишки выявляют в 4-30% наблюдений, то есть чаще, чем пептическую гастродуоденальную язву. Острые язвы и эрозии чаще проявляются кровотечением и занимают одно из первых мест среди причин желудочно-кишечных геморрагий.

Для сравнительного анализа были сформированы две группы больных сопоставимых по полу, возрасту и тяжести кровопотери. Контрольную группу составили 105 пациентов, находившихся на стационарном лечении с 2007 по 2011 годы. В этой группе применен стандартный лечебно-диагностический алгоритм, разработанный ранее для пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением.

В 2012-2016 годы мы наблюдали 102 больных с острыми гастродуоденальными язвами, осложненными кровотечением. При лечении больных основной группы использован специально разработанный лечебно-диагностический алгоритм для пациентов с острыми кровоточащими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки.

Согласно данному алгоритму всем больным с клиникой кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта выполняли ЭФГДС. При обнаружении продолжающегося кровотечения из острой язвы желудка или двенадцатиперстной кишки предпринимали попытку эндоскопического гемостаза. При неэффективности инициального эндогемостаза больного оперировали в экстренном порядке. После остановки кровотечения эндоскопически, так же как и при остановившемся самостоятельно кровотечении из острой язвы на момент осмотра, больному проводили консервативную терапию. У этих пациентов оценивали факторы риска рецидива кровотечения для решения вопроса о выполнении превентивного эндоскопического пособия, направленного на предотвращение повторной геморрагии. Признаки рецидива кровотечения у больных служили показанием к опера-

ции в экстренном порядке.

Выделены следующие факторы риска рецидива геморрагии у больных после эндоскопической остановки кровотечения.

Диаметр острой кровоточащей гастродуоденальной язвы более 10 мм. При таком размере острой язвы абсолютный риск рецидива кровотечения резко возрастает почти в четыре раза.

Множественность поражения слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки. Установлено, что абсолютный риск повторной геморрагии на 20,5% больше у больных с множественными поражениями слизистой оболочки желудка, нежели у больных с одиночными острыми язвами.

Локализация кровоточащей острой язвы в области "сосудистой дорожки" желудка (зона желудка шириной до 2 см, по передней и по задней его стенкам параллельно малой кривизне в 3-4 см от нее) или на задней стенке двенадцатиперстной кишки. Абсолютный риск рецидива геморрагии на 25% больше у больных с расположением кровоточащей язвы в области "сосудистой дорожки" желудка и задней стенки двенадцатиперстной кишки, чем у пациентов с прочей локализацией острой язвы.

Установлено, что при наличии двух и более факторов риска рецидива кровотечения из острых язв гастродуоденальной зоны вероятность развития повторной геморрагии резко возрастает с 3 до 30%.

На основании проведенного исследования показания к превентивному эндоскопическому вмешательству выставляли при наличии у пациента трех перечисленных факторов риска повторной геморрагии.

При неэффективности эндогемостаза 4 больным была в неотложном порядке проведена гастrotомия с прошиванием кровоточащей язвы.

Таким образом, острые гастродуоденальные язвы, как правило, являются вторичными, чаще всего сопровождают различные заболевания и состояния организма и могут быть источником значительно го кровотечения.

ВОЗМОЖНОСТИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ЧЕРЕСКОЖНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ХИРУРГИИ ПОЛОСТНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ

Эргашев У.Ю., Юсупов М.Ш., Шохайдаров Ш.И.

Ташкентская медицинская академия

Городская клиническая больница скорой медицинской помощи

Диагностика и лечение полостных образований печени довольно трудная задача, а результаты ле-

чения их не утешают хирургов. Применение ультразвукового исследования не только улучшило ре-

зультаты диагностики ряда заболеваний, но и позволило эффективно проводить лечебные манипуляции на органах брюшной полости под контролем эхографии. Для визуального контроля использованы стационарные и портативные ультразвуковые аппараты, работающие в реальном режиме времени. Для пункции использовали пункционные иглы Chiba 14-18, проводниковые иглы 14-18 G; для дренирования - набор подключичных катетеров, стилет-катетер №22, троакары. Метод предусматривает выполнение следующих этапов операции: выбор траектории продвижения пункционной иглы; проведение иглы в полостное образование; проведение проводника в полостное образование; проведение дренажной трубы (катетера); аспирация содержимого; лекарственное воздействие; извлечение дренажной трубы.

Лечение полостных образований печени под контролем эхографии пункционно-дренажным методом применено 55 больным (23 мужчины и

32 женщины). Причинами полостных образований явились у 28 остаточная полость после эхинококкэктомии, 5 - абсцессы печени, 19 - непаразитарные кисты, у 3 - гематома печени. Размеры полостных образований колебались от 10 до 100 мм в диаметре.

Применение пункционно-дренажного метода позволило в 90% случаев полностью ликвидировать полостные образования печени; в 10% случаев - уменьшить их размеры. В среднем, срок нахождения дренажа составил от 20 до 40 дней. Осложнения, потребовавшие лапаротомию после применения метода не наблюдались. Наблюдали 1 случай кровотечения, которое остановлено консервативно; 2 случая нагноения раны.

Таким образом, пункционно-дренажный метод лечения полостных образований под контролем эхографии является эффективным малотравматичным методом, в большинстве случаев является альтернативой традиционному хирургическому вмешательству.

ОПЕРЦИЯДАН КЕЙИНГИ ДАВРДА БЕМОРЛАРДА ЎПКА АСОРАТЛАРИНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ВА ДАВОЛАШДА РЕГИОНАЛ ЛИМФАТИК ТЕРАПИЯ

*Юлдашев А.Х, Махмудов Н.И., Султанов А.А.
РШТЁИМ Фаргона филиали*

Регионал лимфатик терапия (РЛТ) - патологик жараён соҳасининг лимфа томирлари ҳамда лимфа томирлари ва тугунларига бой бўлган тўқималарига бевосита тъисир этувчи даволаш муолажасидир. Даволашнинг ушбу тури хасталикка чалинган анатомик соҳада лимфа ҳосил бўлиши ва оқишини меъёrlаштиришга қаратилгандир.

Ўпкаларнинг аъзодан ташқари лимфа томирларининг анатомик жойлашуви шу органга претрахеал тўқима орқали бевосита тъисир ўтказиши имконини беради. Бир қатор олимларнинг (С.У. Жумабеев, Р.Т. Панченков, Н.А. Дегтяров) таъкидлашларича, кўкрак қафаси касалликларида анатомик тадқиқотлар кекирдак олди тўқимаси орқали жўнатилган 40-50 мл суюқлик устки кекирдак - бронх лимфа тугунларига, қисман пастки кекирдак - бронх ҳамда ўпка лимфа тугунларига етиб боришини кўрсатди.

Қорин бўшлиғи аъзоларида бажарилган операциядан кейинги даврда баъзи беморларга организм реактивлигининг пасайиши, ички микроб флорасининг фаоллашуви, ўпкалар трахеобронхиал системаси дренаж функциясининг бузилиши, маҳаллий қон айланишининг бузилиши натижасида аксарият ҳолларда иккиласми димланиш зотилжами хавф солади. Бу ҳол даволаш чора-тадбирлари ўз вақтида ўтказилмаса асосий патологияга қўшимча равишда касалликнинг кечишини оғирлаштиради ва операциядан кейинги леталликни оширади.

2015-2016 йиллар мобайнида РШТЁИМ ФФ абдоминал жарроҳлик бўлимида операциядан сўнгни даврда нафас системасида асорат юзага келган ёши 18 ёшдан 75 ёшгача бўлган 82 нафар bemorlar на-

зоратга олиниб, кузатув ва даволаш ишлари олиб борилди. Беморларнинг 38асини (46,3%) аёллар ва 44 тасини (53,7%) эркаклар ташкил қилган. Бу bemorларнинг 22(27,3%) нафарида холецистэктомия операцияси бажарилган, 26 (31,7%)тасида ўтқир ичак тутилишини бартараф этиш операцияси, 14 (17%)тасида декстрктив ўтқир аппендицит, маҳаллий перитонит ташхиси билан аппендэктомия операцияси ўтказилган, 15 (12,2%) нафарида қисилган қорин чурралари операцияси, 12 (14,6%)тасида қорин бўшлиғи аъзолари травмаси туфайли операция бажарилган, 13 (15,8 %) нафарида ошқозон ва 12 бармоқ ичак яра касаллигига қон кетиши асорати туфайли операция ўтказилган. Бу bemorларнинг деярли барчасида у ёки бу даражада иккиласми зотилжам ривожланиб, тана ҳароратининг кўтарилиши, нафас этишмовчилиги белгилари (ҳансираш, тахипноэ -нафас олиш сони 1 дақиқада 30-32та, тахикардия - ЮКС 1 дақиқада 120-140та), АКБни меъёридан 10-30 мм.сим.уст. гача кўтарилиши кузатилган. Ўпкаларнинг рентген текширувларида ялиглашиш ўчоқлари топилган. Қоннинг умумий таҳлилида лейкоцитоз - 8,5-12,5-10/л.гача, ЭЧТнинг 28-32 мм/с.гача ошиши кузатилган. Ушбу bemorлардан 18аси (22%) анъанавий антибиотикотерапия (томир ичига, мускул орасига - суткасига 3-4 маҳалдори юбориш) услугида даволанганди. Қолган 64 (78,2%) нафар текширув гурухидаги bemorлар регионал лимфатик антибиотикотерапия (суткасига 1 маҳал бир марталик дозани претрахеал тўқимага юбориш) услугида даволанганди.

РЛАТ ни пункцион усулда, яъни, кекирдак олди

бўшлиғига игна билан тушиб, аввал лимфостимулятор (гепарин 2500-5000 ЕД, фуросемид 0,5 - 1,0 мл, новокаин 0,25% - 30-50 мл, лигаза 8-16 НБ бу ўз навбатида микроциркуляцияни ва дори моддасининг лимфага сурилишини яхшилайди) юборилиб, ундан сўнг 3-5 дақика ўтгач танланган антибиотик юборилган ва муолажа инъекция ўрнига ярим спиртли асептик боғламни 6-12 соатга кўйиш билан якунланган. Антибиотикларни танлашда индивидуал ва микробларнинг антибиотикларга сезувчанлиги ҳамда касалликнинг кечиши ҳисобга олинган. Кўпроқ оксамицин, цефтриаксон, зинацеф, цефотаксимлардан фойдаланилган. Патология оғир кечганида антибиотиклар комбинирланган ҳолда қўлланилган.

РЛАТ ўтказила бошланганидан кейин беморларнинг умумий ахволида ижобий ўзгаришлар пайдо бўлган, нафас етишмовчилиги белгилари Зчи кунга келиб кузатилмаган. Шу билан бир қаторда яллигланишнинг бошка белгилари ҳам йўқола бошлаган: тана ҳарорати 16та беморда даволашнинг 2 суткасида, 5 нафар беморда 3 суткасида ва 3та бе-

морда даволашнинг 4 суткасида меъёр даражасида бўлган. Клиник кўрсаткичларнинг меъёrlашувлари билан бирга лаборатор таҳлилларда ҳам ижобий натижалар кузатилган: лейкоцитоз ва ЭЧТ кўрсаткичлари меъёрий даражага кела бошлаган.

Анъанавий антибактериал терапия ўтказилган bemорлар гурухида нафас етишмовчилиги белгилари, тана ҳароратининг даражаси ва лаборатор кўрсаткичлар касалликнинг 5-6 суткасидан бошлаб камая бошлаган. Ташки нафас функциясининг яхшиланиши, ўпка рентген суратида ижобий ўзгаришлар касалликнинг 8-10 суткасига келиб кузатила бошлаган.

Шундай қилиб, олинган натижаларга асосланган ҳолда операциядан кейинги даврда беморларда нафас системасида кузатиладиган зотилжам асортининг олдини олишда ва ва даволашда анъанавий антибактериал терапияга қараганда РЛАТ-нинг бир мунча афзаллик томонларини кўрсатиш мумкин. Бу усулдори дармон сарфини ҳамда беморнинг даволаниш муддатини камайтиради.

2. КАРДИОХИРУРГИЯ

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ТРЕХКЛАПАННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Абдумаджидов Х.А., Буранов Х.Ж., Алимджанова Н.Ю., Хужакулов И.К.,
Ли В.Н., Мирходжаев И.И.

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

Цель исследования - проанализировать результаты хирургического лечения пациентов с трехклапанными пороками сердца.

Материал и методы исследования. По поводу трехклапанных пороков сердца выполнены 79 операций. Основным методом при диагностике клапанных пороков сердца являлась ЭхоКГ. Пациентам старше 40 лет выполняли катетеризацию полостей сердца с коронарографией. Средний возраст составил $47,6 \pm 9,3$ лет. Мужчин было 45,9%, женщин - 54,4%. К III ФК классу были отнесены 67,5% больных, к IV - 32,5%. Этиологическим фактором был ревматический процесс у 61,5% больных; инфекционный эндокардит (ИЭ) - у 18,2%. Все пациенты были с сердечно-легочным индексом более 0,65. Легочная гипертензия (ЛГ) как осложняющий фактор выявлена у 26 (32,7%) больных. 16 (20,2%) пациентов ранее были оперированы по поводу митрального стеноза, им была выполнена ранее закрытая митральная комиссуротомия. Время ИК составило $145,1 \pm 62,3$ мин., время пережатия аорты - $105,9 \pm 31,9$ мин. при температуре $31,8 \pm 1,6^{\circ}\text{C}$. В 82% (65 больных) наблюдений сохранялась вся

или часть задней митральной створки.

Результаты. Из 79 оперированных в госпитальном периоде умерли 8 (10,08%). Основной причиной смерти послужила острая сердечная недостаточность, которая наблюдалась у 4 пациентов и составила 50% в структуре летальности. Среди других причин отмечены, острая почечно-печеночная недостаточность (1), острая недостаточность мозгового кровообращения (1), сепсис (1), кровотечение из правого атриотомного разреза, осложнившегося острой тампонадой сердца (1). В структуре нелетальных осложнений доминировали: сердечная слабость у 9 (11,3%) больных; гипоксическая энцефалопатия - у 2 (2,5%); желудочковая экстрасистолия - у 3 (3,8%); полная атриовентрикулярная блокада, потребовавшая установки постоянного электрокардиостимулятора - у 1.

Выводы. Послеоперационная госпитальная летальность при тривальвуллярных пороках сердца составила 10,08%, основной причиной летальности явилась острая сердечная недостаточность.

В послеоперационном периоде у 18,9% пациентов наблюдались нелетальные осложнения.

ВЫБОР ТАКТИКИ В ХИРУРГИИ МНОГОКЛАПАННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА С ИНФЕКЦИОННЫМ ЭНДОКАРДИТОМ

Абдумаджидов Х.А., Буранов Х.Ж., Хужакулов И.К., Мирходжаев И.И
АО "Республиканский специализированный центр хирургии имени академика В.Вахидова"

Эмболия в системе большого круга кровообращения приводит к развитию ишемических осложнений, усугубляющих состояние пациента и снижающих шансы на успех оперативного лечения.

Цель - проанализировать клиническое течение инфекционного эндокардита (ИЭ) и определить оптимальное время хирургического лечения.

Материал и методы. К 2017 г. в отделении реконструктивной хирургии приобретенных пороков сердца АО "РСЦХ им. акад. В. Вахидова" выполнены 156 (100%) операций с многоклапанными пороками по поводу инфекционного эндокардита. У 138 пациентов выявлен трехклапанный порок сердца. 53,2% больных оперированы по поводу первичного и 46,8% - вторичного ИЭ. Средний возраст составил $29 \pm 1,7$ года (от 12 до 61 года). Сердечная недостаточность IV

функционального класса (ФК) по NYHA имела место у 76% пациентов, ФК III - у 25. В активной фазе инфекционного эндокардита оперированы 16,5% больных, в стадии ремиссии - 83,5%. Всем больным проводилась трансторакальная эхокардиография. В 96% случаев выявлена вегетации размерами от 0,1 мм до 1,7 см, что подтверждалось интраоперационно. По размеру вегетации больных разделили на две группы. В 1 группу выключены 52 (66%) больных, у которых размерах вегетации не превышал 0,8 см; во 2 - 27 (34%) с вегетациями более 0,8 см.

Результаты. Эмболические осложнения отмечались у 33% больных. В 1 группе эмболии встречались у 11,5%, из них почечные эмболии - у 5,7%; в селезенку - у 5,7%. Во 2 группе эмболические осложнения имели место у 74% больных: мозговые эмболии - у

29,6%, в легкие - у 26%, в сосуды ног - у 14,8%. Течение послеоперационного периода у больных 2 группы характеризовалось склонностью к повторным массивным эмболиям, что еще более усугубляло течение основного заболевания. Госпитальная летальность в 1 группе составила 1,9%, во 2 - 7,4%.

Заключение. В 33% наблюдений ИЭ осложняется эмболическим синдромом, своевременно по-

ставленные показания к оперативному лечению позволяют избежать эмболических осложнений и летальных исходов.

Эмболический синдром является абсолютным показанием к неотложному хирургическому лечению.

При вегетации размером более 0,8 см раннее хирургическое вмешательство является оптимальным методом лечения.

КОРРЕКЦИЯ ТРИКУСПИДАЛЬНОГО ПОРОКА ПРИ МНОГОКЛАПАННОЙ ПАТОЛОГИИ СЕРДЦА

Абдумаджидов Х.А., Назирова Л.А., Буранов Х.Д., Мирходжаев И.И.

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

У больных с многоклапанными поражениями сердца трудно решить вопрос следует ли корректировать сопутствующий умеренно выраженный порок трикуспидального клапана (ТК). Коррекция трикуспидального порока (ТП), как и коррекция других компонентов сложного ревматического многоклапанного порока сердца имеет большое значение в достижении хороших ближайших и отдаленных результатов операций.

Материал и методы. В диагностике и выборе тактики хирургической коррекции ТП нами применены современные высокинформативные методы исследования: электрокардиография, рентгенография сердца со скопией, компьютерная томография, анигокардиография (коронаровентрикулография с аортографией), эхокардиография с допплерографией (транспищеводная и трансторакальная). Из оперированных 3277 больных с многоклапанными пороками сердца в 292 (8%) потребовалась "открытая" коррекция ТП как компонента многоклапанной патологии сердца. В 148 (51%) случаев выполнено митрально-аортальное протезирование с пластикой ТК; в 96 (35,8%) произведено протезирование одного клапана (митрального или аортального) с пластикой двух клапанов (трикуспидального с митральной или аортальной), необходимость протезирования и ТК возникла в 9 (3,1%) случаях.

Результаты. Анализ коррекции ТП показал, что в 84% случаев производилась пластика данного компонента сложного многоклапанного порока, в большинстве случаев была выбрана методика аннулопластики ТК по Де Вега. Из числа оперированных по данной методике в 26,9% случаев регургитация на ТК исчезла, в 62,8% случаев она уменьшилась до 1 степени, а в 10,3% - до умеренной (2) степени. Другие методы аннулопластики ТК применены в 14,2% случаев: методика Кей-Бойда, Рид-Кортес, Дотти. В последние годы хирургов все больше удовлетворяет мето-

дика аннулопластики по Де Вега. Остальные способы применяются редко из-за малой эффективности. Аннулопластика ТК с применением опорных колец также нами применяется. Опорные кольца Карпантье-Эдвардса применялись в 1,8% от всех аннулопластики. Анализ результатов хирургической коррекции ТП в комбинации многоклапанных пороков сердца показал, что в большинстве случаев в развитии трикуспидальной недостаточности играет роль развитие легочной гипертензии (ЛГ) и дилатации фиброзного кольца ТК в сторону передней и задней створок. Применяется протезирование ТК биологическим протезом как вынужденная мера коррекции порока. С целью уменьшения времени окклюзии аорты нами применена "открытая" коррекция ТК на работающем сердце. Таких операций произведено 12. В 10 случаях выполнена пластика, в остальных 2 - протезирование ТК биологическим протезом на работающем сердце.

Выводы. Необходимость в хирургической коррекции ТП определяется исходя из установленной степени недостаточности (или стеноза в комбинации) клапана, морфологического состояния створок, подклапанных структур клапанного аппарата и наличия легочной гипертензии.

При относительной недостаточности клапана с регургитацией до 1 ст. от коррекции ТП можно воздержаться.

Регургитация ТК 2-3 степени или органического порока с морфологическими изменениями створок, считается показанием к выполнению коррекции последней.

При высокой ЛГ необходимо воздержаться от гиперкоррекции ТП для предупреждения развития правожелудочковой недостаточности.

Адекватная коррекция ТП в многокомпонентном пороке сердца улучшает результаты хирургического лечения в ближайшем и отдаленном периодах наблюдения.

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ТРАНСПИЩЕВОДНАЯ ЭХОКАРДИОГРАФИЯ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ХИРУРГИИ МНОГОКЛАПАННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА

Абдумаджидов Х.А., Назирова Л.А., Мухиддинова Р.С., Буранов Х.Д., Мирходжаев И.И.
АО "Республиканский специализированный центр хирургии имени академика В.Вахидова"

Одним из наиболее информативных методов диагностики многоклапанных пороков сердца являются эхокардиография (ЭхоКГ) с доплерографией. Но наиболее информативным вариантом использования эхокардиографии - транспищеводная эхокардиография (ТП ЭхоКГ), которая является незаменимым методом диагностики многоклапанных пороков. Применение интраоперационной эхокардиографии улучшает детальную оценку особенностей внутрисердечной гемодинамики и анатомии порока. На анализе клинического материала отделения реконструктивной хирургии приобретенных пороков сердца центра за последние 2 года мы попытались прогнозировать ранние возможные осложнения "открытых" коррекций у пациентов с многоклапанными пороками сердца по данным клинико-инструментального исследования и интраоперационной ТП ЭхоКГ.

Проанализированы 237 случаев "открытых" коррекций за последние 1,5 года (2014 г. и до апреля 2015 г.). Из этого числа пациентов с многоклапанными пороками сердца было 132 (55,7%), у которых данные плановой трансторакальной ЭхоКГ (ТТ ЭхоКГ) были сопоставлены с интраоперационными показателями ТП ЭхоКГ. Возраст оперированных пациентов - от 12 до 65 лет (в среднем, $37,5 \pm 8,7$). Все операции выполнены в условиях искусственного кровообращения (ИК) и кардиоплегии (КП). Пациентов женского пола было 55,6%, мужского - 44,4%.

Среди особенностей хирургической коррекции нужно отметить, что в большинстве случаев коррекция митрального порока выполнялась с полным или частичным сохранением хордо-папиллярного аппарата данного клапана. Из 237 больных 226 (95,3%) удалось сочетать операцию с сохранением хордо-папиллярного аппарата. Из обследованных 86 пациентов с многоклапанными пороками в 2014 г. у 39 (45,3%) диагностирован митро-аортальный порок, у 25 (29,1%) - митро-трикусpidальный порок, у 22 (25,6%) - митро-аортально-трикусpidальный. После анализа ТП ЭхоКГ и сопоставления с ТП ЭхоКГ, примерно, в 28% случаев выявлены изменения гемодинамических или анатомических параметров сердца и сосудов. После госпитализации этих больных, проведения предоперационной терапии с положительным эффектом, несколько улучшились показатели гемодинамики и данные ЭХОКГ. Например, у больных с гемодинамически значимым митральным пороком, иногда и с многоклапанными пороками, отмечается некоторое уменьшение параметров полостей сердца, особенно конечно-диастолического

объема (КДО) левого, а иногда и правого желудочка (ЛЖ, ПЖ). Необходимо отметить, что линейные показатели отверстий (митрального, триkuspidального или аортального) даже после интенсивной кардиальной терапии существенно не меняются. В выборе тактики хирургического лечения многоклапанных пороков сердца особенно важно определение наиболее значимого в гемодинамическом плане порока, следующего сочетанного порока, коррекция которого также необходима, и возможность сохранения собственного аппарата клапана и структур ЛЖ. Нами выполнены следующие виды "открытой" хирургической коррекции многоклапанных пороков сердца: из многоклапанных пороков в 51% случаев выполнено двухклапанное протезирование, из них в 11% случаев коррекция дополнена пластикой трикусpidального клапана. Как мы видим из данного анализа, в 26-28% случаев план коррекции многоклапанного порока был изменен согласно данным ТП ЭхоКГ. Вместо запланированного двухклапанного протезирования в 24-25% случаях коррекция закончена пластикой аортального клапана или его ревизией. Что касается коррекции трикусpidального порока, необходимо отметить, что коррекция данного компонента сочетанного порока обязательно выполняется с учетом степени и характера легочной гипертензии. Если трикусpidальная недостаточность выявлена и после предоперационной подготовки (гепатомегалия, выбухание вен шеи, пульсация последних, акрацианоз и т.д.), а эхокардиографический контроль подтверждает органический характер изменений данного клапана, то интраоперационно необходимо ревизировать клапан и дополнить коррекцию открытой трикусpidальной комиссуротомией и (или) пластикой фиброзного кольца по Де Вега. Если органические изменения на створках трикусpidального клапана интраоперационно не выявлены в случаях умеренной регургитации 2 ст., лучше воздержаться от дополнительной коррекции порока. Опыт показывает, что в раннем послеперационном периоде остаточная легочная гипертензия умеренно-высокой степени поддается легче медикаментозному лечению, когда до умеренной степени регургитация трикусpidального клапана не корректируется.

ТП ЭхоКГ дает возможность выполнить адекватную деаэрацию (профилактика воздушной эмболии) после основного этапа коррекции. Особенно это важно при выполнении повторных многокомпонентных коррекций порока. Адекватная деаэрация под контролем ТП ЭхоКГ является одним из важных этапов "открытых" коррекций, что подтверж-

ждается и нашими данными. Одним из условий прогнозирования осложнений раннего послеоперационного периода можно считать адекватную деаэрацию под контролем ТП ЭхоКГ.

Проведение интраоперационной ТП ЭхоКГ с сопоставлением клинико-инструментальных дан-

ных в каждом отдельном случае дает возможность правильно выбрать хирургическую тактику сложных реконструктивно-восстановительных операций при многоклапанных пороках сердца и прогнозировать осложнения раннего периода после "открытой" коррекции.

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ АТРЕЗИИ ТРИКУСПИДАЛЬНОГО КЛАПАНА

Абролов Х.К., Инагамов С.А.

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

Введение. Атрезия трехстворчатого клапана (АТК) - врожденная сердечная аномалия, характеризующаяся отсутствием предсердно-желудочкового сообщения между правыми камерами сердца. Она встречается в 1,6?3% случаев всех ВПС и занимает по распространенности третье место (после тетрады Фалло и транспозиции магистральных сосудов) среди пороков цианотического типа. Естественное течение данного порока сопровождается смертностью составляющей 75?90% к первому году жизни, что уменьшает число этих больных в более старшем возрасте.

Цель исследования - представить непосредственные результаты опыта хирургической коррекции АТК с учетом возраста больных.

Материал и методы. В отделении хирургии врожденных пороков сердца АО "РСЦХ им. акад. В. Вахидова" с 2008 по 2016 г. обследованы 32 больных с АТК, 16 (50%) из них оперированы. Кавопульмональный анастомоз (КПА) выполнен 11 больным. Оперированные больные разделены на две возрастные группы. Первая группа из 6 больных (до 6 лет), вторая - 5 больных (с 7 до 27 лет). Больные первой возрастной группы были экстубированы в первые 6 часов. Показа-

тель сатурации крови был выше 80%, без летального исхода. Во второй возрастной группе отмечались случаи сердечной недостаточности, что требовало поддержки насосной функции сердца применением кардиотоников, длительной вентиляции лёгких от 12 ч до 72 ч (в среднем, 24 ч). Во второй группе умер 1 (9,0%) больной. Летальный случай связан с прогрессирующей сердечно-сосудистой недостаточностью. Все больные первой группы были выписаны в течение 7 суток. Во второй группе, время нахождения в клинике - от 7 до 18 суток, в среднем, 12 суток.

Заключение. Анализ результатов 11 больных с АТК, которым произведена операция КПА даёт возможность предположить, что гемодинамически единый желудочек теряет насосную функцию с течением времени.

Наиболее подходящий возраст для оперативного лечения больных с АТК - не более 6 лет.

Разница показателей между группами связана с изнашиванием компенсаторных функций единственного гемодинамического желудочка.

Ранняя экстубация после операции КПА является фактором быстрой адаптации к новой гемодинамике.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КАВОПУЛЬМОНАЛЬНЫХ АНАСТОМОЗОВ ПРИ ФИЗИОЛОГИИ ЕДИНОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА И АНОМАЛИИ ЭБШТЕЙНА

Абролов Х.К., Алимов А.Б.

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

Введение. Двунаправленный кавопульмональный анастомоз, как разновидность гемодинамической коррекции широко применяется как этапное хирургическое лечение при физиологии единого желудочка сердца (ФЕЖС) и аномалии Эбштейна с выраженной атриализацией правого желудочка сердца.

Цель сообщения - представить непосредственные результаты двунаправленного кавопульмонального анастомоза при ФЕЖС и аномалии Эбштейна.

Материал и методы. В отделении хирургии врожденных пороков сердца АО "РСЦХ им. акад. В. Вахидова" с января 2008 по март 2014 г. двунаправленный кавопульмональный анастомоз выполнен 11 больным. Нозологически ВПС были представлены следующими патологиями: аномалия Эбштейна - у 4 (36,4%), атрезия триkuspidального клапана со стенозом легочной артерии - у 5 (45,5%), двойное отхождение магистральных сосудов от

правого желудочка сердца с выраженной гипоплазией ЛЖ и стенозом легочной артерии - у 2 (18,2%) пациентов. Возраст больных колебался от 1 года до 18 лет (в среднем, $8,5 \pm 5,3$ года). Пациентов мужского пола было 7 (63,6%), женского - 4 (36,4%). Всем больным использовали эхокардиографию для уточнения анатомии порока и его сочетаний с другими ВПС. При необходимости диагностическая программа расширялась до ангиокардиографии.

Результаты. Госпитальная летальность составила 9,0% (1 больной). Летальный случай связан с дистальными стенозами на уровне легочно-артериального дерева. У 10 выживших больных отмечено значительное улучшение кислородного статуса.

Сатурация, по данным пульсоксиметрии, улучшилась, в среднем, с 78 до 86%. Средний срок пребывания в реанимационном отделении - не более 1 суток. Все больные были выписаны в течение 7 послеоперационных суток.

Заключение. Следует отметить, что двунаправленный кавопульмональный является хорошей, а иногда единственной альтернативой при указанных пороках, позволяющей улучшить качество жизни пациентов. Однако оценка состояния пропускной способности и сопротивления малого круга кровообращения требует тщательного исследования для подбора больных для данного вида вмешательства.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ АНЕВРИЗМЕ СИНУСА ВАЛЬСАЛЬВЫ И ВОСХОДЯЩЕГО ОТДЕЛА АОРТЫ

Абролов Х.К., Алимов А.Б., Муродов У.А., Мирсаидов М.М.

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

Введение. Реконструктивно-восстановительные операции при аневризматическом расширении восходящего отдела аорты получают все большее применение. В нашем исследовании приведены критерии оценки и отбора пациентов на операцию Бенталла при аневризматическом расширении синусов Вальсальвы и восходящего отдела аорты.

Материал и методы. В отделении хирургии врожденных пороков сердца АО "РСЦХ им. акад. В. Вахидова" с 2008 по 2014 год 28 больным выполнены хирургические вмешательства по поводу аневризм восходящего отдела аорты различной этиологии. Мужчин было 23 (82,1%), 5 (17,8%) женщин. Средний возраст оперированных составил $24,2 \pm 0,2$ года. Этиологически аневризмы были представлены: синдромом Марфана у 10 (35,7%) пациентов, врожденного генеза - у 5 (17,8%), медианекрозом - у 4 (14,2 %) и у 9 (32,1%) - атеросклеротического генеза. У 5 (17,8%) больных обнаружено расслоение аорты II А типа по De Bakey; 23 (75%) оперированы без признаков расслоения.

Протезирование восходящей аорты по методике Бенталла-Де Бено выполнено в 23 (82,1%) случаях; в одном случае операция Бенталла дополнена заменой дуги аорты с реимплантацией брахиоцефальной и левой сонной артерий в условиях циркуляторного ареста с селективной церебральной перфузии. Из клапаноохраняющих вмешательств на корне аорты операция Т.Дэвид-2 выполнена 4 (14,2%) больным, операция Вольфа (протезирование некоронарного синуса Вальсальвы с восходящим отделом) - 1 (3,5%).

Результаты. Госпитальная летальность среди больных, оперированных по методике Бенталла составила 3 (10,7%), причиной была полиорганская недостаточность у 2 больных и кровотечение в 1

случае. Двум больным с синдромом Марфана первоначально была предпринята попытка клапаноохраняющих вмешательств с последующим протезированием клапаносодержащим протезом. У одного больного развилось кровотечение, обусловленное дегенеративным медионекрозом тканей. Непосредственные результаты, полученные в ходе послеоперационного эхокардиографического контроля, показали, что у 1 (3,5%) больного с синдромом Марфана 11-летнего возраста, которому произведена операция Вольфа, отмечена недостаточность I степени.

Заключение. Мы считаем, что при генетическом генезе аневризматического расширения восходящего отдела аорты (синдром Марфана или при дегенеративной этиологии с расслоением или без) операция Бенталла наиболее предпочтительна и может быть выполнена с хорошим непосредственным результатом. В случаях негенетической этиологии и относительной сохранности аортального клапана ($NAK < 2$ ст.), а также при изолированном аневризматическом расширении синусов Вальсальвы предпочтение следует отдавать клапаноохраняющим операциям типа Т.Дэвид, во избежание неоправданного расширения показаний для протезирующих вмешательств и связанных с ними недостатков качества жизни пациентов. В случае клапаноохраняющей реконструкции корня аорты при синдроме Марфана операцию Вольфа считаем оправданной, как способ позволяющий, избежать недостатков протезирования. Однако, учитывая возраст больного и генетический характер патологии, не исключается вероятность в необходимости повторного окончательного вмешательства в долгосрочной перспективе.

РЕЗУЛЬТАТЫ АНАТОМИЧЕСКОЙ КОРРЕЦИИ ПРИ ДВОЙНОМ ОТХОЖДЕНИИ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ ОТ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА

*Абролов Х.К., Алимов А.Б., Муродов У.А., Мирсаидов М.М., Ахмедов М.Э., Инагамов С.А.
АО "Республиканский специализированный центр хирургии имени академика В.Вахидова"*

Введение. Отхождение аорты и легочного ствола от правого желудочка сердца - "двойное отхождение" от правого желудочка - сложный врожденный порок, при котором обе магистральные артерии отходят от правого желудочка и имеется дефект межжелудочковой перегородки. Частота встречаемости порока сравнительна редкая - 1% от числа всех ВПС. В зависимости от выраженности компонентов порока хирургическая тактика требует выполнения либо анатомической (внутрижелудочковое туннелирование или операция Растелли) либо гемодинамической коррекции в различных модификациях.

Цель данного сообщения - представить непосредственные результаты хирургической коррекции при двойном отхождении магистральных сосудов от правого желудочка сердца.

Материал и методы. В отделении хирургии врожденных пороков сердца АО "РСЦХ им. акад. В. Вахидова" с января 2008 по март 2014 г. 15 больным произведена хирургическая коррекция по поводу указанного порока сердца. Возраст больных колебался от 5 до 22 лет (в среднем, $15,7 \pm 6,3$ года). Пациентов мужского пола было 11 (73,3%), а женского - 4 (26,7%), соотношение по полу составило 2,7:1. Всем больным с целью диагностики порока рутинно использовали эхокардиографию и ангиокардиографическое исследование. В 2 (13,3%) случаях для уточнения анатомии порока проведена мультислайсная компьютерная томография с контрастным усилением.

Результаты. Анатомическая хирургическая кор-

рекция представлена следующими операциями: 13 (86,7%) больным произведено внутрижелудочковое туннелирование с трансаннулярной пластикой выходного тракта правого желудочка сердца; 2 (13,3%) выполнена операция Растелли. Умерли 2 (13,3%) больных. В 1 (6,7%) случае летальность была связана с реперфузионным оттеком с последующим развитием прогрессирующей дыхательной недостаточностью в течение 9 суток после внутрижелудочкового туннелирования с трансаннулярной пластикой ствола и выходного тракта правого желудочка. В 1 (6,7%) случае летальный исход произошел после операции Растелли в результате острого внутригрудного кровотечения. У 13 выживших больных отмечен удовлетворительный послеоперационный результат. По данным эхокардиографии, остаточный градиент системического давления на выходном тракте правого желудочка варьировал от 5,5 до 18 мм.рт.ст. Средний срок пребывания в реанимационном отделении - не более 1,5 суток. Все больные были выписаны в течение 7-10 послеоперационных суток.

Заключение. Несмотря на анатомическую сложность коррекция обеспечивает удовлетворительные непосредственные результаты. У всех выживших больных отмечено объективное и субъективное улучшение функционального и соматического состояния с нивелированием клинической картины порока после операции. Однако наличие специфических летальных осложнений требует более детальной оценки состояния малого круга кровообращения.

АНАТОМИЧЕСКИЕ КОМПОНЕНТЫ АНЕВРИЗМ СИНУСА ВАЛЬСАЛЬВЫ

*Абролов Х.К., Алимов А.Б., Муродов У.А., Мирсаидов М.М., Пирназаров Ж.Т.
АО "Республиканский специализированный центр хирургии имени академика В.Вахидова"*

Аневризма синусов Вальсальвы (ACB) - редко встречающаяся патология, составляет 0,1- 3,5% среди всех врожденных пороков сердца. Однако, несмотря на редкую встречаемость, данный порок характеризуется вариабельностью анатомических составляющих и различными сочетаниями с другими пороками сердца.

Материал и методы. В отделении хирургии врожденных пороков сердца АО "РСЦХ им. акад. В. Вахидова" с января 1988 по январь 2013 г. оперированы 55 больных с диагнозом "Аневризма синуса Вальсальвы". Возраст больных колебался от 5 до 50 лет (в среднем, $22,9 \pm 9,9$ лет). Пациентов мужского пола было 34 (61,8%), женского - 21 (38,2%), при

этом соотношение по полу составило 1,6:1. Всем больным использовали эхокардиографию для уточнения анатомии порока и его сочетаний с другими врожденными пороками сердца (ВПС).

Результаты. В ходе эхокардиографического исследования ACB установлено у 20 (36,4%) больных. У 15 (27,3%) ACB сопрягалась с полостью правого желудочка (ПЖ), у 5 (9%) - с полостью правого предсердия (ПП). У 35 (63,6%) больных ACB осложнился разрывом (PACB) в прилегающие камеры сердца: в 32 (58,3%) случаях - в ПЖ; в 1 (1,8%) - в ПП; в 1 (1,8%) - в легочную артерию; в 1 (1,8%) - в полость левого предсердия. У 37 (67,3%) больных установлено сочетание

РАСВ с дефектом межжелудочковой перегородки (ДМЖП). Локализация ДМЖП представлена следующими вариантами: подаортальный ДМЖП - в 18 (37,2%) случаях, подлегочной - в 14 (25,5%); подартериальный ДМЖП - в 5 (9%). Среди прочих ВПС, сочетающихся с РАСВ, были выявлены: стеноз легочной артерии - у 6 (10,9%) больных, из них у 3 (5,5%) стеноз легочной артерии был обусловлен протрузией АСВ в выходной тракт правого желудочка (ВТПЖ). У 4 (7,3%) больных выявлен дефект межпредсердной перегородки, и у 1 (1,8%) пациента выявлен открытый артериальный порок.

Следует отметить, что хирургическая коррекция осуществлялась по поводу основной патологии в частности РАСВ, ДМЖП и стеноза легочной артерии. Среди больных с РАСВ ушивание выполнено 33 (60%), 2 (3,6%) - пластика РАСВ, пластика ДМЖП - 22 (40%) больным, ушивание ДМЖП - 15 (27,3%). Из 6 пациентов со стенозом легочной артерии 3 (5,5%) произведена инфундибулярная резекция

ВТПЖ. У 3 больных стеноз был обусловлен динамической обструкцией ВТПЖ за счет АСВ. В связи с этим стеноз устранили после аневризмографии АСВ. 4 больным с РАСВ в сочетании ДМПП произведено одномоментное ушивание обоих дефектов. 1 (1,8%) больному с открытым артериальным протоком и РАСВ произведено ушивание из просвета легочной артерии с одномоментной пластикой РАСВ.

Заключение. Из полученных результатов видно, что в хирургическом аспекте АСВ не всегда является доминирующим пороком, однако всегда требует одномоментной хирургической коррекции во избежание развития осложнений. В определенных случаях АСВ может являться причиной динамической обструкции ВТПЖ, требующей хирургической коррекции. С учетом вариантов анатомии РАСВ и ее сочетания с другими ВПС показания к операции должны строиться по доминирующему компоненту порока с одномоментным устранением всех компонентов порока.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ С АНОМАЛИЕЙ ЭБШТЕЙНА

Абролов Х.К., Ибрагимов Н.Ш., Мирсаидов М.М., Акбархонов Б.К., Холмуратов А.А.

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

Цель - провести анализ результатов операции при аномалии Эбштейна у детей с врожденными пороками сердца (ВПС).

Материал и методы. В исследование с историческим контролем включены 23 пациента с аномалией Эбштейна, оперированных с 2012 по 2015 год в отделении врожденных пороков сердца АО "РСЦХ им. академика В. Вахидова" (ср. возраст - $11,6 \pm 3,4$ лет, ср. вес - $18,4 \pm 4,6$ кг). 8 (34,7%) пациентам была проведена радикальная коррекция, из них 3 - с протезированием триkuspidального клапана (ТК); 5 пациентам выполнили реконструкцию ТК. 15 (65,3%) пациентов перенесли "полуторожелудочковую коррекцию" порока. Реконструкцию триkuspidального клапана с кавапульмональным анастомозом выполнили 11 из них и 4 - протезирование ТК с кавапульмональным анастомозом.

Результаты. Показаниями к выполнению радикальной коррекции были: КДО ПЖ - $49 \pm 8,2$ мл; фракция выброса правого желудочка (ПЖ) - $56 \pm 4,9\%$; фракция выброса левого желудочка (ЛЖ)

- $58 \pm 3,6\%$. Показаниями к полуторожелудочковой коррекции были: КТИ - $64 \pm 7,6\%$; сатурация кислорода в крови - $84 \pm 11\%$; конечный диастолический объем ПЖ - $38 \pm 6,5$ мл; фракция выброса ПЖ - $48 \pm 5,4\%$; фракция выброса ЛЖ - $59 \pm 8,1\%$. У всех больных обнаружено межпредсердное сообщение. У 10 (43,5%) выявлены другие сопутствующие пороки сердца. Нарушения ритма сердца выявлены у 2 (8,7%) пациентов. Госпитальная летальность среди детей с полуторожелудочковой коррекцией составила 8,7% ($n=2$). В обоих случаях причиной неблагоприятного исхода была остшая сердечная недостаточность.

Выводы. КДО ПЖ имеет первостепенное значение при выборе тактики хирургического лечения. Наличие или усиление цианоза является показаниям к оперативному лечению. Тяжелая сопутствующая патология повышает риск осложненного течения и вероятность летального исхода после операции. Анализ непосредственных результатов показал, что предпочтение бесспорно надо отдавать радикальной коррекции.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ОСЛОЖНЕННОЙ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Алиев Ш.М., Илхомов О.Э., Пуллатов Л.А.

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

Цель исследования - оценить отдаленный результат и определить тактику хирургического ле-

чения больных, имеющих выраженную и тяжелую ишемическую митральную регургитацию.

Материал и методы. Всего обследованы 36 пациентов, оперированных в АО "РСЦХ имени академика В.Вахидова" с 2011 по 2017 годы. 25 (69,4%) больных были в среднем возрасте (41-59 лет), и 11 (30,5%) - в пожилом возрасте (60-74 лет). Все больные были разделены на две группы. Первую группу составили 17 (47,2%) пациентов с выраженной (III ст.) и тяжелой (IV ст.) митральной недостаточностью (МН), которым была выполнена сочетанная операция коронарное шунтирование (КШ) и пластика митрального клапана (МК). Вторую - 19 (52,8%) пациентов с выраженной и тяжелой МН, которым была выполнена сочетанная операция КШ и протезирование МК. В обеих группах преобладали мужчины. 88,2% в 1 группе, 89,5% - во 2. Средний конечно диастолический объем (КДО) в обеих группах составил $239,5 \pm 26,1$ мл. Фракция выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) в среднем составила $45,2 \pm 2,4\%$, колебаясь от 39 до 52%. По данным коронарографии, у всех пациентов имело место поражение передней межжелудочковой артерии. У 13 (36,1%) больных имелось поражение правой коронарной артерии; у 14 (38,9%) - поражение в бассейне огибающей артерии. У 11 (30,6%) больных отмечалось сужение ветви тупого края. Пластика МК всегда заключалась в рестриктивной митральной аннулопластике на опорном кольце. Вмешательства на подклапанных структурах выполнены 9 (52,9%) пациентам. При протезировании МК сохранялась часть или вся зад-

няя митральная створка. Среднее количество шунтов в обеих группах составило $1,8 \pm 0,3$.

Результаты. Ранней послеоперационной смертности (<30 дней) в первой группе не было, во второй - 1 (5,3%) случай. Причиной смерти явилась сердечно-сосудистая недостаточность. Через 1 год выживаемость в 1 и 2 группах составила соответственно 88,2% и 84,2% ($p=0,145$). При контрольном исследовании через год среди выживших после оперативного лечения в первой группе легкая (I ст.) степень МН имела место у 6 (35,3%) пациентов, умеренная (II ст.) степень - у 4 (23,5%), выраженная (III ст.) - у 1 (5,9%), отсутствовала - у 4 (23,5%) пациентов. Во 2 группе ни в одном случае не отмечены протезозависимые осложнения. В течение 12 месяцев больные с рецидивом умеренной и выраженной митральной регургитации в первой группе составили 29,4% ($p<0,001$). По данным ЭхоКГ, через 1 год показатели левого желудочка составили в 1 группе: ФВ $55,9 \pm 5,3\%$, КДО $195,6 \pm 18,3$ мл; во второй группе - ФВ $51,2 \pm 6,4\%$, КДО $153,4 \pm 17,7$ мл.

Выводы. Сочетанные операции пластики МК с КШ или протезирование МК с КШ не показали разницы в ремоделировании левого желудочка и выживаемости в течение 12 месяцев. Однако протезирование митрального клапана при ишемической недостаточности обеспечивало адекватную коррекцию митральной регургитации.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С УМЕРЕННОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Алиев Ш.М., Илхомов О.Э., Пулатов Л.А.

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

Цель исследования - оценить отдаленный результат и определить, тактику хирургического лечения больных, имеющих умеренную ишемическую митральную регургитацию: изолированное аортокоронарное шунтирование (АКШ) или АКШ и пластика митрального клапана (МК).

Материал и методы. Всего обследованы 34 пациента, оперированных в АО "Республиканском специализированном центре хирургии имени академика В.Вахидова" с 2012 по 2016 год. 24 (70,6%) больных находились в среднем возрасте (41-59 лет); 10 пациентов (29,4%) - в пожилом возрасте (60-74 лет). Все больные были разделены на две группы. Первую группу составили 16 (47%) пациентов с умеренной митральной недостаточностью (МН), которым была выполнена сочетанная операция КШ и коррекция МК. Вторую - 18 (53%) пациентов с умеренной МН, которым была выполнена операция изолированного КШ без вмешательства на клапане. Во всех группах преобладали мужчины - 87,5% в 1 группе, 88,9% - во 2. КДР - $7,0 \pm 0,1$ см (объем $236,8 \pm 6,2$ мл). Фракция выб-

роса, в среднем, составила $54 \pm 1,3\%$, колебаясь от 43 до 62%. По данным коронарографии, у всех пациентов имело место поражение передней межжелудочковой артерии. У 14 (41,2%) больных имелось поражение правой коронарной артерии; у 16 (47%) имелось поражение в бассейне огибающей артерии. У 13 (38,2%) больных отмечалось сужение ветви тупого края. В первой группе КШ дополнялась реконструктивной операцией на МК. Пластика МК всегда заключалась в рестриктивной митральной аннулопластике. Среднее количество шунтов в обеих группах составило $2,1 \pm 0,7$.

Результаты. Ранней послеоперационной смертности (<30 дней) не было. Через 1 год выживаемость в 1 и 2 группах составила соответственно 93,8% и 94,5%. Во второй группе после операции изолированного КШ у 7 (38,9%) пациентов сохранилась умеренная (II) степень МН, тогда как до операции степень митральной регургитации у большинства пациентов (62,5%) была легкой (I ст.) степени. При контрольном исследовании через год после оперативного лечения в первой группе

легкая (I ст.) степень МН имела место у 10 (62,5%) пациентов, отсутствовала у 6 (37,5%). Во 2 группе отсутствие МН зафиксировано у 1 (5,56%) пациента, легкая (I ст.) степень митральной регургитации - у 7 (38,9%) пациентов, умеренная (II ст.) - у 8 (44,5%), кроме того. Прогрессирование МН до (от III до IV

ст.) до тяжелой отмечено у 2 (11,12%) пациентов.

Выводы. Пациентам с умеренной МН целесообразно выполнять сочетанную операцию КШ с пластикой МК на опорном кольце. Сочетание АКШ и пластики МК эффективнее уменьшает степень умеренной МН в отдаленным периоде.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРЫХ ТРОМБОЗАХ ИСКУССТВЕННЫХ КЛАПАНОВ СЕРДЦА

Алиев Ш.М., Илхомов О.Э., Пулатов Л.А., Мухторов С.С.

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

Цель - изучить эффективность тромболитической терапии при острых тромбозах протезов клапанов сердца.

Материал и методы. С 2015 года по 2017 год у 2 пациентов методом транспищеводной эхокардиографии диагностирован острый тромбоз механического протеза в митральной позиции. Всем пациентам во время операции использованы двустворчатые протезы. Основной причиной развития тромбоза механических клапанов сердца явился неадекватный прием антикоагулянтов. Срок развития тромбоза протеза составил 14 дней. По данным ЭхоКГ, на митральном протезе отмечены тромботические наложения, амплитуда движений снижена, имело место гипоэхогенное образование размером от 0,6 до 1,1 см, блокирующее его функцию. Средний градиент систолического давления на МК составил $23,4 \pm 8,2$ мм.рт.ст. Среднее систолическое давление в правом желудочке - $42,5 \pm 12,1$ мм.рт.ст. Была отмечена дилатация полости левого предсердия, по-перечный размер его составил $4,7 \pm 0,9$ см.

Результаты. Всем пациентам тромболитическая терапия выполнена под контролем транспищеводной эхокардиографии. Для проведения системного

тромболизиса использовали стрептокиназу по схеме - 250 000 Ед в течение 30 минут и 2 400 000 Ед - в течение 24 час. У всех пациентов было достигнуто полное восстановление функции протезов клапанов сердца. На трансторакальной ЭхоКГ четко визуализировался механизм протеза МК. Градиент давления снизился до $11,6 \pm 1,8$ мм.рт.ст.

Оба пациента на 5 сутки после тромболитической терапии были выписаны в удовлетворительном состоянии с индивидуально подобранными дозами непрямых антикоагулянтов.

В отдаленном периоде (через 1 год) после тромболитической терапии у обоих пациентов не выявлены клинические и эхокардиографические признаки дисфункции протезов клапанов сердца.

Выводы. Применение тромболитической терапии рассматривается в качестве полноценного метода лечения острых (до 14 дней) и малых (0,8 см) тромбов механических клапанов сердца, позволяющего добиться хороших эхокардиографических результатов при минимальном риске развития осложнений. В ряде случаев представляет альтернативу повторным хирургическим вмешательствам.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ КЛАПАНОВ СЕРДЦА И КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Алиев Ш.М., Матанов Р.М., Пулатов Л.А., Шарапов Н.У.

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

Цель - изучить непосредственные результаты хирургического лечения больных с сочетанной патологией коронарных артерий и клапанных пороков сердца.

Материал и методы. В отделении сочетанной патологии сердца АО "РСЦХ им. акад. В. Вахидова" оперированы 40 больных с клапанными пороками сердца и ИБС. Большинство пациентов составили мужчины - 27 (67,7%). Средний возраст больных составил $55,5 \pm 2,7$ года, колебаясь от 41 до 70 лет. По классификации сердечной недостаточности

NYHA все пациенты исходно отнесены к функциональному классу (ФК) III. Этиология: ревматизм - 8 (20%) пациентов, дисплазия соединительной ткани - 6 (15%) больных; дегенеративный аортальный порок - 8 (20%); ишемическая митральная недостаточность - 18 (45%). Ранее острый инфаркт миокарда перенесли 10 (25%) человек. Средняя фракция выброса (ФВ) ЛЖ по Симпсону до операции составляла $54 \pm 1,3\%$ (от 40 до 62%). Постоянная форма фибрилляции предсердий отмечена у 4 больных. Поражения двух и

более клапанов отмечено в 4 (10%) случаях. Поражения митрального клапана (МК) отмечено у 26 (65%) больных, поражение аортального клапана (АК) - у 10 (25%). Однососудистое поражение коронарный артерий выявлено у 33 (82,5%) пациентов, двухсосудистое - у 6 (15%), поражение трех и более артерий - у 1 (2,5%).

Результаты. Операция проводилась в условиях гипотермического ИК с фармакохолодовой кардиоплегией. Протезирование митрального клапана выполнено 2 больным (5%), пластика МК - 22 (55%), протезирование АК - 10 (25%), протезирование МК и пластика трикуспидального клапана (ТК) - 1 (2,5%), протезирование митрального и аортального клапанов (ПМАК) - 1 (2,5%), протезирование МК+пластика АК - 1 (2,5%), ПМАК+пластика ТК - 1 (2,5%), каротидная эндарктэктомия+протезирование МК - 1 (2,5%), репротезирование МК - 1 (2,5%). Механические клапаны имплантированы 29 (72,5%) пациентам; биологические протезы - 11 (27,5%) больным. Среднее количество коронарных

анастомозов составило $1,3 \pm 0,5$. Шунтирование ПМЖВ выполнено 25 (62,5%) больным, ЗМЖВ - 3 (7,5%), ВТК - у 4 (10%), ОВ - 5 (12,5%), ДВ - 2 (5%), ПКА - 7 (17,5%). Для шунтирования были использованы аутовенозные шунты и ЛВГА. Послеоперационная летальность составила 2,5% (1 пациент). Причиной смерти явилась острая сердечная недостаточность миокардиального генеза. Послеоперационные осложнения наблюдались у 7 (17,5%) больных (внутригрудное кровотечение с последующей рестернотомией - 4 (10,4%); неврологические осложнения - 1 (2,6%), гидроторакс слева - 2 (5,2%). По классификации сердечной недостаточности NYHA, при выписке ФК II имели 35 (87,5%) пациентов, ФК III сохранился у 5 (12,5%) больных. Средняя ФВ ЛЖ по Симпсону после операции составила 53% (от 40 до 68).

Выводы. У больных с сочетанной патологией коронарных артерий и клапанных пороков сердца выполнение одномоментных операций дает хорошие непосредственные результаты.

ПОВТОРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ХИРУРГИИ КЛАПАННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА

Алиев Ш.М., Мухтаров С.С., Аманов А.А., Пулатов Л.А.

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

Цель работы - изучить структуру, причины и результаты повторных вмешательств в хирургии клапанных пороков сердца.

Материал и методы. С 2008 по 2016 год в отделении сочетанной патологии сердца АО "РСЦХ им. акад. В.Вахидова" 51 пациенту проведены повторные вмешательства по поводу дисфункций протезов клапанов сердца, что составило 1,8% всех клапанных коррекций в отделении.

Средний возраст больных составил $50,5 \pm 9,5$ года (от 24 до 64 года). Мужчин было 23, женщин - 28. Все пациенты относились к функциональному классу III или IV по классификации NYHA. 11 пациентам (21,6%) из-за тяжести состояния операция выполнена по экстренным показаниям сразу после поступления в клинику. 40 (78,4%) пациентов оперированы после предоперационной подготовки, в среднем, $8 \pm 2,3$ суток.

Результаты. Дисфункция митрального протеза установлена у 34 (66,7%) пациентов, аортального протеза - у 11 (21,5%); одновременно дисфункция протезов митрального и аортального клапанов - у 6 (11,8%) пациентов.

Причинами дисфункции явились: паннус - 17 случаев (33,3%), тромбоз - 10 (19,6%), паннус+тромбоз - 8 (15,7%), неинфекционная фистула - 10 (19,6%), кальциноз биопротеза - 6 (11,8%). Дисфункция на фоне эндокардита развилась у 11 (21,6%) пациентов.

Сроки от первичной операции до повторного вмешательства составили: в течение первого года - 10 (19,6%) пациентов (в течение госпитального срока - у 5 (9,8%) больных), от 1 до 5 лет - у 12 (23,5%), от 5 до 10 лет - у 14 (27,5%), от 10 до 20 лет у 8 (15,7%), более 20 лет у 3 (5,9%).

Госпитальная летальность после операций повторного протезирования клапанов сердца составила 7,8% (умерли 4 человека). Причиной смерти в двух случаях явилась острая сердечная недостаточность. У одного пациентка - кровотечение. У 1 пациента - острое нарушение мозгового кровообращения с присоединением полиорганной недостаточности.

Из 11 больных, оперированных по экстренным показаниям, умерли 2 (18,8%); из 40 пациентов, оперированных после предоперационной подготовки - 2 (5%).

Выводы. Наиболее частой причиной развития дисфункции протезов является обструкция (58,6%) механических клапанов сердца. Повторные операции в хирургии приобретенных пороков сердца являются эффективным способом лечения при патологии клапанов сердца, обусловленной осложнением первичной операции и причинами, не связанными с первичным вмешательством. Общая госпитальная летальность при повторных вмешательствах составила 7,8%.

ВЫБОР ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПРОЛАПСЕ ЗАДНЕЙ МИТРАЛЬНОЙ СТВОРКИ

Алиев Ш.М., Пулатов Л.А., Илхамов О.Э., Мухтаров С.С.

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

Цель исследования - оценить и сравнить результаты реконструкции МК с выраженной митральной недостаточностью вследствие мезенхимальной дисплазии и пролапса задней створки митрального клапана.

Материал и методы. С 2012 года по настоящее время в АО "РСЦХ им. акад. В. Вахидова" выполнены 42 операции при изолированном пролапсе задней митральной створки. Средний возраст больных составил $47,4 \pm 3,4$ года, колеблясь от 17 до 65 лет. Этиологической причиной пролапса во всех случаях явилась миксоматозная дегенерация. Во всех случаях отмечена регургитация на митральном клапане III-IV степени. По данным ЭхоКГ, имелась дилатация полости левого желудочка: иКДО $174 \pm 4,2$ мл, ФВ $56,2 \pm 0,7\%$. В зависимости от количества пораженных участков задней створки митрального клапана и методики выполнения пластической операции больные были разделены на 2 группы. В I группе 13 (30,9%) пациентам, у которых пролабируют более 2 сегментов и охватывает больше половины площади поверхности задней створки, выполнено протезирование хорд нитями ePTFE. Во II группе у 29 (69,1%) пациентов имелся изолированный пролапс сегмента P2. Им выполнена резекционная методика пластики. При выполнении обеих методик производилась имплантация опорного кольца Карпантье. Средний размер опорного кольца МК составил $32 \pm 2,0$ мм.

Результаты. После операции в I группе регургитация на митральном клапане II степени отмечена в 1 (7,7%) случае; I степень в 3 (23,1%). Средний градиент на митральном клапане составил $2,2 \pm 0,9$ мм.рт.ст. Эффективная площадь отверстия МК (по доплер ЭхоКГ) составила $3,6 \pm 0,4 \text{ см}^2$. Длина линии коаптации составила 8,9

мм. Во II группе регургитация I степени отмечена у 3 (10,3%) пациентов; II степень - у 1 (3,4%). Средний градиент на митральном клапане составил $5,7 \pm 0,9$ мм.рт.ст. Эффективная площадь отверстия МК (по доплер ЭхоКГ) составила $2,6 \pm 0,3 \text{ см}^2$. Длина линии коаптации составила 6,7 мм. Время пережатия аорты в I группе составило $87 \pm 0,9$ мин, во II - $48 \pm 0,6$ мин. В обеих группах в послеоперационном периоде отмечено достоверное снижение объемных показателей левого желудочка иКДО $118 \pm 3,4$ мл, ФВ $59,4 \pm 0,7\%$ ($p \leq 0,05$). Отдаленные результаты изучены через $18,5 \pm 1,8$ месяца (от 9 до 30 месяцев). Летальных исходов в обеих группах не было. Свобода от реоперации составила в обеих группах 100%. В I группе у 2 (15,4%) пациентов отмечена регургитация II степени. Средний градиент на митральном клапане составил $2,5 \pm 0,7$ мм.рт.ст. Эффективная площадь отверстия МК (по Допплер ЭхоКГ) в первой группе составил $3,4 \pm 0,6 \text{ см}^2$. Длина линии коаптации составила 8,4 мм. Во II группе регургитация I степени отмечена у 2 (6,9%) пациентов; II степень - у 1 (3,4%). Средний градиент на митральном клапане составил $6,8 \pm 0,8$ мм.рт.ст. Эффективная площадь отверстия МК (по доплер ЭхоКГ) в первой группе составила $2,5 \pm 0,6 \text{ см}^2$. Длина линии коаптации составила 5,9 мм. По данным трансторакальной ЭхоКГ, в обеих группах сохранялась положительная динамика (уменьшение объема и увеличение фракции выброса левого желудочка).

Выводы. При пролапсе более 2 сегментов задней митральной створки рекомендуем использовать методику протезирования хорд. При данной методике отмечена большая длина коаптации створок, что позволяет использовать опорные кольца большего размера.

ВЫБОР ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПРОЛАПСЕ ПЕРЕДНЕЙ МИТРАЛЬНОЙ СТВОРКИ

Алиев Ш.М., Шарапов Н.У., Пулатов Л.А.

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

Цель исследования - сравнить результаты реконструкции МК с применением двух различных методик при пролапсе передней митральной створки.

Материал и методы. С 2012 года по настоящее время в АО "РСЦХ им. акад. В. Вахидова" выполнены 12 операций при пролапсе передней митральной створки. Средний возраст больных составил $41,4 \pm 3,4$ года, колеблясь от 18 до 63 лет. Этиологической причиной пролапса во всех случаях

явилась миксоматозная дегенерация. Во всех случаях отмечена регургитация на митральном клапане III-IV степени. По данным ЭхоКГ, имелась дилатация полости левого желудочка: иКДО $162 \pm 4,3$ мл, фракция выброса (ФВ) - $61,2 \pm 0,7\%$. В зависимости от методики пластической операции больные были разделены на 2 группы. I группа - 5 (41,7%) пациентов, которым выполнено создание неохорд передней митральной створки (техника

"double loop"). II группа - 7 (58,3%) пациентов, которым выполнена транслокация хорд задней митральной створки на переднюю. При выполнении обеих методик производилась имплантация опорного кольца Карпантье. Средний размер опорного кольца МК составил $32 \pm 2,0$ мм.

Результаты. Летальных исходов в обеих группах не было. После операции в I группе регургитация на митральном клапане I степени отмечена в 1 (20%) случае. Средний градиент на митральном клапане составил $2,7 \pm 0,9$ мм рт.ст. Эффективная площадь отверстия МК (по доплер ЭхоКГ) составила $3,4 \pm 0,4$ см 2 . Во II группе регургитация I степени отмечена у 2 (28,6%) пациентов; II степени - у 1 (14,3%) больного. Средний градиент на митральном клапане составил $6,7 \pm 0,9$ мм рт.ст. Эффективная площадь отверстия МК (по доплер ЭхоКГ) составила $2,9 \pm 0,3$ см 2 . Время пережатия аорты в I группе составило $83 \pm 0,9$ мин., во II группе - $42 \pm 0,6$ мин. В обеих группах в послеоперационном периоде отмечено достоверное снижение объемных и линейных показателей левого желудочка и КДО -

$127 \pm 3,6$ мл, ФВ - $57,4 \pm 0,9\%$ ($p \leq 0,05$). Отдаленные результаты изучены через $18,5 \pm 1,8$ месяца (от 9 до 30 месяцев). Летальных исходов в обеих группах не отмечено. Во I группе у 1 (20%) пациента отмечена II степень регургитации. Средний градиент на митральном клапане составил $2,9 \pm 0,8$ мм.рт.ст. Эффективная площадь отверстия МК (по доплер ЭхоКГ) в первой группе составил $3,2 \pm 0,5$ см 2 . Во II группе регургитация I степени отмечена у 3 (42,9%) пациентов, II степень - у 2 (28,6%) больных. Средний градиент на митральном клапане составил $7,3 \pm 0,9$ мм.рт.ст. Эффективная площадь отверстия МК (по доплер ЭхоКГ) в первой группе составил $2,7 \pm 0,4$ см 2 . По данным трансторакальной ЭхоКГ, в обеих группах сохранялась положительная динамика (уменьшение объема и увеличение фракции выброса левого желудочка).

Выводы. Методика протезирования хорд (техника "double loop") позволяет достичь оптимального анатомического и гемодинамического результата при хирургической коррекции пролапса передней створки митрального клапана.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ГРУППЫ РИСКА С ПОСТИНФАРКТНОЙ АНЕВРИЗМОЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА, ОСЛОЖНЕННОЙ ТРОМБОЭНДОКАРДИТОМ

Ахмедов У.Б., Мансуров А.А., Халикулов Х.Г., Муртазаев С.С., Собиров Ф.К.,
Эгамбердиев Ш.И., Чернов Д.А.

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

Цель - оценить результаты хирургической коррекции аневризм ЛЖ.

Материал и методы. В АО "РСЦХ имени академика В. Вахидова" с 2005 по 2013 г. прооперированы 74 больных с постинфарктный аневризмой левого желудочка. Тромб в полости левого желудочка был обнаружен у 25 (35,7 %) пациентов. По данным коронарографии у 14 (18,9%) пациентов наблюдали мультифокальное поражение венечного русла и только у 2 (2,7%) больных - изолированные стенозы венечных артерий. Периоды субфебрильной температуры, общую слабость и недомогание в анамнезе отмечали 4 (5,4%) больных. У 8 (10,8%) пациентов на момент поступления в клинику выявлено увеличение уровня лейкоцитов и скорости оседания эритроцитов. Диагноз тромбэндокардит подтвержден у всех больных во время операции.

Результаты. При ревизии у всех больных выявлена большая аневризма левого желудочка с распространением на верхушку, переднебоковую стенку левого желудочка и межжелудочковую перегородку. Во всех случаях был выявлен слоистый тромб (различной степени организации) с участками

распада (обычно в области верхушки), откуда сразу же после вентрикулотории отмечалось поступление мутной непрозрачной жидкости. Мы применили комбинированную эндовентрикулопластику. Завершающим этапом операции было выполнение аорто- и маммарокоронарного шунтирования в максимально необходимом объеме. Одному пациенту наложили, в среднем, $2,87 \pm 0,8$ дистальных анастомоза. При этом шунтирование пораженной передней межжелудочковой артерии (внутренняя грудная артерия) выполняли во всех случаях. В этой группе госпитальной летальности не было.

Выводы. Максимальное исключение из механики левого желудочка истонченных и изъязвленных отделов межжелудочковой перегородки и передней стенки способствует восстановлению геометрических соотношений и конусности левого желудочка. Выбор метода реконструкции левого желудочка должен быть основан на максимальном воссоздании физиологичной стереометрии полости и полном исключении зон асинергии из работы левого желудочка. Это является существенным преимуществом операции у больных с тромбэндокардитом.

АУТОАРТЕРИАЛЬНАЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ МИОКАРДА БОЛЬНЫХ ИБС ГРУПП РИСКА

Ахмедов У.Б., Мансуров А.А., Халикулов Х.Г., Муртазаев С.С., Чернов Д.А.,
Собиров Ф.К., Эгамбердиев Ш.И.

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

Цель - оценить результаты коронарного шунтирования (КШ) у больных ИБС путем применения лучевой артерии.

Материал и методы. В исследование включены 23 больных после операции КШ. Данные больные были разделены на 2 группы. Первая группа - 14 (60,9%) больных, которым проводилось коронарное шунтирование с использованием левой внутренней грудной артерии и аутовены; вторая группа - 9 (39,1%) больных, перенесшие КШ с использованием левой внутренней грудной артерии и лучевой артерии для реваскуляризации миокарда. Возраст больных - от 37 до 59 лет (в среднем - 49 лет). В обеих группах все пациенты были мужского пола. В первой группе 9 (39,1%) больных имели стабильную стенокардию ФК-III и IV, 5 (21,7%) - нестабильную стенокардию. Инфаркт в анамнезе выявлен у 6 (26,1%) больных, артериальная гипертензия - у 8 (34,8%); 2 (8,7%) больных имели сахарный диабет II типа.

Во второй группе все больные были со стабильной стенокардией III и IV функционального класса. Инфаркт в анамнезе выявлен у 3 (13%) больных, артериальная гипертензия - у 4 (17,4%). У 2 (8,7%) пациентов обнаружили варикозную болезнь обеих нижних конечностей, что явилось противопоказанием к использованию венозного кондукта для операции КШ. 1 (4,35%) больной в

анамнезе перенес операцию комбинированной флебэктомии обеих нижних конечностей. У 1 (4,35%) пациента обнаружен постстромбофлебитический синдром нижней конечности. Результаты лечения оценивали по следующим критериям: наличие или отсутствие симптомов стенокардии, смертность, развитие инфаркта миокарда, заживление послеоперационной раны, данные ЭКГ и ЭхоКГ.

Результаты. В обеих группах в ближайшем послеоперационном периоде различий по развитию инфаркта миокарда и симптомов стенокардии не отмечено, то есть мы не выявили отрицательных результатов по перечисленным показателям ни у одного больного. Надо отметить, что и в первой и во второй группах заживление послеоперационных ран было первичным. Улучшение коронарного кровообращения, по данным ЭКГ, отмечалось у 6 (42,9%) больных первой группы и 4 (44,4%) больных второй группы. У остальных больных отрицательная динамика не наблюдалась. До и после операции фракция выброса по данным ЭхоКГ составила 43% и 49% (1 группа), 46,6% и 47,5% (2 группа).

Выводы. Сравнительный анализ ближайших результатов артериального коронарного шунтирования с использованием лучевой артерии в качестве кондукта доказывает, что лучевая артерия является еще одним рутинным трансплантатом для достижения полной артериальной реваскуляризации миокарда.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ГРУППЫ РИСКА С АНЕВРИЗМОЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА

Ахмедов У.Б., Мансуров А.А., Халикулов Х.Г., Муртазаев С.С., Эгамбердиев Ш.И.,
Собиров Ф.К., Чернов Д.А.

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

Актуальность. Мировая статистика показывает: среди пациентов с ИБС имеются отдельные категории с высоким операционным риском. К фактограммам, увеличивающим частоту периоперационных осложнений, госпитальную летальность, прежде всего, относят снижение сократительной способности миокарда ЛЖ. Обычно это имеет место при тяжелом ишемическом поражении сердечной мышцы с формированием постинфарктной аневризмы.

Цель исследования - изучить клинические и ангиографические особенности течения заболевания у больных ИБС группы риска; оценить непосредственные ближайшие результаты оперативного вмешательства.

Материал и методы. В исследование вошли 200

пациентов с различными формами ИБС, которым проводилось коронарное шунтирование (КШ). Все пациенты были разделены на 2 группы. 1 группа - 50 больных с низкой сократительной способностью миокарда, 2 группа - 150 больных без нарушения сократительной способности миокарда. Непосредственные результаты оценивали по наличию или отсутствию симптомов стенокардии и данным ЭхоКГ. Средний возраст больных составил $54,5 \pm 8,5$ года. Инфаркт миокарда в анамнезе выявлен в 78,8% случаев; артериальная гипертензия - в 64,7%; сахарный диабет - в 11,2%. Острый инфаркт миокарда отмечен в 2,8%, нестабильная стенокардия - в 43,2% случаев. Остальные больные имели стенокардию напряжения 3-4 функционального класса.

На ЭхоКГ сократительная способность миокарда в первой группе составила $40,7 \pm 1,07\%$, во второй - $53,6 \pm 0,74\%$. Данные коронарографии: двухсосудистое поражение - у 33,8%, трехсосудистое - у 52,1%; поражение ствола левой коронарной артерии - в 14% случаев. Наиболее часто поражалась передняя нисходящая артерия - в 90,1%.

Результаты. Выполнены 200 операции КШ: 21 больному на работающем сердце; 159 больным - в условиях искусственного кровообращения; 20 больным операция проведена в условиях вспомогательного кровообращения. Госпитальная летальность составила 5,2%, нефатальный периоперационный инфаркт миокарда - 3,2%. Основная причина летальности - тяжелая сердечная недостаточность, развившаяся у больных с фракцией выброса ме-

нее 40% и тяжелым диффузным поражением коронарного русла. У 2 больных в ближайшем послеоперационном периоде развилось гнойно-септическое осложнение, что привело к летальному исходу. В ближайшем послеоперационном периоде прирост глобальной сократимости миокарда у больных с фракцией выброса ниже 40% составила, в среднем, $7,2 \pm 0,21\%$, что показывает высокую эффективность оперативного вмешательства.

Выводы. Выбор тактики оперативного вмешательства в зависимости от характера поражения коронарного русла и адекватная реваскуляризация пораженных артерий у больных группы риска с низкой сократительной способностью миокарда существенно улучшают непосредственные результаты оперативного вмешательства.

ХИРУРГИЯ СОЧЕТАННОГО ЭХИНОКОККОЗА СЕРДЦА

*Буранов Х.Ж., Абдумаджидов Х.А., Алимджанова Н.Ю., Хужакулов И.К., Ли В.Н.
АО "Республиканский специализированный центр хирургии имени академика В. Вахидова"*

Цель исследования - изучить результаты хирургического лечения сочетанного эхинококкоза сердца и органов-мишеней.

Материал и методы. В 10 наблюдениях отмечено сочетанное поражение сердца и органов-мишеней (печень - 7, легкие - 3). Средний возраст больных составил $22,1 \pm 2,3$ года.

Оперативное вмешательство проводилось в условиях искусственного кровообращения и фармакохолодной кардиоплегии. Среднее время искусственного кровообращения составило $61,4 \pm 10,9$ мин., окклюзия аорты - $44,5 \pm 5,2$ мин.

При сочетанном эхинококкозе сердца и печени 5 больным выполнено симультанное вмешательство: двоим пациентам - поэтапная эхинококкэктомия из сердца, после стабилизации состояния пациента не выписывая из клиники, произведен второе этап операции - эхинококкэктомия из печени.

В двух случаях сочетания эхинококкоза сердца и легких, выполнена одномоментная симультан-

ная коррекция. Первым этапом выполнялась эхинококкэктомия из сердца, вторым - из легких. В третьем случае выполнена поэтапная эхинококкэктомия из сердца, затем - из легких.

В послеоперационном периоде антигельминтную терапию с применением альбендазола или мебендазола (10-15 мг/кг/сутки) проводили по методике предложенной Rein R. et al. (1996).

Результаты. Среди осложнений ведущее место занимали нарушения ритма, которые проявлялись в виде желудочковой экстрасистолии. Второе место среди осложнений занимала сердечная недостаточность, которая проявлялась снижением производительности сердца и требовала кардиотонической поддержки. Госпитальной летальности не было. Все больные выписаны из клиники в удовлетворительном состоянии.

Выводы. При сочетанном эхинококкозе сердца и органов-мишеней возможна поэтапная или одномоментная симультанная операция.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С РАННЕЙ ПОСТИНФАРКТНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

*Зуфаров М.М., Ахмедов Х.А., Искандаров Ф.А., Бабаджанов С.А.
АО "Республиканский специализированный центр хирургии имени академика В.Вахидова"*

Цель исследования - провести сравнительный анализ результатов чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) у больных с ранней постинфарктной стенокардией (РПС), перенесших инфаркт миокарда с зубцом Q и без зубца Q в ближайшем сроке.

Материал и методы исследования. В исследование включены 168 больных с РПС в возрасте от 36

до 74 лет (в среднем, $53 \pm 4,7$ года) до и после ЧКВ.

Пациенты разделены на 2 группы. В первую группу вошли 62 (36,9%) пациента, перенесших ИМ с зубцом Q, во вторую - 106 (63,1%) больных с ИМ без зубца Q.

Все пациенты поступили в клинику со сроком давности инфаркта миокарда от 3 до 28 дней (в

среднем, $9,4 \pm 6,5$ суток). Тромболизисная терапия была проведена 56 (33,3%) больным, а ЧКВ - ни одному пациенту.

По данным ЭхоКГ, среди пациентов I группы КДО ЛЖ было достоверно выше (в среднем, $164,4 \pm 24,5$ мл) по сравнению со II группой (в среднем, $154,3 \pm 22,4$ мл); ФВ ниже в I (в среднем, $42,3 \pm 2,8\%$) в сравнении со II (в среднем, $47,4 \pm 3,2\%$).

В I группе у 17 (27,4%) больных имело место однососудистое поражение, у 45 (72,6%) имелось многососудистое поражение коронарного русла.

Во II группе однососудистое поражение обнаружено у 34 (32,1%) больных, у 72 (67,9 %) - многососудистое.

Результаты. 22 (13,1%) больным из-за отсутствия условий для ЧКВ было предложено коронарное шунтирование. У 6 (4,1%) из 146 пациентов с окклюзионными поражениями коронарных артерий реканализация не удалось; им также было рекомендовано коронарное шунтирование. У 140 больных ЧКВ увенчалось успехом.

После успешного ЧКВ у всех 140 пациентов отмечено клиническое улучшение: прекратились боли в области сердца, повысилась толерантность к физической нагрузке.

В ближайшем послеоперационном периоде (30 дней) в обеих группах выживаемость составила 100%. Больших кардиальных событий (МАСЕ), как коронарная смерть, ИМ, повторные ЧКВ, возвратная стенокардия не наблюдали.

По данным контрольной ЭхоКГ, в ближайшем периоде в I группе участки гипокинеза полностью восстановились в 11 (23,4%) случаях. У 4 (8,5%) больных отмечено полное восстановление сократимости зон акинезии, у 6 (12,8%) акинезия пере-

шла в гипокинезию; у 26 (55,3%) кинетика стенок ЛЖ не изменилась. Во II группе восстановление участков гипокинезии отмечено у 34 (36,6%), полное восстановление зон акинезии ЛЖ - у 10 (10,8%). У 8 (8,6%) пациентов зоны акинезии перешли в гипокинезию, у 41 (44,1%) кинетика ЛЖ оставались на исходном уровне.

Выявлено достоверное уменьшение КДО ЛЖ с $154,3 \pm 22,4$ до $138,2 \pm 21,7$ мл в общей группе ($p < 0,05$). В I группе этот показатель уменьшился со $164,4 \pm 24,5$ до $147,4 \pm 23,6$ мл ($p < 0,05$), во II группе - со $148,4 \pm 21,1$ до $133,5 \pm 20,7$ мл ($p < 0,05$). Фракция выброса (ФВ) ЛЖ возросла, в среднем, с $45,5 \pm 3,1\%$ до $54,2 \pm 4,0\%$ ($p < 0,05$), в т.ч. в I группе - с $42,3 \pm 2,8\%$ до $48,2 \pm 4,1\%$ ($p < 0,05$), во II - с $47,4 \pm 3,2\%$ до $57,2 \pm 3,9\%$ ($p < 0,05$).

Таким образом, у больных обеих групп в 30-дневный срок наблюдения МАСЕ не наблюдались ни в одном случае. Сравнительный анализ результатов в этот срок показал положительную динамику клинических и объемно-функциональных показателей ЛЖ в обеих группах. Однако объемно-функциональные показатели ЛЖ у больных во II группе были лучше по сравнению с I группой пациентов.

Выводы. ЧКВ у больных с РПС является эффективным вмешательством и приводит к стабилизации клинического состояния больных, перенесших ИМ как с зубцом Q, так и без зубца Q.

В ближайшие сроки после вмешательства (30 дней) частота больших кардиальных событий (МАСЕ) не отличается у больных обеих групп.

В ближайшие сроки в большинстве случаев наряду с улучшением клинического состояния больных отмечается значительная положительная динамика объемно-функциональных характеристик ЛЖ до нормализации этих показателей во второй группе.

СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ ВЕРХУШКИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА И МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ У БОЛЬНЫХ С ПОЛНОЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДОЙ

Зуфаров М.М., Бабаджанов С.А., Им В.М.

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

Актуальность. В настоящее время единственным методом лечения симптоматически значимой брадикардии является электрокардиостимуляция (ЭКС). Тем не менее, до конца не определена оптимальная область стимуляции. Верхушка правого желудочка (ВПЖ) является наиболее удобным местом позиционирования желудочкового электрода, однако накопились результаты исследований, в которых говорится, что ЭКС ВПЖ может ухудшать насосную функцию сердца. В литературе достаточно исследований, демонстрирующих преимущество стимуляции межжелудочковой перегородки (МЖП) перед апикальной стимуляцией.

Цель - изучить результаты влияния стимуля-

ции МЖП и ВПЖ на структурно-функциональное состояние сердца у больных с полной АВ-блокадой.

Материалы и методы. В сравнительное ретроспективное исследование включены 85 пациентов с полной атриовентрикулярной блокадой и без выраженной патологии сердца, прооперированных в период с января 2015 по июнь 2017 г. в отделении РЭХ и НРС АО "РСЦХ имени академика В. Вахидова". Все пациенты были разделены на 2 группы. 46 больным имплантацию электрода производили в апикальную позицию, 39 - в область МЖП. В обеих группах не было статистической разницы по возрасту, полу, частоте ишемической болезни

сердца (ИБС), хронической сердечной недостаточности (ХСН), артериальной гипертензии (АГ), сахарного диабета (СД). До и после операции пациентам проводили ЭКГ-исследование, ЭхоКГ, измерение параметров стимуляции. Между обеими группами не было серьезных различий в параметрах стимуляции. Средняя длительность исследования составила $1,4 \pm 0,2$ года.

Результаты и обсуждение. Длительность наблюдения за обеими группами статистически не различалась. Все пациенты с ХСН получали стандартную терапию. За время исследования связь с 15 пациентами была потеряна по различным причинам. У 25 (54,3%) пациентов со стимуляцией ВПЖ фибрилляция предсердий (ФП) возникла впервые. В группе МЖП стимуляции - 9 (23,0%) больных. До операции длительность QRS была схожа в обеих группах. По истечению срока исследования в обеих группах произошло увеличение длительности комплекса QRS. В группе со стимуляцией МЖП увеличение составило с $102,1 \pm 9,7$ до $146,3 \pm 15,2$ мс, что было меньше по сравнению с группой ПЖ стимуляции - с $102,3 \pm 10,1$ до

$165,1 \pm 17,7$ мс ($p < 0,05$).

Для оценки структурно-функционального состояния сердца до и после вмешательства всем больным проводили ЭхоКГ. У пациентов, которым электрод был имплантирован в ВПЖ, увеличились конечный диастолический объем левого желудочка (КДО ЛЖ) (со $150,1 \pm 16,5$ до $167,2 \pm 19,8$ мл, $p < 0,05$), конечный систолический объем ЛЖ (КСО ЛЖ) (с $61,1 \pm 20,6$ до $67,3 \pm 27,9$ мл, $p < 0,05$). Снизилась фракция выброса ЛЖ (ФВ ЛЖ) с $52,1 \pm 5,6$ до $49,3 \pm 3,7\%$ ($p < 0,05$). У пациентов, которым электрод был установлен в МЖП, данные показатели имели относительно положительную динамику. Так, КДО ЛЖ со $140,1 \pm 18,3$ снизился до $135,6 \pm 15,4$ мл ($p < 0,05$), КСО ЛЖ с $53,2 \pm 32,5$ до $50,3 \pm 25,7$ мл ($p < 0,05$), увеличилась ФВ ЛЖ с $51,2 \pm 4,7$ до $53,1 \pm 5,4\%$ ($p < 0,05$).

Выводы. Результаты исследования демонстрируют, что стимуляция МЖП имеет преимущество перед стимуляцией ВПЖ, меньшую частоту развития/прогрессирования ХСН, ФП вследствие более физиологичного распространения возбуждения миокарда.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И РАДИОЧАСТОТНОЙ КАТЕТЕРНОЙ АБЛАЦИИ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНЫХ ТАХИКАРДИЙ

Зуфаров М.М., Бабаджанов С.А., Им В.М.

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

Пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия (ПСВТ) - клинический синдром, характеризующийся наличием регулярной и частой тахикардии с внезапным началом и прекращением при условии участия в механизмах возникновения и самостоятельного поддержания аритмии клеток синусового узла, миокарда предсердий и/или АВ-соединения.

Цель - проанализировать результаты электрофизиологического исследования (ЭФИ) и радиочастотной катетерной абляции (РЧА) пароксизмальных суправентрикулярных тахикардий.

Материал и методы исследования. Проанализированы результаты ЭФИ и РЧА при различных формах суправентрикулярных тахикардий у 34 больных. Мужчин было 16 (47,1%), женщин - 18 (52,9%) в возрасте от 18 до 64 лет. Сатриовентрикулярной реципрокной узловой тахикардией (АВУРТ) было 20 человек; атриовентрикулярной риентри тахикардией - 10; предсердная тахикардия - 2; трепетание предсердий - 2.

Эндокардиальное ЭФИ сердца проведено на оборудовании "LabSystem Pro", "BARD" (США) радиочастотным генератором "iBI1500", "St.Jude Medical" (США) с использованием диагностических (6F) и абляционных

катетеров (7F) "St.Jude Medical" (США).

Результаты. Успешное ЭФИ и сердца и РЧА тахикардии достигнуто в 31 случае (91%). В 2 случаях у пациентов с АВРТ и заднесептальным расположением дополнительного проводящего пути (ДПП) не удалось достичь полного эффекта. 1 у пациенту с левым латеральным ДПП потребовалась повторная абляция с хорошим клиническим эффектом. Осложнений не отмечалось.

Стандартное ЭФИ сердца включало измерение интервалов РА, АН, НВ, комплекса QRS, длины цикла, оценка свойств ретроградного проведения программируемой желудочковой стимуляцией с экстрапостимулом, оценка антеградного проведения программируемая предсердная стимуляция с экстрапостимулом. Проводилась оценка признаков двойного проведения в АВ-узле - "JUMP-феномен" (феномен "скакача") - удлинение интервала АН во время предсердной стимуляции с экстрапостимулом.

Выводы. Катетерная абляция является эффективным методом лечения при суправентрикулярных тахикардиях.

Корректная диагностика механизма тахикардии должна основываться на совокупности электрофизиологических критериев и пэйсинг-манипуляций, подтверждающих диагноз.

РЕЗУЛЬТАТЫ БАЛЛОНОЙ МИТРАЛЬНОЙ ВАЛЬВУЛОПЛАСТИКИ У БЕРЕМЕННЫХ

Зуфаров М.М., Искандаров Ф.А., Журалиев М.Ж., Ахмедова Д.Ш.

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

Цель - проанализировать результаты и оценить эффективность баллонной митральной вальвулопластики (БМВ) по методике Inoue у беременных.

Материал и методы. БМВ по методике K.Inoue выполнена 32 беременным с митральным стенозом в возрасте от 21 до 39 лет (в сред. $29,8 \pm 5,2$) в сроки от 24 до 28 недель. У 4 (12,5%) пациенток был рестеноз митрального отверстия после ЗМК. По данным ЭхоКГ, площадь митрального отверстия (МО) составляла от 0,7 до $1,34 \text{ см}^2$, в сред. $1,0 \pm 0,2 \text{ см}^2$. Градиент давления на митральном клапане (МК) варьировал в пределах от 15 до 31 мм рт.ст., в сред. $22,9 \pm 4,6 \text{ мм рт.ст.}$ Размер ЛП составлял от 4 до 6,1 см, в сред. $5,2 \pm 0,6 \text{ см.}$ Регургитация на митральном клапане до I степени имела место у 9 (28,1%), кальциноз МК I степени - у 3 (9,4%) больных. Недостаточность триkuspidального клапана I степени отмечена у 14 (43,7%), II ст - у 4 (12,5%), III ст - у 2 (6,3%) больных. До БМВ на УЗИ у 3 (9,4%) пациенток выявлена гипоксия плода, у 1 (3,1) - многоводие и у 2 (6,3) - угрожающий выкидыши. Этим пациенткам проведена превентивная терапия под наблюдением гинеколога. У остальных состояние плода было в норме. Вмешательство проводилось в режиме максимальной защиты от ионизирующего излучения. Кроме стандартной защиты в обязательном порядке закрывали область живота со всех сторон защитным фартуком. Также во время работы минимизировали время флюороскопии и использовали её для контроля только самых важных этапов работы (пун-

кция МПП, проведение и расширение баллона). Саму флюороскопию осуществляли на низком (LOW) уровне и пульсовом режиме. Всё это позволяло существенно снизить уровень облучения матери и плода.

Результаты. Всем пациенткам удалось выполнить БМВ. По данным ЭхоКГ, площадь митрального отверстия непосредственно после БМВ составила от 1,8 до $2,4 \text{ см}^2$. В среднем площадь МО после БМВ увеличилась с $1,0 \pm 0,2 \text{ см}^2$ до $2,1 \pm 0,2 \text{ см}^2$ ($p < 0,001$). Трансмитральный градиент снизился, в среднем, с $22,9 \pm 4,6 \text{ мм.рт.ст.}$ до $9,9 \pm 5,0 \text{ мм.рт.ст.}$ ($p < 0,001$), среднее давление в ЛП уменьшилось с $30,4 \pm 9,5$ до $15,4 \pm 4,5 \text{ мм.рт.ст.}$ ($p < 0,001$). Из 18 пациенток с "чистым" (отсутствие регургитации) митральным стенозом после БМВ регургитация до I степени появилась у 5 (15,6%), до II степени - у 2 (6,3%). Из 8 больных с исходной регургитацией до I степени у 7 (87,5%) она осталась на прежнем уровне, а у 1 (12,5%) увеличилась до 1,5 степени. Больным с кальцинозом МК ($n=2$) БМВ была выполнена без технических трудностей с хорошими результатами и без каких-либо осложнений. У этих больных площадь МО расширилась, в среднем, с $1,2 \pm 0,2$ до $1,9 \pm 0,3 \text{ см}^2$, трансмитральный градиент снизился с $19 \pm 0,3$ до $9,1 \pm 0,2 \text{ мм.рт.ст.}$ В дальнейшем все пациентки самостоятельно родоразрешились здоровыми детьми без каких-либо осложнений.

Вывод. БМВ по технике INOUE является методом выбора лечения беременных со стенозом митрального клапана.

ТРАНСКАТЕТЕРНОЕ ЗАКРЫТИЕ ДЕФЕКТОВ МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ С ПОМОЩЬЮ ОККЛЮДЕРОВ

Зуфаров М.М., Искандаров Ф.А., Мажкамов Н.К., Журалиев М.Ж.

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

Цель - представить опыт транскатетерного закрытия вторичных дефектов межпредсердной перегородки (ДМПП).

Материал и методы. 105 больным с вторичным ДМПП в возрасте от 7 до 40 лет (в среднем, 19,5 ± 2,1) было произведено транскатетерное закрытие окклюдерами Амплатцера. У 72 (68,6%) больных имелась недостаточность кровообращения (НК) I степени, у 33 (31,4%) - НК II степени. По данным ЭКГ гипертрофия ПЖ имелась у всех больных, перегрузка правых отделов сердца - у 49 (46,7%). Легочная гипертензия I ст - выявлена у 28 (26,7%), II ст - у 71 (67,6%) больного. Множественные ДМПП выявлен у 1 (0,95%) пациентки, одиноч-

ный - у 104 (99,05%).

По данным трансторакального и транспищеводного ЭхоКГ, размер ДМПП колебался от 14 до 35мм. Были использованы окклюдеры фирм "AGA" (США), "LifeTech" и "SSHMA" (Китай) размерами от 16 до 44 мм. При подготовке к вмешательству взрослым пациентам назначали аналоги аспирина в дозировке 300 мг/сут, детям в дозировке 3-5 мг/кг веса в сутки. Всем использовали доступ через правую бедренную вену. Использовались доставляющие системы "Delivery System" диаметром от 10 до 14 F.

Результаты. У всех больных удалось закрыть межпредсердные дефекты окклюдерами Амплатцера. По данным ЭхоКГ, остаточный шунт после

операции на уровне ДМПП не обнаружено. Из осложнений в 1 случае в первые сутки после имплантации наблюдалась миграция окклюдера в полость правого предсердия. Данному пациенту было выполнено экстренное хирургическое вмешательство с удалением окклюдера и открытой коррекцией порока. На операции выяснилось, что причиной дислокации было отсутствие нижнего края ДМПП, что не было диагностировано на этапе предоперационного обследования. Других осложнений

не было. Все пациенты были выписаны на 2-3 сутки после операции с рекомендацией приема аналогов аспирина в возрастной дозировке в течение 1 года. Контрольные обследования через 6 лет показали адекватное положение окклюдера и отсутствие сброса на уровне дефекта. Каких-либо осложнений в отдаленные сроки не отмечалось.

Вывод. Транскатетерное закрытие окклюдерами Амплатцера является эффективным и безопасным методом коррекции вторичного ДМПП.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ ИБС

Зуфаров М.М., Махмудова М.М.

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

Цель – оценить непосредственные клинико-ангиографические результаты стентирования ствола левой коронарной артерии у больных с различными формами ИБС.

Материал и методы. В исследование включены 43 пациента с различными формами ИБС, которым выполнены эндоваскулярные вмешательства на стволе ЛКА с января 2014 по май 2017 г. Возраст пациентов колебался от 43 до 80 лет, в среднем, 65 ± 15 лет. Из анамнеза у 19 пациентов (44,2%) на момент выполнения вмешательств имелись острые нарушения коронарного кровоснабжения (острый коронарный синдром), у 7 пациентов (16,3%) – острый инфаркт миокарда, связанный с поражением ствола ЛКА. 24 больным (55,8%) вмешательства выполнялись на фоне стабильной стенокардии напряжения. Из общепринятых факторов риска ИБС чаще наблюдали артериальную гипертензию у 39 (90,7%) пациентов, сахарный диабет – у 12 (28%), гиперлипидемию – у 15 (34,9%), у 9 (20,9%) – ожирение и у 26 (60,4%) – курение. Перенесенная операция коронарного шунтирования в анамнезе у 7 (16,2%) больных, а у 11 (25,6%) – состояния после ЧКВ на коронарных артериях.

На ЭхоКГ фракция выброса левого желудочка, была от 35% до 60% (в среднем, 25%). В 19 случаях (44,2%) коронарографию выполняли по экстренным показаниям ввиду нестабильного клинического течения заболевания.

При коронарографии у 1 (2,3%) пациента была выявлена острая окклюзия ствола ЛКА без межсистемного коллатерального заполнения. Изолированное поражение ствола ЛКА – у 13 (30,2%) пациентов. У 13 (30,2%) пациентов с поражением ствола ЛКА имелось диффузное поражение всех основных венечных артерий; у 11 (25,6%) поражение ствола ЛКА сочеталось со стенозом двух сосудов. У 24 (55,8%) пациентов часто выявляли бифуркационное поражение ствола ЛКА с переходом на крупные ветви системы ЛКА. Из них у 18 (75%) больных по Medina 1:1:1, у 4 (16,67%) больных по Medina 1:1:1, у 1 (4,17%) больных по Medina 1:0:0, у 1 (4,17%)

больного – по Medina 1:1:0. У большинства пациентов (90,7%) обнаружены гемодинамически значимые изменения в других коронарных артериях. Среднее значение индекса Syntax составило $22,7 \pm 2,6$, при этом у 21 пациента его значение было ≤ 22 , у 13 – 23-32, у 9 – ≥ 32 .

Результаты. Всем пациентам были проведены успешные эндоваскулярные вмешательства. В зависимости от локализации поражения ствола ЛКА выбиралась различная тактика эндоваскулярного вмешательства. Сентрирование изолированного поражения ствола ЛКА выполнялось 13 (30,2%) пациентам, а стентирование ствола ЛКА и поражений других локализаций от 1 до 3 коронарных артерий – 29 (67,4%) больным. В зависимости от методики вмешательства распределялись следующим образом. В 11 (25,5%) случаях применяли процедуру прямого стентирования. При дистальном бифуркационном поражении ствола ЛКА с вовлечением в атеросклеротический процесс устья огибающей ветви (ОВ) применяли технику предилатации дистальной трети ствола ЛКА с проведением баллона в устье ОВ. В дальнейшем выполняли стентирование ствола ЛКА с переходом на устье ОВ у 13 (30,2%) пациентов. При распространении атеросклеротического процесса на устье ПМЖВ выполняли стентирование ствола ЛКА с переходом на устье ПМЖВ у 12 (27,9%) пациентов. При более сложном бифуркационном поражении ствола ЛКА с вовлечением крупных ветвей (ПМЖВ и ОВ) выполнено kissing/V-стентирование 6 (13,9%) и T-стентирование 1 (2,3%) пациенту.

В ствол ЛКА чаще были имплантированы стенты покрытые антипролиферативными лекарственными препаратами (DES) – 35 (81,2%), в т.ч. у 18 – сиролимус покрытые стенты, у 3 – зотаролимус покрытые стенты, у 13 – стенты с покрытием биолимус. В 1 случае был имплантирован биорассасывающийся скаффолд "Absorb". 6 пациентам были имплантированы голометаллические стенты (BMS).

В 99% случаев удалось достигнуть хорошего непосредственного ангиографического результата. Эн-

деваскулярные вмешательства на стволе ЛКА во всех случаях протекали без осложнений. В 97,7% (n = 42) случаев госпитальный период протекал без осложнений, и пациенты были выписаны из стационара в стабильном состоянии. Госпитальная летальность составила 2,3% (n = 1). Умерший пациент был с острым формой ИБС. Причиной смерти были прогрессирование острой левожелудочковой недостаточности, различные нарушения ритма и проводимости.

Вывод. Стентирование ствола левой коронарной артерии является относительно безопасной и эффективной процедурой, обеспечивающей стойкий положительный клинический результат у пациентов со стабильной стенокардией и при острым коронарном синдроме. Четкая отработка имплантации стента и использование стентов с лекарственным покрытием повышает эффективность и безопасность процедуры.

ЭНДОВАСКУЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЭТАПНОМ ЛЕЧЕНИИ ЦИАНОТИЧЕСКИХ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА

Искандаров Ф.А., Журалиев М.Ж.

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

Цель исследования - оценить результаты транскатетерных эндоваскулярных вмешательств (ЭВ) у больных цианотическими ВПС.

Материал и методы. Различные ЭВ выполнены 62 больным цианотическими пороками в возрасте от 24 дней до 21 года, в среднем, $9,1 \pm 4,2$ года. Баллонная дилатация (БД) стенозированных искусственных фторлавсановых подключично-легочных межартериальных анастомозов (ПЛМА) произведена 9 больным тетрадой Фалло (ТФ). Баллонная вальвулопластика (БВ) клапанного стеноза легочной артерии (СЛА) выполнена 4 больным ТФ, баллонная атриосептостомия по экстренным показаниям - 9 больным полной транспозицией магистральных артерий (ПТМС); эмболизация БАЛК - 40 больным с ТФ. Показаниями к ЭВ являлись тяжелое клиническое состояние больных, обусловленное выраженной артериальной гипоксемией; необходимость стабилизации состояния и отсрочки радикальной коррекции; ангиографическая картина локального сужения ПЛМА (при баллонной дилатации ПЛМА) и наличия клапанного СЛА (при баллонной вальвулопластике).

Результаты. У всех пациентов после баллонной дилатации ПЛМА и баллонной вальвулопластики

КСЛА уже в рентгеноперационной отмечалось улучшение общего состояния, уменьшение цианоза. После дилатации ПЛМА SaO_2 увеличилась, в среднем, с $46,8 \pm 3,7$ до $69,2 \pm 5,1$, давление в ЛА - с $13,3 \pm 2,4$ до $22,1 \pm 1,9$ мм.рт.ст. У 4 больных тетрадой Фалло с КСЛА после БВ sistолическое давление в ЛА, в среднем, увеличилось с $14,3 \pm 2,1$ до $23,7 \pm 3,4$ мм.рт.ст., SaO_2 - с $57,9 \pm 6,2$ до $78,7 \pm 5,1$, при ПВГ определялось полное раскрытие створок клапана ЛА, а также увеличение поступления контрастированной крови ПЖ в ЛА и уменьшение сброса в аорту. У больных с ПТМС и ООО после атриосептостомии SaO_2 повысилась, в среднем, с $51,2 \pm 5,1\%$ до $77,8 \pm 6,4\%$. Эмболизация БАЛК была успешной во всех случаях. У 1 больного в возрасте 6 мес. после баллонной дилатации ПЛМА имел место тромбоз в месте доступа, в связи с чем выполнена тромбэктомия из бедренной артерии. Других осложнений и летальных случаев не было. Все больные подготовлены к хирургической коррекции порока.

Выводы. ЭВ при цианотических пороках сердца эффективны и малотравматичны. В ряде случаев могут служить подготовительным этапом для больных с цианотическими пороками и высоким риском радикальной коррекции.

SURGICAL RESULTS IN PATIENTS WITH DOUBLE-OUTLET RIGHT VENTRICLE WITH NON-COMMITTED VENTRICULAR SEPTAL DEFECT: A 25-YEAR EXPERIENCE

Lazorishinets V.V., Abrolov Kh.K., Karimov Kh.O.

National Institute of Cardiovascular Surgery of AMS of Ukraine named after N.M. Amosov
"Republican Specialized Center of Surgery named after academician V. Vakhidov" JSC

Introduction. Double outlet right ventricle (DORV) is a type of ventriculoarterial connection in which both great vessels arise entirely or predominantly from the right ventricle. The STS-EACTS International Nomenclature for Congenital Heart Surgery (CHS) defines four anatomic subtypes of double outlet right

ventricle (DORV) based on the relationship of the ventricular septal defect (VSD) with the great vessels and the presence of right ventricular outflow tract obstruction (RVOTO). The term 'non-committed' was introduced by Lev and Barati and was used to define hearts in which the ventricular septal defect (VSD)

was anatomically related to, or was close to, neither great vessel, being separated from both by considerable muscle. Belli et al. define it as a VSD distant from the arterial valves by a distance superior to an aortic diameter. The repair of DORV with non-committed VSD remains a high risk procedure.

Objectives. The objective of this study was to review our surgical strategy in children with double outlet right ventricle with non-committed VSD.

Materials and methods. Between January 1991 and December 2016, 28 patients having DORV with non-committed VSD underwent surgical intervention at National Institute of Cardiovascular Surgery of AMS of Ukraine named after N.M.Amosov and

Republic Specialized Center of Surgery named after academician V.Vakhidov of Republic of Uzbekistan. The diagnosis and anatomic findings were based on a combination of angiography, echocardiography, and surgical inspection.

The median age was 4.8 year (range: 1 months to 14 years) There were 16 males and 12 females. Nine patients (39%) had undergone previous palliation: two patients had pulmonary artery banding, and three patients had modified Blalock-Taussig shunt. Three types of definitive repairs were performed: 1) intraventricular tunnel repair with a baffle from the left ventricle to the aorta, 2) VSD rerouting to the pulmonary artery and arterial switch operation, 3) univentricular repair (bidirectional cavopulmonary connection or total cavopulmonary connection)

The biventricular repair consisted in intraventricular baffle repair in 21 patients (91%). All patients were operated on with standard cardiopulmonary bypass, bicaval cannulation, and moderate hypothermia with cold cardioplegia.

The VSD was tunnelized to the aorta using a Gore-Tex patch. The VSD was restrictive in 9 patients and required enlargement. It was enlarged superiorly, towards the trabecula septomarginalis, principally to meet the diameter of the aortic annulus. Four patients had partial

resection of the conal septum. Pulmonary outflow tract obstruction was present in 8 patients. Reconstruction of the right ventricular outflow tract was performed by an infundibular patch in five patients, and by a transannular patch in three. Coronary distribution was abnormal in three patients. In one patient LAD and RCA arise from the left coronary sinus and the Cx from the right coronary sinus. In two patients there was a single coronary right ostium giving the left main trunk and the RCA.

In two patients it was easier to tunnelize the VSD to the pulmonary artery and to perform arterial switch operation. In our series three patients were converted to univentricular repair. All of these patients had some degree of ventricular imbalance and two of them had inlet VSD associated with tricuspid attachment crossing the subaortic pathway. We performed bidirectional cavopulmonary shunt in two patient and total cavopulmonary connection in one.

Results. There were five hospital deaths in the 28 patient studied (overall mortality of 17 %). The cause of mortality was low cardiac output. No late deaths occurred.. At discharge all survivors were in sinus rhythm and on echocardiographic control had a left ventricle to aorta gradient 10 - 25 mmHg. Five patients underwent reoperations for subaortic stenosis. No mortality occurred after univentricular repair.

Conclusions. Biventricular repair of DORV with non-committed VSD remains a challenging procedure. The intraventricular tunnel rerouting of the VSD to the aorta is possible in the vast majority of patients. This technique is associated with an important risk of late subaortic obstruction. Sometimes it is easier to construct the intraventricular tunnel to the pulmonary artery with an arterial switch operation. Patients with complex forms of double outlet right ventricle, especially those with hypoplastic LV or RV, straddling AV valve, multiple VSDs, should be considered for Fontan / cavopulmonary shunt surgery, if the anatomy and physiology is "suitable".

РОЛЬ ЭХОКАРДИОГРАФИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДВОЙНОГО ОТХОЖДЕНИЯ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ ОТ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ТЕТРАДНОГО ТИПА

Лазоришинец В.В., Абрагалов Х.К., Каримов О.Х., Ершова Е.Б.

Национальный институт сердечно-сосудистой хирургии АМН Украины им. Н.М. Амосова, Киев, Украина
АО "Республиканский специализированный центр хирургии имени академика В.Вахидова"

Цель исследования - определить наиболее показательные эхокардиографические дифференциальные признаки двойного отхождения магистральных сосудов (ДОМС) от правого желудочка (ПЖ) тетрадного типа.

Материал и методы. С 1991 по 2016 год нами изучены данные 127 пациентов с ДОМС от ПЖ тетрадного типа, вошедших в первую группу, и 124 пациентов с тетрадой Фалло, которые составили вторую сравнительную группу. Таким образом, ос-

новную группу составили 127 больных с ДОМС от ПЖ тетрадного типа, среди которых, мужского пола было 94 (74,0%), женского - 33 (26,0%). Определение ДОМС от ПЖ тетрадного типа основывалось на "правиле 50%".

Клиническое обследование включало изучение субъективных и объективных данных. Субъективная часть обследования включала выяснение анамнеза заболевания и жалоб пациента непосредственно с его слов или его ближайших родственников

(чаще со слов родителей).

Объективная часть обследования включала такие общеклинические методы как регистрация ЭКГ, рентгенография грудной клетки и эхокардиография (ЭхоКГ). С 2002 по 2016 год 30 (23,6%) пациентам применили собственную методику эхокардиографической диагностики рассматриваемого порока, основанную на математическом обосновании "правила 50%" и определении индекса смещения клапанного кольца аорты над дефектом межжелудочковой перегородки.

Результаты. Для определения наиболее оптимальных дифференциальных критерий ДОМС от ПЖ тетрадного типа оценивали данные осмотра и показатели инструментальных методов исследования. Как показало исследование, ни клиническая картина, ни такие распространенные методы как ЭКГ, рентгенография, ЭхоКГ и ангиография не позволили прове-

сти дифференциальную диагностику. Даже определение эхокардиографией таких анатомических маркеров, как отсутствие митро-аортального фиброзного контакта или наличие бивентрикулярного подартериального конуса не позволило с точностью определить порок во всех случаях с ДОМС от ПЖ. Разработанная нами методика определения индекса смещения аортального кольца позволила во всех случаях правильно поставить диагноз ДОМС от ПЖ.

Выводы. Эхокардиография является методом выбора среди всех неинвазивных методик диагностики двойного отхождения магистральных сосудов от правого желудочка тетрадного типа.

Эхокардиографическое определение индекса смещения аортального клапана над краем дефекта межжелудочковой перегородки у пациентов с тетрадным вариантом ДОМС от ПЖ позволяет точно поставить диагноз до операции.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДВОЙНОГО ОТХОЖДЕНИЯ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ ОТ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ТЕТРАДНОГО ТИПА (ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА)

Лазоришинец В.В., Абрагалов Х.К., Каримов О.Х., Сиромаха С.О.

Национальный институт сердечно-сосудистой хирургии АМН Украины им. Н.М. Амосова, Киев, Украина
АО "Республиканский специализированный центр хирургии имени академика В.Вахидова"

Тетрадный вариант двойного отхождения магистральных сосудов (ДОМС) от правого желудочка (ПЖ) по всем анатомическим признакам, за исключением отхождения магистральных сосудов, подобен "смежному" пороку - тетраде Фалло (ТФ). До сих пор неясен критерий определения этого порока, и "правило 50%" остается необъективной основой для постановки диагноза, особенно если это касается тетрадного варианта аномалии. В данном исследовании мы хотим проанализировать наш опыт в диагностике данного варианта двойного отхождения магистральных сосудов от правого желудочка.

Цель исследования - определить наиболее показательные дифференциальные признаки двойного отхождения магистральных сосудов от правого желудочка тетрадного типа.

Материал и методы. С 1991 по 2016 год ретроспективно нами изучены данные 196 пациентов с ДОМС от ПЖ тетрадного типа, вошедших в первую группу, и 124 пациентов с тетрадой Фалло, которые составили вторую сравнительную группу. Таким образом, основную группу составили 196 больных с ДОМС от ПЖ тетрадного типа, среди которых, пациентов мужского пола было 123 (62,7%), а женского - 73 (37,3%). Определение ДОМС от ПЖ тетрадного типа основывалось на "правиле 50%". Клиническое обследование пациента включало изучение субъективных и объективных данных. Субъективная часть обследования включала выяснение анамнеза заболевания и жалоб пациента непосредственно с его слов или его близайших родствен-

ников (чаще со слов родителей).

Объективная часть обследования включала такие общеклинические методы, как регистрация ЭКГ, рентгенография грудной клетки и эхокардиография (ЭхоКГ). Эхокардиографическое исследование проводили на аппаратах "TOSHIBA-60" и "TOSHIBA-380A" (Япония). С 2000 по 2016 год мы применяли собственную методику эхокардиографической диагностики рассматриваемого порока. Эта методика запатентована (Патент №20021210762).

Катетеризацию полостей сердца и ангиокардиографию проводили по стандартной методике на аппаратах "ELEMA" (Швеция) и "SIEMENS" (Германия) со скоростью 50-80 кадров в минуту. Эта методика исследования, являясь интервенционной и сложной, выполнялась лишь в 70 (35,7%) случаях.

Результаты. По нашим наблюдениям, смещение клапанного кольца аорты над дефектом межжелудочковой перегородки (МЖП) на 40 или на 60% характеризовалось практически одинаковой клинической картиной и показателями обследования. Данные, полученные при осмотре и применении общеклинических методов исследования, не обладают ценностью в дифференциальной диагностике.

Данные инструментальных методов диагностики показали, что в 23 (11,7%) случаях у пациентов с ДОМС от ПЖ тетрадного типа локализация ДМЖП была подартериальной. Размеры дефекта МЖП, который в случае с ДОМС от ПЖ в 28 (14,3%), были рестриктивными.

Аномалии коронарных артерий так же наиболее

часто встречались у пациентов с ДОМС от ПЖ тетрадного типа ($p<0,01$), что обосновано по отношению к частоте сопутствующих пороков. Такие анатомические маркеры ДОМС от ПЖ как отсутствие митрально-аортального фиброзного контакта и дву желудочковый конус имели место только у пациентов с ДОМС от ПЖ (тип ТФ) и соответственно в 83 (42,1%) и 67 (34,2%) случаях.

"Правило 50%", являющееся общепризнанным критерием ДОМС от ПЖ, определялось по новой методикой ЭхоКГ диагностики, позволяющей объективизировать это правило путем математического вычисления степени смещения кольца аор-

ты в правожелудочковую сторону над ДМЖП

Выводы. Клиническая картина при обоих пороках сердца одинакова, однако, функциональное состояние пациентов с ДОМС от ПЖ при поступлении более тяжелое.

Неинвазивные методы обследования, за исключением ЭхоКГ, оказались не информативными.

ЭхоКГ и ангиокардиография позволяют достоверно определить анатомические особенности при ДОМС от ПЖ.

Наша методика ЭхоКГ диагностики показала высокую достоверность дифференциальной диагностики ДОМС от ПЖ тетрадного типа.

КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ ЧЕРЕЗ МИНИСТЕРНОТОМИЮ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Мансуров А.А., Ахмедов У.Б., Халикулов Х.Г., Муртазаев С.С., Эгамбердиев Ш.И., Собиров Ф.К., Чернов Д.А.

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

Ишемическая болезнь сердца до настоящего времени остается доминирующей патологией среди заболеваний сердечно-сосудистой системы. Наиболее радикальным способом лечения больных ишемической болезнью сердца, как известно, является хирургическая реваскуляризация миокарда. Тактико-технические вопросы проведения реваскуляризации миокарда детально разработаны. Однако доступы к операции остаются дискуссионными.

Цель - оценить результаты доступа министернотомии для проведения аорто-коронарного шунтирования на работающем сердце.

Материалы и методы. В АО "РСЦХ имени акад. В.Вахидова" с 2013 по 2014 год прооперированы 407 пациентов с ИБС. Из них 27 (6,7%) пациентов подверглись реваскуляризации через министернотомию до 4 межреберья. Они составили основную группу исследования. Остальные пациенты вошли в контрольную группу (380). Возраст пациентов колебался от 46 до 76 лет. Женщин было 8 (29,6%), мужчин - 19 (70,4%). В контрольной группе доступ осуществлялся через срединную стерно-

томию по стандартной методике.

Результаты и их обсуждение. Среднее время пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии составило 38 часов. Время пребывания больных основной группы после операции составило, в среднем, $5,5 \pm 1$ день; контрольной - $9 \pm 1,0$ день.

У пациентов основной группы после операции межреберные невралгии, бронхо-лёгочные и гноино-септические осложнения не наблюдались. В контрольной группе у 58 (15,3%) больных наблюдалась межреберные невралгии, у 34 больных (8,9 %) - нагноение раны в виде серомы, у 1 пациента (0,3%) - нагноение послеоперационной раны до грудины.

Выводы. Данный доступ позволяет сохранить костно-мышечный каркас грудной клетки, уменьшить операционную травму, избежать гноино-септических осложнений, отдалённой нестабильности грудины, добиться хорошего косметического эффекта, сократить пребывание пациента в стационаре, ускорить реабилитацию.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИБС ПРИ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

Муртазаев С.С., Мансуров А.А., Ахмедов У.Б., Халикулов Х.Г., Собиров Ф.К., Эгамбердиев Ш.И., Чернов Д.А.

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

Цель - оценить непосредственные, ближайшие и отдаленные результаты коронарного шунтирования (КШ) больных с нестабильной стенокардией после медикаментозной стабилизации состояния.

Материал и методы. В исследование вошли 110

пациентов с многососудистым поражением коронарного русла, которым проводились операции коронарного шунтирования в нашем центре с 2010 по 2015 год. Клиническими факторами, по которым оценивали эффективность лечения непосред-

ственno после вмешательства, являлись: наличие или отсутствие симптомов стенокардии, качество жизни, инфаркт миокарда, осложнения, данные ЭхоКГ исследования. Все больные имели нестабильную стенокардию (ранняя постинфарктная стенокардия, прогрессирующая стенокардия). Двое больных имели клинику острого коронарного синдрома. Всем больным в дооперационном периоде проводили базисную медикаментозную терапию для стабилизации состояния.

Результаты. Инфаркт миокарда в анамнезе выявлен в 78,8% случаев; артериальная гипертензия - в 64,7%; сахарный диабет - в 11,2%; острый инфаркт миокарда - в 2,8%. По количеству пораженных коронарных сосудов распределились следующим образом: двухсосудистое поражение - 33,8%, трехсосудистое - 52,1%; поражение ствола левой коронарной артерии - 14%. Наиболее часто поражалась передняя нисходящая артерия - 90,1%.

У 10 больных непосредственно после операции КШ ЭКГ в динамике показала улучшение коронарного кровообращения; ухудшение отмечалось в 5 случаях; во всех остальных случаях - без измене-

ний. По данным ЭхоКГ, фракция выброса левого желудочка до операции варьировалась от 39% до 71% (в среднем составила $54,5 \pm 1,2\%$); в послеоперационном периоде - от 39% до 72% (в среднем $54,8 \pm 2,02\%$). Периоперационный инфаркт миокарда составил 4,2%. Двое пациентов в предоперационном периоде имели клинику острого коронарного синдрома с подъемом сегмента ST. Тест на тропонин I в последних случаях был отрицательным.

Выполнены 110 операций КШ: 39 больным - двумя шунтами, 55 - тремя; 14 больным наложены 4 шунта, 2 больным - 5.

Выводы. Сравнивая непосредственные и ближайшие результаты хирургического лечения ИБС при нестабильной стенокардии можно отметить, что данный метод имеет стойкий клинический эффект. Необходимо стремиться к стабилизации состояния пациентов в предоперационном периоде. Это значительно улучшает прогноз предстоящих операций. В случае безуспешности медикаментозной терапии для стабилизации состояния больных с нестабильной стенокардией в экстренном порядке проводится операция коронарного шунтирования.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ИБС В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА ИНВАЗИВНЫМИ МЕТОДАМИ

Муртазаев С.С., Мансуров А.А., Халикулов Х.Г., Собиров Ф.К.

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

Актуальность. Больные сахарным диабетом (СД) чаще страдают диффузным атеросклерозом, атеросклерозом магистральных сосудов, в том числе восходящей аорты, диабетическим поражением миокарда и почек, артериальной гипертензией. Эти факторы могут значительно влиять на ближайшие и отдаленные результаты операции.

Цель исследования - оценить результаты эхокардиографического исследования в в ближайшем послеоперационном периоде после проведения реваскуляризации миокарда на контракtilную способность левого желудочка.

Материал и методы. Проанализированы данные 37 больных, оперированных в 2009 г. Мужчин было 31, женщин - 6, средний возраст - 55,5 лет. 30 пациентам проводили коронарное шунтирование (КШ) с использованием ИК; 7 больным - на работающем сердце. Все пациенты имели двух- и трехсосудистое поражение коронарных артерий. Больные были разделены на две группы. В первой группе 8 больным выполнены модифицированные варианты КШ. По данным ангиографического исследования, у них были обнаружены значительные диффузные стенозы двух и более артерий. 29 больным 2 группы выполнены КШ по стандартной методике. Данные эхокардиографического исследования оценивали в момент поступления в клинику. В обеих группах среднее значение фракции выброса (ФВ) до операции составило $48,2 \pm 1,02$. Фракция выб-

роса у больных 1 группы составила до операции 49,9%, во второй группе - 50,1%. По клиническому течению заболевания: постинфарктный кардиосклероз отмечался у 21 (56,8%), стенокардия напряжения у 11 (29,7%) больных; нестабильная стенокардия - у 26 (70,3%) больных.

Результаты. Левая внутренняя грудная артерия использовалась в 94,7% случаев. По бассейнам шунтированных артерий наибольшее количество вмешательств выполнялось на передне-межжелудочковой артерии - $92,5 \pm 0,23\%$. По количеству выполненных анастомозов: 5 шунтов наложено 1 больному, 4 шунта - 2, 3 шунта - 9, 2 шунта - 7 больным. Индекс реваскуляризации у больных СД составил 2,75.

У больных первой группы общая фракция после операции составила 52,3%. Во второй группе ФВ составила 49%. Положительная динамика показателей ЭКГ в стандартных отведениях наблюдалась в 1 группе в 72,6%, во второй группе - в 58,9% случаев.

Выводы. Данным больным мы использовали модифицированные секвенциальные и У-образные варианты шунтирования, которые позволяют добиться адекватного кровоснабжения миокарда. Применение этой техники сыграло положительную роль при операциях множественного КШ, поскольку резко возросла скорость объемного кровотока. Адекватная хирургическая реваскуляризация коронар-

ных артерий у больных групп риска приводит к улучшению метаболизма участков миокарда, и как следствие, способствует приросту общей фракции

выброса ЛЖ. Это почти в 98% случаев показывает хорошие результаты выполненных оперативных вмешательств.

ТОРАКОСКОПИЯ КАК ВЫБОР ДИАГНОСТИЧЕСКОГО СТАНДАРТА РАНЕНИЙ СЕРДЦА

Назаров Н.Н., Гафуроев З.К., Сиддиков М.П., Меликузиеев Э.Б., Косимов Ф.П., Убайдуллаев Ф.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Андижанский филиал РНЦЭМП

Ранения сердца (РС) и перикарда перестали быть редкостью и являются одной из актуальных и острых проблем неотложной хирургии. Эта проблема из чисто медицинской переросла в важную социально-экономическую, поскольку пострадавшие с РС в большинстве своем - люди молодого, трудоспособного возраста. Хотя процент повреждений сердца в структуре проникающих ранений груди мирного времени невысок - 5,1-19,1%, абсолютное число пострадавших с РС исчисляется тысячами. При этом следует учитывать и современные тенденции роста преступности в стране, увеличение раневого травматизма и частоты от огнестрельных ранений из боевого оружия.

Общая летальность при ранениях сердца остается высокой, составляя 8,2-42,0%. Тампонада сердца, кровотечение, повреждение коронарных артерий и интракардиальных структур, тяжелые сочетанные ранения несут непосредственную угрозу жизни пострадавшего с РС, а стремительное нарастание явлений шока и терминальных состояний нередко служат одной из причин лечебно-диагностических ошибок.

Формально повреждения сердца относятся к кардиохирургии. Однако реальную хирургическую помочь пострадавшим в нашей стране оказывают хирурги общего профиля.

До сих пор актуален поиск надежных методов ранней диагностики РС. В сомнительных случаях ценную информацию дает неотложная торакоскопия.

Цель исследования - улучшить результаты хирургического лечения РС.

Материал и методы. В Андижанском филиале РНЦЭМП с 2004 по 2017 г. наблюдали 28 пострадавших в возрасте от 17 до 68 лет с РС. Мужчин было 22 (90%), женщин - 6 (10%). Рана грудной клетки слева установлена у 22 (90%), справа - у 6 (10%). Все пострадавшие поступили в приемное отделение в состоянии плевропульмонального, геморрагического шока с нестабильной гемодинамикой и кардиореспираторными нарушениями.

Основной причиной повреждения у 22 (78,5%) были колото-резаные ранения криминального характера, у 4 (14,2%) - суицидальные повреждения, у 2 (7,1) - неосторожное обращение с острым предметом. У 54% пострадавших имелось повреждение двух анатомических областей, у 40% - трех, у 6% - четырех.

Всем пострадавшим при поступлении наряду с реанимационными мероприятиями осуществлялось инструментальное обследование, динамическая рентгенография органов грудной клетки, УЗИ брюшной и плевральных полостей, торакоцентез и дренирование плевральных полостей по показаниям. 7 пациентам была выполнена диагностическая торакоскопия, которая стала решающей в определении дальнейшей тактики лечения. Диагноз РС определен у 7 больных. В остальных случаях РС было установлено в сроки от 2 часов до 1 суток с момента поступления в стационар, во время обследования или операции.

Сложность диагностики РС в остром периоде заключается в том, что больные поступали в стационар в тяжелом или критическом состоянии, ограниченном времени для дополнительной диагностики. Крайне затруднительна диагностика, когда больные поступали в состоянии алкогольного опьянения. Повреждение перикарда может быть нераспознанным, когда повреждения сочетаются с переломами ребер или гемопневмотораксом на той же стороне. Даже после дренирования плевральной полости ранение сердца и перикарда может быть нераспознанным. Крайнюю трудность вызывает РС справа, когда она сочетается с гемопневмотораксом. В двух случаях мы наблюдали больного с тяжелой сочетанной травмой, когда после дренирования плевральной полости справа не было распознано РС. Только после вызова по линии санавиации торакального хирурга, с помощью диагностической торакоскопии было установлено РС.

Лучевые методы диагностики первые часы ранения не могут быть информативными, а алкогольное опьянение смазывает клиническую картину повреждения. У этой категории пострадавших кардиореспираторные нарушения проявляются после выхода из алкогольного состояния или при прогрессировании кровотечения. Снижение пульсации и глаживание талии сердца при рентгеноскопии может правильно интерпретировать лишь опытный специалист.

Решением проблемы своевременной диагностики РС может стать традиционная торакоскопия, которая не требует специального оборудования и оснащенности операционной. Процедуру можно выполнять в палате интенсивной терапии и в пере-

вязочной, независимо от тяжести состояния пострадавшего, не требуется раздельная интубация бронхов и ИВЛ.

РС слева выявлено у 5 больных, ранение перикарда справа - у 2. В 5 случаях при осмотре плевральной полости было обнаружено ранение перикарда с гематомой вокруг. 1 больному торакоскопия произведена в связи с нарастающими кардиогемодинамическими нарушениями после дренирование плевральной полости справа. Во время торакоскопии установлено ранение перикарда справа с гематомой вокруг. Во всех случаях произведены торакотомия, перикардотомия, ушивание раны сердца.

Умерли 4 больных. В 3 случаях смерть наступила на операционном столе от кровопотери, в 1 случае

- от полиорганной недостаточности на 3 сутки после операции.

Заключение. Диагностика РС основывается на классической триаде признаков: локализация раны в проекции сердца, признаки наружного или внутреннего кровотечения, симптомы тампонады сердца, дополненная рутинными диагностическими методами (рентгенография грудной клетки, электрокардиография, пункция плевры и перикарда, неотложная торакоскопия, эхокардиография).

Традиционная торакоскопия является простым и эффективным методом и может применяться в различных по степени оснащенности стационарах, оказывающих неотложную помощь пострадавшим с травмой грудной клетки.

ПОСТПЕРИКАРДИОТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ

Обейд М.А., Абдурахманов А.А., Машрапов О.А., Рахимов Н.М.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Постперикардиотомический синдром - одно из частых осложнений кардиохирургических операций, наблюдающийся у 10-40% больных (O'Gara P. T., Kushner F.G et al., 2013). В современной кардиохирургии посткардиотомический синдром остается актуальной проблемой. Несмотря на то, что синдром известен давно, причины его развития недостаточно ясны (Imazio M., Brucato M., et al., 2013). По мнению некоторых авторов, наибольшей эффективностью в лечении послеоперационного перикардита обладает колхицин (Hornfeffer P.J., Miller R.H., et al., 1999).

Цель исследования - проанализировать случаи постперикардиотомического синдрома, в отделении сосудистой микрохирургии с кардиохирургией РНЦЭМП после аортокоронарного шунтирования на работающем сердце.

Материал и методы исследования. С 2014 по 2017 год в отделении кардиохирургии РНЦЭМП произведены 585 операций аортокоронарного шунтирования на работающем сердце. У 36 (6,2%) пациентов в раннем послеоперационном периоде развился постперикардиотомический синдром. Диагностика синдрома основывалась на данных клинического течения (отсутствие ишемических болей, субфебрилитет), анализе ЭКГ изменений, отсутствии существенной динамики показателей ферментов некроза миокарда, общей крови, отражающих признаки воспалительного процесса (лейкоцитоз и СОЭ) и эхокардиографических данных; показателей объема и сократительной способности миокарда левого желудочка. Статистическая обработка данных производилась на персональном компьютере Pentium IV с помощью пакета статистического анализа программы Excel (MS Office; Microsoft inc.).

Результаты и обсуждение. Постперикардиотомический синдром наблюдался у 36 (6,2%) боль-

ных, мужчин было 27, женщин - 9. Все больные предъявляли жалобы на умеренные боли за грудиной, усиливающиеся при движении. В большинстве случаев (96%) аускультативно отмечался характерный шум "трения перикарда". У всех больных отмечался подъем ST сегмента в большинстве отведений (за исключением aVR), в среднем, на $1,8 \pm 0,5$ мм, с конкордантным подъемом зубца Т и депрессией сегмента PR.

Исходный уровень КФК МВ был равен $20,8 \pm 3,4$ ед/л; на фоне изменений ЭКГ подъем КФК МВ не превышал допустимых значений и составил, в среднем, $27,9 \pm 1,4$ ед/л. В наблюдаемых случаях отмечались изменения показателей лейкоцитоза и скорости оседания эритроцитов. Так, исходное количества лейкоцитов составило $6,9 \pm 1,02$ тысяч/мл, СОЭ - $16,6 \pm 0,05$ мм/ч. На фоне перикардита количество лейкоцитов возросло до $8,3 \pm 1,7$ тысяч/мл, СОЭ до $28,8 \pm 2,6$ мм/ч. У всех больных динамика показателей объемов и сократительной способности миокарда, по данным эхокардиографического исследования, была статистически недостоверной ($p > 0,05$). Отсутствие нарушений локальной и общей сократимости миокарда по результатам эхокардиографии позволяет судить об отсутствии коронарных нарушений.

Все больные в послеоперационном периоде получали противовоспалительную терапию (диклофенак 3,0 мл/сут), на фоне которой исчезали клинические проявления (устранились болевые синдромы, нормализация температуры), нормализовались показатели воспалительных маркеров (СОЭ, лейкоцитоз), и снизился сегмент ST до изолинии на ЭКГ.

Заключение. Постперикардиотомический синдром после операций на открытом сердце, встречается часто. Развитие синдрома требует внимательного отношения, поскольку подъем ST может на-

толкнуть на мысль о повторном инфаркте миокарда. В дифференциации большое значение имеют показатель ферментов-маркеров некроза миокарда КФК МВ и тропонина, характер изменений ЭКГ, отсутствие признаков потери жизнеспособного

миокарда на ЭхоКГ (снижение ФВ). Тщательный дифференцированный подход позволяет своевременно установить диагноз и начать лечение, которое заключается в назначении нестероидных противовоспалительных препаратов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИЙ АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С МНОГОСОСУДИСТЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНОГО РУСЛА

Обейд М.А., Абдурахманов А.А., Машрапов О.А., Рахимов Н.М.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Многосудистое поражение коронарных артерий в последнее время встречается все чаще и, по разным данным, составляет от 30 до 60% в структуре заболеваемости ишемической болезнью сердца (ИБС). Проведение реваскуляризации миокарда остается спорным. Большинство хирургических реваскуляризаций производится в условиях искусственного кровообращения (ИК). В то же время в последние 20 лет операции аортокоронарного шунтирования на работающем сердце все шире применяются в связи со снижением риска отрицательного влияния ИК и манипуляций на аорте (Polomsky M., Puskas J.D., 2012).

Цель работы - оценить непосредственные результаты коронарного шунтирования на работающем сердце.

Материалы и методы. С 2014 по 2017 год в отделении кардиохирургии республиканского научного центра экстренной медицинской помощи оперированы 585 пациентов (средний возраст - $56,2 \pm 0,95$ года, мужчин - 473 (80,9%), женщин - 91 (19,1%)) с атеросклеротическим поражением коронарных артерий. Большинство больных (76,9%) исходно относились к III ФК по NYHA; 12,3% и 10,8% - к IV и II классам. У 183 оперированных имелись сопутствующие заболевания. У 62 (33,9%) больных вмешательство производилось на фоне сахарного диабета 2 типа; у 25 (13,7%) пациентов диагностирован обструктивный бронхит в стадии ремиссии; у 20 (10,9%) обнаружено сочетанное поражение сосудов коронарного и каротидного бассейнов, у 23 (12,5%) - ЯБДПК в стадии ремиссии, у 9 (4,9%) - воспалительные заболевания почек и мочеполовой системы.

Статистический анализ полученного материала

проводился с использованием статистической пакета "MS Excel" (MS Office 2007). Полученные данные представлены в виде $M \pm m$. За статистическую значимость различий изучаемых параметров принимали $p < 0,05$.

Результаты исследования. Средняя продолжительность операции составила $210 \pm 1,7$ минуты. Среднее количество шунтированных артерий (индекс шунтирования) - $3,2 \pm 0,2$. В 479 (81,9%) случаях использовали левую внутреннюю грудную артерию для шунтирования передней межжелудочковой артерии. В 8 (1,4%) случаях произведена симультанная операция - каротидная эндартерэктомия из левой внутренней сонной артерии и аортокоронарное шунтирование. В 52 (8,9%) случаях потребовалось хирургическое вмешательство с подключением искусственного кровообращения (ИК) (средняя продолжительность ИК - $260 \pm 5,1$ мин). В раннем послеоперационном периоде диагностированы 47 (8,0%) различных осложнений. В структуре неletalных послеоперационных осложнений превалировала сердечная недостаточность - 60 (10,3%); нарушения ритма сердца были у 33 (5,6%) больных. Летальный исход отмечался в 18 (3,0%) наблюдениях. Среди причин летального исхода преобладала острая сердечная недостаточность у всех больных. 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.

Заключение. У больных ишемической болезнью сердца КШ на работающем сердце позволило достичь хороших непосредственных результатов даже на фоне сопутствующих заболеваний.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОДНОМОМЕНТНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ СОЧЕТАННОМ ПОРАЖЕНИИ КАРОТИДНОГО И КОРОНАРНОГО РУСЛА

Обейд М.А., Абдурахманов А.А., Машрапов О.А., Султанов Н.М.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

По данным Ebuzer A. и соавт. (2014), стенозы каротидных артерий являются дополнительным фактором риска, ухудшающим прогноз после аортоко-

ронарного шунтирования (АКШ). До сих пор не определен стандартизованный подход к хирургическому лечению сочетанных поражений коронарного

и каротидного русла (Базылев с соавт., 2007). Выбор последовательности этапов зачастую основывается на выраженности поражения того или иного русла.

Цель исследования - проанализировать результаты симультанных операций у больных с сочетанным поражением коронарного и каротидного русла.

Материал и методы. С 2014 по 2017 год в РНЦЭМП оперировано 8 пациентов с сочетанным поражением каротидного и коронарного русла. Средний возраст больных составил $67,2 \pm 3,5$ года. Двое оперированных были женского пола, 6 - мужского. Всем больным выполнены симультанные операции односторонней (со стороны наибольшего поражения) каротидной эндартерэктомии и аорто-коронарного шунтирования на работающем сердце. Выбор в пользу симультанного подхода был основан на том, что все оперированные имели двустороннее поражение каротидного русла. Во всех случаях это были больные с нестабильной стенокардией с многососудистым поражением (более 2 сосудов) коронарного русла. У 6 больных наблюдалась хроническая ишемия головного мозга 3 степени; у двоих - ишемия 2 степени. В 5 случаях КЭЭ производилась с редрессацией каротидной артерии; в 1 случае произведена резекция внутренней сонной артерии (имел место кинкинг); в 2 случае произведена пластика передней стенки внутренней сонной артерии аутовенозной заплатой после КЭЭ. В 4 случаях шунтированы 4 коронар-

ных сосуда, и в 4 случаях - 3; индекс шунтирования составил 3,6. В двух случаях не использовали внутреннюю грудную артерию для шунтирования передней межжелудочковой артерии.

Результаты. Послеоперационный период протекал без осложнений, заживление ран первичным натяжением. В раннем послеоперационном периоде не наблюдались нарушения мозгового кровообращения и сердечно-сосудистые осложнения (острый инфаркт миокарда, сердечная недостаточность). Средняя продолжительность послеоперационного госпитального периода составила $8,8 \pm 1,2$ дня. На контрольном цветном дуплексном сканировании экстракраниальных сосудов со стороны хирургического вмешательства не выявлен стеноз, визуализирован ламинарный кровоток. На эхокардиографии также не выявлены патологические отклонения, средний конечно-диастолический объем составил $145,7 \pm 5,1$ мл; фракция выброса, в среднем - $52,2 \pm 3,1\%$. Всех больных наблюдали в отдаленном периоде, в среднем, в течение $16 \pm 1,2$ месяца. Больные не предъявляли жалоб, контрольная ЦДС экстракраниальных сосудов и ЭхоКГ также не выявили патологических отклонений.

Заключение. Симультанный подход к лечению сочетанного поражения каротидного и коронарного бассейнов на работающем сердце является эффективным и безопасным методом, который позволяет достичь хорошего результата.

ЭХИНОКОККОЗ СЕРДЦА. МЕТОДЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО И ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Ошакбаев А.А., Тулеутаев Р.М., Енин Е.А.

Национальный научный центр хирургии имени А.Н.Сызганова, Алматы, Казахстан

Цель - оценить ранние и среднеотдаленные результаты комбинированного лечения пациентов с эхинококкозом сердца.

Материалы и методы исследования. С 2004 по 2017 г. в отделении кардиохирургии ННЦХ им. А.Н. Сызганова с изолированным эхинококкозом сердца пролечены 17 пациентов. Из них 11 мужчин. Средний возраст - 23 года. Сельских жителей - 11. Дооперационная диагностика проводилась методами ЭхоКГ и МСКТ с контрастированием. Размер кист сердца варьировал от $2,0 \times 2,5$ см до $8,0 \times 9,0 \times 11,0$ см, а объем - от 1 до 400 мл. В послеоперационном периоде прошли контрольные обследование 11 пациентов, средний срок наблюдения - 940 дней. 5 пациентов не были обследованы после операции ввиду отсутствия контактов.

Результаты. Всем больным было проведено оперативное лечение с использованием искусственного кровообращения и окклюзией аорты в виде локализации эхинококковых кист в области левого желудочка. Для исключения рецидива эхинококкоза проводилась интраоперационная обработка

ка ѹод повидоном и ограждение области кист салфетками с повидоном. Средняя продолжительность искусственного кровообращения составила 64 мин., окклюзия аорты - 43,5 мин. В госпитальном периоде пациенты получали антигельминтную терапию. Все пациенты выписаны из стационара с улучшением. У пациентов, прошедших контрольную ЭхоКГ, после выписки из стационара рецидива или остаточных кист не наблюдалось.

Заключение. Чрезвычайная редкость эхинококкоза сердца ведет к тому, что каждое новое наблюдение вносит значительный вклад в понимание процессов, связанных с паразитом и его отношениями с промежуточным хозяином - заболевшим человеком. Неосведомленность врачей общей практики внеэндемичных регионов к диагностике и рациональному лечению эхинококкоза сердца повышают актуальность проблемы. Результаты работы показали, что ранняя диагностика, хирургическое лечение в сочетании с химиотерапией эхинококкоза сердца обеспечивают удовлетворительные результаты в раннем и среднеотдаленном периоде.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Раимжанов А.А., Ахмадалиев Б.К., Махмудов Н.И.
Ферганский филиал РНЦЭМП
Ферганский филиал ТМА

Наиболее серьезным кардиальным осложнением хирургической операции является интраоперационный инфаркт миокарда (ИИМ). Статистические данные, касающиеся этого осложнения, многочисленны, но интерпретировать их не так легко. В популяции хирургических больных, не переносивших ранее инфаркт миокарда, вероятность ИИМ не превышает 0,13%. Эта вероятность очень невелика, если учесть, что у мужчин до 65 лет шансы развития инфаркта миокарда (без связи с операцией) в течение жизни достигают 20%.

Летальность при ИИМ существенно превышает и без того значительную летальность при "обычном" инфаркте миокарда достигая 70-75%. Имеется достаточно большая группа больных, формально не переносивших инфаркт миокарда, но обладающих совокупностью факторов дополнительного риска развития ИИМ, среди которых сахарный диабет, сердечная недостаточность III-IV функционального класса по NYHA, высокая артериальная гипертония, стенокардия покоя с частыми приступами, нестабильная стенокардия (возникшая менее 3 месяцев назад), плохо поддающаяся приему нитроглицерина, с изменившимся характером болей и иррадиацией, возникающая при меньших, чем раньше, нагрузках), предстоящая торакальная операция или вмешательство на верхнем этаже брюшной полости.

Проведен ретроспективный анализ истории больных, пролеченных в отделении экстренной абдоминальной хирургии ФФ РНЦЭМП. Это позволило сделать вывод и дать рекомендации по хирургическому лечению кардиологических больных начиная с предоперационного обследования. Прежде всего, следует отнести больного к одной из двух групп риска. Если больной не переносил инфаркта миокарда и не обладает дополнительными факторами риска, его обследуют и ведут так же, как обычных хирургических больных. Если больной отнесен к группе высокого риска ИИМ, лечащий врач-хирург, кардиолог или интернист - должен, во-первых, оценить сердечный ритм, резервы коронарного кровообращения и производительности сердца; во-вторых, с помощью предоперационной лекарственной терапии постараться привести больного к операции в наилучшем возможном для него состоянии; в-третьих заблаговременно спланировать операцию и послеоперационный период так, чтобы не подвергать больного дополнительной опасности осложнений. Оснащенность лечебных учреждений различна, тем не менее, приведенный выше алгоритм предоперационной подго-

товки больного можно выполнить почти всегда. Необходимо изучить все имеющиеся "старые" данные ЭКГ, ежедневно, по крайней мере, в последние 3 дня перед операцией, снимать 12 отведений ЭКГ (не так редко обнаруживается, что "послеоперационный" инфаркт миокарда на самом деле возник до операции). Практически никакие препараты (особенно β-адреноблокаторы) не следует отменять перед операцией. Исключение составляют ингибиторы МАО (их теперь применяют редко), кордарон (его за 1-1,5 мес. до операции заменяют другим антиаритмическим средством во избежание нарушений проводимости во время наркоза), больных сахарным диабетом за 2-3 дня до операции желательно переводить на простой инсулин.

Для кардиологических больных особую опасность представляют нарушения сердечного ритма, гиповолемия с сопутствующей артериальной гипотензией и гипоксия, поэтому следует с большой осторожностью пользоваться закисью азота им, необходим центральный венозный катетер. Минимальный мониторинг должен включать пульсоксиметрию и регистрацию хотя бы одного отведения ЭКГ. Операционная должна быть оборудована приборами для временной эндокардиальной, лучше чреспищеводной кардиостимуляции, а также шприцами-дозаторами. Лечение ИИМ в принципе не отличается от обычного: интенсивное наблюдение, мониторинг ЭКГ, устранение сердечной недостаточности, нарушений ритма и проводимости, оксигенотерапия. Фибринолитическая терапия после операции обычно невозможна, целесообразность ее проведения при ИИМ сомнительна.

Кардиологические больные после операции должны как можно раньше возобновить прием назначенных кардиологом препаратов, при необходимости - с коррекцией доз. Очень желательна профилактика венозных тромбозов в виде эластичных бинтов или чулок и назначения на 5-7 дней по согласованию с оперирующим хирургом инъекций низкомолекулярного гепарина.

Больные со сниженной сократимостью левого желудочка очень чувствительны к изменениям объема циркулирующей крови. Они плохо переносят гиповолемию, но столь же плохо реагируют на гипертрансфузию. Поэтому объем внутривенных вливаний у них не должен превышать за сутки объем учтенных потерь + 500-700 мл; инфузии должны проводиться под контролем центрального венозного давления (до 10-12 мм.рт.ст.), не менее половины вводимой жидкости должны составлять коллоидные растворы.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНИХ ПРИ ОТКРЫТЫХ ТРАВМАХ СЕРДЦА

Рахимий Ш.У., Бекчанов Х.Н.

Хорезмский филиал РНЦЭМП

Открытые травмы сердца относятся к наиболее опасным повреждениям и в основном наносятся холодным оружием. По данным статистики, открытые ранения сердца составляют около 13-15% всех проникающих травм грудной клетки и чаще выявляются у мужчин.

Цель исследования - улучшить результаты оперативных вмешательств при открытых ранениях сердца.

Материалы и методы. За 6 лет (2011-2017 гг.) в хирургическом отделении Хорезмского филиала РНЦЭМП оперирован 21 пациент с ранением сердца. Среди пострадавших было 2 женщины и 19 мужчин. В возрасте до 40 лет было 18 пациентов (85,7%). В большинстве наблюдений раны располагались в левой половине грудной клетки и проектировались на переднюю поверхность сердца - 17 (80,9%) пациентов.

В нашей клинике пострадавших с ранениями в проекции сердца и нестабильной гемодинамикой обеспечивают подтверждением диагноза повреждения сердца и проводят неотложные операции в течение первого часа с момента поступления в клинику.

Результаты исследования. Переднебоковую торакотомию по поводу ранения сердца проводили в IV-V межреберье слева в положении пациента

на спине с приподнятой левой половиной туловища. Подобный доступ позволяет произвести ревизию левого и правого желудочков сердца. Перикард вскрывали в продольном направлении ниже диафрагмального нерва. Во время операции ранение перикарда было отмечено у 6 (28,5%) пострадавших, ранение желудочков сердца - у 12 (57,2%), ранение предсердий - у 3 (14,3%). В момент вскрытия перикарда и эвакуации сгустков крови останавливали фонтанирующее кровотечение прижатием пальца левой руки, в тот же момент правой рукой накладывали П-образные швы на атравматичной игле проленом, стараясь прошить миокард на всю толщину. При накладывании швов в 2 случаях имела место остановка сердечной деятельности. Иногда для профилактики прорезывания лигатур линии швов дополнительно укрепляем участком иссеченного перикарда. В послеоперационном периоде умерли 2 (9,5%) пациента.

Заключение. На госпитальном этапе пострадавшим с ранением сердца необходимо предельно быстро диагностировать и доставить в хирургический стационар.

Чаще встречается ранение желудочков - 57,2%.

Наиболее хороший результат получен при П-образном ушивании ранений миокарда.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОБСТРУКТИВНОЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Тулеутаев Р.М., Ибрагимов Т.Ю., Енин Е.А., Садыкова Р.Ж.

Национальный научный центр хирургии имени А.Н. Сызганова, Алматы, Казахстан

Цель исследования - оценить ранние и среднеподальные результаты лечения обструктивной гипертрофической кардиомиопатии (ГКМП) методом расширенной миэктомии по Морроу и вмешательством на субバルвулярном аппарате митрального клапана.

Материалы и методы. С мая 2015 г. по май 2017 г. в отделении кардиохирургии ННЦХ им. А.Н. Сызганова выполнены 13 операций расширенной миэктомии по Морроу пациентам с обструктивной формой ГКМП. Средний возраст больных - 45 лет. Ведущим симптомом у всех пациентов была одышка при физической нагрузке, ассоциированная с головокружением и липотимией. КДО ЛЖ - 112,2 мл., КСО ЛЖ - 32,2 мл., МЖП - 2,4 см, ЗСЛЖ - 1,18 см, средний градиент на ВТЛЖ - 58 мм.рт.ст., митральная регургитация 2 степени у - 7 пациентов, ФВ - 70,4%. SAM-синдром наблюдался у 11 пациентов.

Изолированная расширенная операция Морроу

выполнена 11 пациентам, в 1 случае с биологическим протезированием митрального клапана, в 1 случае с супракоронарным протезированием восходящей аорты.

Результаты. Интраоперационное ЧПЭхоКГ, градиент на ВТЛЖ средний - 13мм.рт.ст. Ранний послеоперационный период протекал без осложнений у 12 пациентов. В 1 случае ввиду интраоперационного расслоения аорты выполнено протезирование восходящего отдела и части дуги аорты. На 5 сутки пациент умер ввиду прогрессирования полиорганной недостаточности. ЭхоКГ на 7-10 сутки показала хорошие гемодинамические результаты. Средний градиент - 72 мм.рт.ст.

Средний срок наблюдения составил 295 дней. В отдаленном периоде летальных случаев не было. КДО - 124,2 мл., КСО - 46,4 мл., МЖП - 1,6, ЗСЛЖ - 0,95. Средний градиент - 8±2 мм.рт.ст. Возвращение симптомов не наблюдалось у всех больных.

Выводы. В лечении обструктивной ГКМП хи-

рургическое лечение является "золотым стандартом". Ранние и среднеотдаленные результаты показали хороший клинический и гемодинамичес-

кий эффект. Более расширенное применение методики и оценка отдаленных результатов позволит улучшить качество и продолжительность жизни.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИЗОЛИРОВАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ. ПЕРВЫЙ ОПЫТ В КАЗАХСТАНЕ

Тулеутаев Р.М., Ошакбаев А.А.

Национальный научный центр хирургии имени А.Н. Сызганова, Алматы, Казахстан

Цель исследования - оценить результаты торакоскопической радиочастотной аблации (РЧА) устьев легочных вен (ЛВ) в лечении изолированной фибрилляции предсердий (ФП).

Методы и материалы. В ННЦХ им. А.Н. Сызганова торакоскопическая РЧА легочных вен проведена 13 пациентам с ФП пароксизмальной и длительно персистирующей формой. Мужчин было 9, женщин - 4 в возрасте от 33 до 74 лет, средний возраст - 58 лет. Длительно персистирующая ФП была у 10, пароксизмальная ФП - у 1. Средняя длительность ФП составила 4,2 года (от 3 месяцев до 20 лет), средний размер ЛП $4,3 \pm 0,9$ см.

Первичная катетерная аблация проведена 5 пациентам, ФВ ЛЖ 54% (36-67%), митральная регургитация I степени имелась у 3 пациентов, КДО ЛЖ 148 (101-223) мл. Исключение ЛП во время операции проведено 6 пациентам.

Операция предполагает РЧА устьев ЛВ, коагуляцию связки Маршалла, удаление ушка левого предсердия или его клипирование, выполнение эпикардиального мэппинга для определения полноты создания блока проведения.

Абсолютные противопоказания: тромбоз ушка левого предсердия (для монополярной аблации), наличие синдрома слабости синусового узла, спаечный процесс в полости перикарда (предшествующие операции со вскрытием перикарда), спаечный процесс в плевральных полостях (перенесенные пневмонии, плевриты), ХОБЛ средней и тяжелой степени (затруднено продолжительное про-

ведение односторонней вентиляции легких), размер левого предсердия более 55 мм.

В послеоперационном периоде всем пациентам проводилась поддерживающая терапия амиодароном 200-400мг/сут и антикоагулянтная терапия варфарином в течение 3-6 мес. Контроль эффективности лечения проводится путем суточного мониторирования ЭКГ в сроки 1, 3, 6 месяцев после операции, средний срок наблюдения - 180 ± 19 дней.

Результаты. У всех пациентов синусовый ритм восстановлен во время операции и поддерживался до выписки. Средняя продолжительность послеоперационного пребывания в стационаре - 8 дней. У 1 пациента на фоне дилатации полостей сердца (аритмогенная кардиомиопатия, ФВ ЛЖ 36%) через 30 дней отмечалось трепетание предсердий, по поводу которого проведена успешная РЧА правого каво-кусpidального истмуса. У 1 пациента рецидив ФП наступил через 6 месяцев после операции. Осложнений в послеоперационном периоде не отмечалось.

Выводы. Торакоскопическая РЧА ЛВ является перспективным методом лечения изолированной фибрилляции предсердий и сопровождается высокой эффективностью (90,9%) в течение года, особенно при неэффективности катетерной аблации, низким риском осложнений, быстрым восстановительным периодом.

Данный метод лечения можно сочетать с катетерной аблацией левого или/и правого истмуса, что требует дальнейшего изучения.

РЕЗУЛЬТАТЫ КЛАПАНОСОХРАНЯЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Тулеутаев Р.М., Сагатов И.Е., Имаммұраев Ү.Е.

Национальный научный центр хирургии имени А.Н. Сызганова, Алматы, Казахстан

Цель - оценить ранние и среднеотдалённые результаты реконструкции митрального клапана.

Материал и методы. С января 2010 г. по январь 2017 г. в отделении кардиохирургии ННЦХ им. А.Н. Сызганова 35 пациентам выполнены оперативные вмешательства по поводу митральной недостаточностью. Мужчин было 17 (48%), женщин

- 18 (52%). Средний возраст - 44 года. Дооперационная диагностика проводилась методом ЭхоКГ.

Результаты. Всем больным было проведено оперативное лечение с использованием искусственного кровообращения и окклюзией аорты. Средняя продолжительность искусственного кровообращения составила 161 мин., окклюзия аорты -

111 мин. Миниинвазивная пластика митрального клапана выполнена 4 пациентам, по Альфиери - 2, по Потсу - 2, по Вуллеру - 1, по Сарпентье - 3, опорным кольцом - 23.

В ближайшем послеоперационном периоде умерли 2 пациента (5,7%). Причиной госпитальной летальности явилась острая сердечно-сосудистая недостаточность.

В отдаленном периоде контрольное обследование прошли 22 пациента, средний срок наблюдения составил 1075 дней. На ЭхоКГ в 1 случае выявлена недостаточность митрального клапана 2 сте-

пени. 1 пациенту через 37 месяцев выполнена повторная операция - протезирование митрального клапана.

Заключение. Отдаленные результаты демонстрируют хорошую эффективность пластической коррекции митрального клапана при выраженной регургитации. Пластическая коррекция при недостаточности митрального имеет явные преимущества по выживаемости, свободе повторных операций и тромбоэмбологических осложнений, обеспечивает лучшее качество жизни отличие от протезирования митрального клапана.

КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ БОЛЬНЫХ ВЫСОКОГО РИСКА

Халикулов Х.Г., Мансуров А.А., Ахмедов У.Б., Муртазаев С.С., Егамбердиев Ш.И., Собиров Ф.К., Чернов Д.А.

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

Актуальность. Операции по реваскуляризации миокарда без искусственного кровообращения (ИК) обоснованы стремлением к дальнейшему снижению частоты periоперационных осложнений на фоне расширения показаний к оперативному лечению пациентов высокого риска: пожилого возраста, с выраженным нарушениями сократительной функции левого желудочка (ЛЖ); страдающих тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

Цель исследования - улучшить результаты коронарного шунтирования на работающем сердце; разработать стандарты хирургической тактики для больных с выраженным нарушениями функции левого желудочка (ЛЖ) и тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

Материал и методы. В группу включены 44 больных после операции коронарного шунтирования на работающем сердце. Средний возраст больных составил $48,7 \pm 8,1$ года. 40 (90,9%) пациентов были мужского пола, 4 (9,1%) - женского. У 17 (38,6%) больных имелась стенокардия напряжения ФК-III, у 7 (15,9%) - ФК-IY; у 16 (36,36%) - прогрессирующая стенокардия; у 2 (4,5%) - ранняя постинфарктная стенокардия; у 1 (2,2%) - нестабильная стенокардия; ПИКС - у 34 (77,27%); аневризма ЛЖ - у 4 (9,09%); сахарный диабет - у 9 (20,45%). На ЭхоКГ сократительная способность миокарда у 4 (9,1%) больных была ниже 35%, у 19 (43,1%) - в пределах 40-50%, у остальных 17 (47,72%) - более 55%. Операции на работающем сердце производились во всех случаях с использованием стабилизатора миокарда "Octopus и Starfish" фирмы Medtronic. 39 (88,6%) больным произведена реваскуляризация миокарда на работающем сердце без ИК, 5 (11,36%) - реваскуляризация миокарда на работающем сердце в условиях параллельного ИК. Реваскуляризация одной коронарной артерии выполнена 33 (75%) пациентам; двух коронарных сосудов -

4 (9,09%); трех коронарных сосудов - 2 (4,5%). По данным КВГ выявлено: поражение проксимальной трети переднениходящей артерии (ПНА) у 32 (72,7%) больных, средней трети ПНА - у 12 (27,2%), проксимальной трети правой коронарной артерии (ПКА) - у 3 (6,8%), дистальной трети ПКА - у 3 (6,8%), проксимальной трети диагональной ветви (ДВ) - у 2 (4,5%), средней трети ДВ - у 1 (2,2%), проксимальной третигибающей ветви (ОВ) - у 1 (2,2%) больного. Для реваскуляризации ПНА в 37 (84,09%) случаях использована левая внутренняя грудная артерия, в остальных 8 (18,18%) случаях - аутовенозные кондукты. В 4 (9,09%) случаях были использованы обе внутренние грудные артерии. По бассейнам шунтированные артерии: ПНА - во всех случаях, ДВ у 3 (6,8%) больных, ВТК-I у 1 (2,2%) больного, ПКА у 3 (6,8%) больных и ЗМЖВ у 3 (6,8%) больных.

Результаты. Летальный исход имел место у 1 (2,2%) больного после КШ на работающем сердце в условиях параллельного ИК на фоне тяжелой сопутствующей патологии и выраженным нарушениями функции ЛЖ (ФВ меньше 35%). Больной умер на 8 сутки после операции по причине тромбоэмбологических осложнений. У всех остальных больных достигнуто клиническое улучшение: отсутствие загрудинных болей, показателей объективных обследований. Сократительная способность миокарда по данным ЭхоКГ, увеличилась, в среднем, на $4,1 \pm 0,34\%$, на ЭКГ - улучшение коронарного кровообращения наблюдалось у 39 (88,63%) больных. После реваскуляризации миокарда на работающем сердце пациенты экстубированы в течение 6-8 часов после операции, в среднем, данный временной показатель составил $6,4 \pm 0,14$ часа; а при операции в условиях ИК - $12 \pm 0,5$ часа. Послеоперационный период у больных, оперированных на работающем сердце, соста-

вил, в среднем, 5-7 дней, а у оперированных в условиях ИК - 10-12 дней.

Заключение. Реваскуляризация миокарда на работающем сердце в условиях параллельного ИК является альтернативой для больных с выраженным нарушениями функции ЛЖ и тяжелыми

сопутствующими заболеваниями. Коронарное шунтирование на работающем сердце позволяет добиться хороших результатов с минимальным риском фатальных сердечных осложнений при соблюдении стандартов хирургического лечения и выбора тактики для данных больных.

ГИБРИДНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ИБС ХИРУРГИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ

Халикулов Х.Г., Мансуров А.А., Муртазаев С.С., Собиров Ф.К., Чернов Д.А.

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

При многососудистом поражении стеноз одной из двух или трех пораженных артерий зачастую имеет морфологию, ассоциирующуюся либо с высоким риском и /или низкой вероятностью успеха вмешательств (окклюзия артерии с неблагоприятной морфологией, стеноз типа С), либо с высокой вероятностью рестенозирования (протяженные, кальцинированные стенозы).

Цель - оценить результаты гибридного (стентирование с последующим коронарным шунтированием) лечения больных ИБС.

Материал и методы. В отделении коронарной хирургии АО "РСЦХ им. академика В.Вахидова" в 2014 году прооперированы 145 больных ИБС с многососудистым поражением венечного русла. 4 больным выполнена реваскуляризация миокарда в два этапа. На первом этапе данные больные имели нестабильное состояние (ОИМ, ранняя постинфарктная стенокардия, прогрессирующая стенокардия). С целью стабилизации состояния пациентам проведено стентирование симптом-связанной артерии.

Далее эти пациенты обследованы в сроки от 6 до 12 месяцев с повторной коронаровентрикулографией. 4 больным вторым этапом выполнена операция КШ через $8,2 \pm 1,97$ месяца. Все больные перед операцией имели стабильную стенокардию, что помогло провести операцию КШ с хорошим результатом.

Результаты. В ближайшем послеоперационном периоде летальных исходов и случаев периоперационного инфаркта миокарда не было. По данным ЭхоКГ, фракция выброса левого желудочка, в среднем, до операции составила 50,2% и 53,1% - в послеоперационном периоде. У всех больных ЭКГ в динамике показала улучшение коронарного кровообращения. Клинический эффект (отсутствие приступов стенокардии) наблюдался у всех больных.

Выводы. Использование гибридных технологий при инвазивном лечении больных ИБС с нестабильным состоянием дают стойкий клинический эффект при невысокой вероятности развития острых коронарных осложнений.

О БЕЗОПАСНОСТИ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ У БОЛЬНЫХ С СИСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЖ

Шарипов И.М.

Республиканский специализированный центр кардиологии

Операции реваскуляризация миокарда в условиях искусственного кровообращения (ИК) у больных с систолической дисфункцией левого желудочка (ЛЖ) сопровождается высокими показателями осложнений и летальности. Широкое распространение в последние два десятилетия операций реваскуляризации миокарда на работающем сердце у больных малого хирургического риска показало безопасность проведения таких операций. В связи с этим особенно актуален вопрос о возможности выполнения и результатах таких операций у больных высокого риска, в частности, с низкой сократительной способностью левого желудочка.

Цель работы - изучить собственные результаты операций АКШ на работающем сердце у больных

с ФВ ЛЖ менее 45%.

Материал и методы. Проведен сравнительный анализ результатов хирургического лечения 280 больных ИБС, которым были выполнены операции реваскуляризации миокарда на работающем сердце без ИК. Все пациенты были разделены на две группы. I группа - 55 (19,6%) пациентов с ФВ ЛЖ менее 45%; II группа - 225 (80,4%) пациентов, у которых этот показатель был более 45%. Пациенты обеих групп были сопоставимы по полу, возрасту и основным клинико-функциональным параметрам. Большая часть пациентов была мужского пола - 85,4% (47 пациентов) и 82,7% (186 пациентов) соответственно в I и II группах. Средний возраст больных в I группе составил $60,6 \pm 7,1$

года, а во II группе - $58,57 \pm 7,8$ года ($p=0,383$). В I группе было больше пациентов в острой и подострой стадиях инфаркта миокарда - 23,6% (13 больных), во II группе - у 16,9% (38 больных), хотя разница была статистически недостоверной ($p=0,426$). Риск оперативного вмешательства по риск-стратификатору EuroScore составил в I группе $6,66 \pm 6,9\%$, во II - $3,39 \pm 2,9\%$, разница была статистически достоверной ($p=0,005$).

Результаты и обсуждение. В I группе среднее число шунтов составило $2,92 \pm 0,68$ на пациента (1-5 шунтов). Во II - $3,07 \pm 0,7$ шунтов ($p=0,354$). Продолжительность операции в обеих группах составила $241 \pm 5,6$ и $268 \pm 5,46$ мин. Интрапнная поддержка интраоперационно и в ближайшем послеоперационном периоде была необходима в I группе

в 60% случаев (33 больных); во II - у 33,3% (75 больных) ($p=0,296$). Среднее время вентиляции в отделении реанимации составило в I группе $6,05 \pm 3,6$ часа, во II группе - $5,72 \pm 3,3$ часов ($p=0,798$). Пребывание в реанимации равнялось, в среднем, $63,5 \pm 2,5$ часа в I группе и $50,08 \pm 1,5$ часа во II группе ($p=0,07$). В I группе госпитальная летальность составила 1,8% (1 больной) при ожидаемой 6,66%; во II группе - 1,3% (3 пациента) при ожидаемой 3,39% ($p=0,296$).

Вывод. Операции реваскуляризации миокарда на работающем сердце у больных с низкой сократительной функцией ЛЖ являются безопасными и могут выполняться с низким уровнем осложнений и госпитальной летальности без ущербаполноте реваскуляризации миокарда.

РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ МИОКАРДА НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ У БОЛЬНЫХ С EUROSORE > 5

Шарипов И.М., Ярбеков Р.Р., Омонов С.Х., Вахидов Т.З.

Республиканский специализированный центр кардиологии

Актуальность. В последние десятилетия реваскуляризация миокарда на работающем сердце приобретает большую научно-практическую значимость при расширении показаний для пациентов группы высокого хирургического риска. Лечение этих больных традиционным методом в условиях искусственного кровообращения и остановленного сердца сопровождается высокими показателями осложнений и летальности. Применение реваскуляризации миокарда на работающем сердце продемонстрировало свою безопасность и обнадеживающие результаты у больных группы низкого риска. Однако в настоящее время остаётся нерешённым вопрос о безопасности и выполнимости таких операций больным группам высокого риска. В связи с этим сравнительная оценка результатов реваскуляризации миокарда по технологии ОРСАВ у больных низкого и высокого риска представляет, на наш взгляд, высокую научно-практическую ценность.

Цель - провести сравнительную характеристику результатов реваскуляризации миокарда по технологии ОРСАВ больным высокого и низкого хирургических рисков.

Материал и методы. Проведен сравнительный анализ результатов хирургического лечения 280 больных ИБС, которым была выполнена реваскуляризация миокарда на работающем сердце без ИК. Хирургический риск у пациентов оценивался на основе риск-калькулятора EuroScore. На основе этого критерия все больные были разделены на две группы. I группа - 105 (37,5%) больных группы высокого хирургического риска с EuroScore >5 ; II группа - 175 (62,5%) больных низкого риска (Euroscore <5). В I группе было достоверно больше пациентов женского пола (26,7% (28 пациентов)

против 10,2% (18 пациентов)), возрастных пациентов - средний возраст 64,4 года против 56,9 лет во II группе, с ОКС (30,5% (32 пациента) против 6,3% (11 пациентов)), лиц с ФВ ЛЖ менее 45% (35,2% (37 пациентов) против 9,1% (16 пациентов)) во II группе. Риск оперативного вмешательства по EuroScore составил в I группе $7,98 \pm 5,2\%$ ($6,65 \pm 1,5$ баллов), а во II группе - $1,79 \pm 0,9\%$ ($2,04 \pm 1,3$ баллов), разница была статистически достоверной ($p<0,001$).

Результаты и обсуждение. Продолжительность операции в обеих группах составила $254 \pm 52,8$ и $248 \pm 51,6$ мин соответственно. В I группе среднее число дистальных анастомозов составило $2,98 \pm 0,7$ на пациента (2-6 анастомозов), в то время как во II группе - $3,01 \pm 0,8$ (1-5 анастомозов). У пациентов I группы (52 пациента - 49,5% достоверно больше была необходимость в интрапнной поддержке в послеоперационном периоде против 24,0% (42 пациента). Время вентиляции ($7,4 \pm 4,9$ ч. против $5,0 \pm 1,8$ ч.), нахождение в отделении хирургической реанимации ($60 \pm 25,7$ ч. против $49,3 \pm 15,4$ ч.), продолжительность госпитального периода после операции (7,0 дней против 6,0 дней). Частота нефатальных осложнений в обеих группах составила 15,2% (16 пациентов) против 7,4% (13 пациентов) во II группе ($p=0,113$). Летальность в I группе составила 1,9% (два пациента) при ожидаемом по EuroScore 7,98%, и во II группе - 1,1% (два пациента) при ожидаемом 1,79%. Статистически достоверной разницы по показателю летальности в группах не было ($p=0,198$).

Вывод. Хотя реваскуляризация миокарда на работающем сердце без ИК у больных высокого хирургического риска сопровождается более вы-

сокой необходимостью в инотропной поддержке, незначительным удлинением времени вентиляции и госпитального периода после операции, а также увеличением частоты нефатальных осложнений, не сопровождается статистически значимым увеличе-

нием летальности. Данная методика является безопасным методом в плане осложнений и летальности. Результаты ее не отличаются существенно от таковых после реваскуляризации миокарда у больных низкого риска.

НАШ ОПЫТ ТРАНСКАТЕТЕРНОГО ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТА У БОЛЬНЫХ С ДЕФЕКТОМ МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

*Юлдашев Н.П., Каримов Б.Х., Юлдашев Б.А., Атамуратов Б.Р.
АО "Республиканский специализированный центр кардиологии"*

Цель - оценить эффективность и безопасность транскатетерного закрытия дефекта межпредсердной перегородки у больных ВПС.

Материалы и методы. С июля 2016 года по апрель 2017 года нами выполнены 11 эндоваскулярных вмешательств по закрытию дефекта межпредсердной перегородки (ДМПП) Женщин было 7, мужчин - 3 в возрасте от 23 до 60 лет. Все пациенты были с центральным вторичным ДМПП.

У всех пациентов выслушивался систолический шум во 2 межреберье слева от грудины. На ЭКГ у 8 больных выявлено увеличение правого предсердия и правого желудочка, расширение легочной артерии и усиление сосудистого рисунка за счет гиперволемии. По данным эхокардиографического исследования, у 4 пациентов среднее давление а ЛА составило 35-45 мм.рт.ст., у 7 пациентов - в пределах 45-50 мм.рт.ст., диастолический градиент на ЛА варьировал в пределах от 7 до 19 мм.рт.ст. Коэффициент Qp/Qs был в пределах от 1,8 до 2,7. Измеряли размеры дефекта на ЭхоКГ.

Всем 11 пациентам с ДМПП окклюзии проводили с помощью самоцентрирующегося устройства HeartR ASD Occluder фирмы Lifetech (Китай). Производили пункцию правой общей бедренной вены и выполняли катетеризацию правых отделов сердца. Точные размеры ДМПП измеряли специальным измерительным баллоном и сравни-

вались с размерами, рассчитанными по данным трансторакальной эхокардиографии. Под рентгеноскопическим и эхокардиографическим контролем в левом предсердии раскрывали левый диск окклюзирующего устройства. Ретроградной тракцией проверяли адекватное зацепление левого диска за края дефекта, эхокардиографически оценивали положение диска относительно митрального клапана и раскрывали правый диск в правом предсердии. Под контролем ЭхоКГ проверяли адекватность расположения окклюдера, который отделяли от дистального устройства.

Результаты. У всех пациентов с ДМПП после имплантации устройства HeartR ASD Occluder отсутствие лево-правого сброса на уровне предсердий было констатировано на операционном столе. Контрольную ЭхоКГ проводили через 3, 12 и 24 часа. Осложнений при имплантации устройства не было.

Заключение. Транскатетерное закрытие является высокоэффективным методом радикального лечения ДМПП. При правильном отборе больных и соблюдении технологии операции практически отсутствуют осложнения. Малая операционная травма, косметический эффект и существенное сокращение срока госпитализации (3-4 дня) являются неоспоримыми преимуществами транскатетерных методов закрытия ДМПП перед традиционной хирургической коррекции данных пороков.

3. СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ

УЛЬТРАЗВУКОВОЙ МОНИТОРИНГ ПРИ ФЛЕБОТРОПНОЙ И КОМПРЕССИОННОЙ ТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН С ВАРИКОЗНЫМ РАСШИРЕНИЕМ ВЕН МАЛОГО ТАЗА

Абдурахманов М.М., Жумаева Н.Х., Дустова Н.К., Холиков Ф.Ю.

Бухарский медицинский институт

Бухарский РНЦЭМП

Актуальность. У женщин репродуктивного возраста варикозное расширение вен малого таза (ВРВМТ) встречается в 12-80% случаев. Дифференциальная диагностика этого заболевания часто затруднительна, т.к. ВРВМТ имеет общую клиническую картину с другими гинекологическими болезнями. В настоящее время имеются разнообразные способы консервативного и хирургического лечения (ВРВМТ). Однако роль и значение ультразвуковых исследований в диагностике и оценке эффективности лечения больных ВРВМТ изучены недостаточно. Высокая диагностическая ценность ультразвукового исследования заключается в выявлении органического поражения венозной системы малого таза на этапе доклинических форм заболевания. Это позволяет наметить меры профилактики ВРВМТ на начальном этапе, оценить результаты лечения.

Цель исследования - оценить динамику ультразвукового дуплексного сканирования при флеботропной и компрессионной терапии у женщин с ВРВМТ.

Материалы и методы. Ультразвуковое дуплексное сканирование вен (УЗДС) проводилось на сканере SSI-5000 Sono Scape (Китай), с использованием трансабдоминального и интравагинального датчика в режимах серошкольной эхографии и допплерографии. В качестве дифференциально-диагностического критерия между первичным и вторичным варикозом использовали пробу Вальсальвы. При выполнении данной пробы увеличение диаметра вен более чем на 2 мм считали признаком рено-овариального рефлюкса. Для разработки ультразвуковых диагностических критериев оценки состояния венозной сети малого таза обследованы 15 практически здоровых женщин репродуктивного возраста от 19 до 28 лет (средний возраст $22,7 \pm 2,1$ год), которые планировали беременность (контрольная группа). Основную группу составили 42 женщины репродуктивного возраста от 20 до 29 лет (средний возраст $24,6 \pm 1,3$ года) с жалобами на тазовые боли (100,0 %), нерегулярный менструальный цикл (36,0 %). Во всех случаях при ультразвуковом исследовании выявлены признаки ВРВМТ. Эффективность лечения оценивали на основании клинических данных и результатов ультразвукового дуплексного сканирования вен. Ультразвуковое исследование проводили до и после курса медикаментозной терапии флеботропным препаратом Диофлан.

Результаты. Важным моментом считали тщатель-

ный сбор анамнеза. Выясняли характер хронических болей в нижних отделах живота, возникающих после длительных статических и динамических нагрузок с усилением во вторую фазу менструального цикла и возникновением болевых кризов - периодически возникающих обострений, провоцируемых экзогенными (охлаждение, переутомление, стресс) и эндогенными (обострения заболеваний внутренних органов) причинами. Обращали внимание на чувство дискомфорта и боли во время и после полового акта (диспареуния). Симптомы тазового венозного полнокровия - тазовая боль, дискомфорт в гипогастрии, диспареуния выявлены у 70% пациентов. Консервативное лечение проведено всем пациенткам по следующим показаниям: наличие признаков тазового венозного полнокровия, изолированное расширение венозных сплетений матки и яичников с регистрацией патологического венозного рефлюкса по ним без расширения гонадных вен. Консервативное лечение проводили пациенткам с асимптомной формой заболевания независимо от распространенности поражения внутритазовых вен. Основой лечения являлась флеботропная терапия с использованием микронизированной очищенной флавоноидной фракции (Диофлан). Дозу и продолжительность лечения определяли индивидуально в зависимости от выраженности хронической тазовой боли. В большинстве случаев рекомендовали прием препарата 1000 мг/сут в течение 2 месяцев. В случае выраженных тазовых болей дозу препарата первые 2 недели увеличивали до 2000 мг/сут, используя в последующем стандартную дозу в течение 2-6 месяцев. В последние годы применяли компрессионное лечение с использованием эластических шорт II класса от верхней трети бедер до талии.

У 19 пациенток I группы с изолированным расширением яичниковых вен диаметр сосудов до лечения колебался от 0,5 до 0,7 см. После курса лечения флеботропным препаратом у всех пациенток диаметр яичниковых вен уменьшился до 0,2-0,3 см. У 17 пациенток II группы до лечения выявлено расширение яичниковых вен до 0,7 см, маточных вен - до 1,0-1,5 см, дугообразных вен - до 0,4-0,5 см. У 6 пациенток III группы отмечалось также расширение внутренних подвздошных вен до 1,3-1,8 см. В процессе лечения отмечено улучшение состояния венозной системы малого таза у 75% пациенток II группы. У пациенток 3 группы динамические изменения в венах малого таза не отме-

чены. Последние 5 лет нами успешно используется методика компрессионного лечения ВРВМТ с использованием шорт II класса компрессии. Применение компрессионного лечения и флеботропной терапии при лечении варикозного расширения вен малого таза у женщин привело к достоверному уменьшению специфических симптомов заболевания: болезненности при пальпации малого таза - у 21 из 42 (83%), цианоза влагалища - у 31 из 42 (74%) и болевого синдрома - у 37 из 42 (88%) пациенток. Результатом явились и уменьшение дилатированного диаметра вен малого таза и уве-

личение скорости кровотока во внутренних подвздошных и маточных венах.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют, что ультразвуковое исследование предоставляет значительные возможности для диагностики нарушений венозной гемодинамики в органах малого таза у женщин, позволяя неинвазивно исследовать сосудистую систему, проводить ее визуализацию количественный анализ кровотока. УЗДС является миниинвазивным и высокоинформативным методом диагностики варикозного расширения вен малого таза и оценки результатов лечения.

ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Абдурахманов М.М., Мусаев Т.Я., Умаров Б.Я.

Бухарский медицинский институт
Бухарский филиал РНЦЭМП

Эндотелий сосудов - крупнейший орган человеческого организма, и его патология значительно влияет на формирование болезней системы кровообращения. Это привело к пониманию, что эндотелий регулирует не только периферический кровоток, но и другие важные функции. Именно поэтому в последнее время объединяющей стала концепция об эндотелии как о мишени для профилактики и лечения патологических процессов, приводящих к сосудистым заболеваниям.

Цель исследования - проанализировать эндотелиальную дисфункцию (ЭД) у больных с различными сосудистыми заболеваниями.

Материалы и методы. Проведены исследования эндотелиальной дисфункции у двух групп пациентов. 1 группа - больные с атеросклеротическим поражением сонных артерий; 2 группа - больные с проявлениями хронической венозной недостаточности (ХВН). Исследования проводили в сравнении с контрольными группами по каждому заболеванию.

Результаты исследования. В 1 группе содержание гомоцистеина в сыворотке больных варьировало в пределах от 8,8 мкмоль/л до 29,4 мкмоль/л (в среднем, $14,9 \pm 4,33$ мкмоль/л). У 65,6% пациентов уровень гомоцистеина превышал пороговую величину (10 мкмоль/л). По результатам пробы с реактивной гиперемией эндотелиальная дисфункция была выявлена у 87,5% больных. Во 2 группе проведены исследования динамики маркера ЭД - циркулирующих эндотелиальных клеток (ЦЭК). Исследование числа ЦЭК у больных внутрикожным и сегментарным подкожным варикозом без патологического вено-венозного сброса показало наличие признаков ЭД у 30% больных данной группы.

Среднее число ЦЭК составило $3,8 \pm 0,6 \times 10^4$ при наличии ЭД - $5,5 \pm 0,5 \times 10^4$ клеток в мл крови. При ультразвуковом исследовании у большинства пациентов с повышенным показателем ЦЭК выявлены патологические рефлюксы крови из БПВ в

один или несколько ее притоков. При этом физиологично варикозная трансформация подкожных вен не отмечалась. Среднее число ЦЭК у этих больных составило $6,5 \pm 0,5 \times 10^4$ клеток в мл крови. У больных с сегментарным подкожным варикозом и рефлюксом по поверхностным и перфорантным венам ЭД имелась практически у всех пациентов (91%). Среднее число ЦЭК колебалось в пределах $6,8 \pm 0,4 \times 10^4$ клеток в мл крови. При сопоставлении результатов исследования уровня эндотелиемии с данными ультразвукового сканирования, оказалось, что максимальный уровень ЦЭК крови (до 16×10^4 клеток в мл) отмечался у больных с сегментарной несостоятельностью магистральных поверхностных вен. Уровень эндотелиемии у больных с распространенным варикозом с рефлюксом по поверхностным и перфорантным венам превышал норму только в 26% случаев. Среднее число ЦЭК - $2,6 \pm 0,6 \times 10^4$ клеток в мл крови у больных без ЭД, и $5,2 \pm 0,6 \times 10^4$ клеток в мл крови у больных с признаками ЭД. Наличие трофических расстройств кожи и мягких тканей голени не ассоциировалось с повышенной эндотелиемией.

Выводы. Отмечается ЭД различной степени выраженности у всех пациентов со стенозирующим атеросклерозом сонных артерий. Оценка ЭД позволяет выявить группы высокого риска развития сердечно-сосудистой патологии для предотвращения жизнеугрожающих осложнений, оптимизировать патогенетически обоснованную терапию.

Течение варикозной болезни характеризуется поражением эндотелия, а уровень эндотелиемии может использоваться как маркер ЭД у больных варикозной болезнью. Степень выраженности эндотелиемии может служить оценочным маркером активности процессов варикозной трансформации вен. Это позволяет своевременно проводить лечебные корригирующие мероприятия с использованием флеботропных препаратов.

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН МАЛОГО ТАЗА

Абдурахманов М.М., Мусаев Т.Я., Умаров Б.Я., Дустова Н.

Бухарский медицинский институт
Бухарский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Варикозное расширение вен малого таза (ВРВМТ) является невидимой для клиницистов патологией из-за отсутствия патогномоничных симптомов и мануальных критериев заболевания. Однако оно приводит к хроническому абдоминальному болевому синдрому, нарушению менструального цикла вследствие развивающейся гипофункции яичников, тромбозу вен и возможной тромбоэмболии или их разрыву.

Представлен первый опыт изучения роли МРТ в диагностике ВРВМТ с целью определения дальнейшей перспективы комплексной уточняющей диагностики этого заболевания. Основным преимуществом МР-венографии является возможность визуализировать тазовые вены и окружающие ткани этой области с высокой степенью тканевого контраста.

Цель исследования - осуществить качественную и количественную оценку венозного кровотока у пациентов с варикозным расширением вен малого таза используя возможности магнитно-резонансной томографии.

Материал и методы. На МР-томографе "Siemens Magnetom Essenza" с напряженностью магнитного поля 1,5 Т было проведено исследование 28 пациенток с варикозным расширением вен малого таза II-III степени по данным УЗИ-обследования. Исследование начинали с рутинного протокола МРТ органов малого таза и брюшной полости, включавшего получение T1- и T2-взвешенных и изображений с подавлением МР-сигнала от жировой ткани. Проводили бесконтрастную трехмерную МР-ангиограмму сосудов, а для детального изучения количественных параметров венозного кровотока использовали методику количественной оценки потока Quantitative Flow (Q-Flow).

Результаты и обсуждение. У женщин с варикозным расширением вен малого таза была выявлена индивидуальная анатомическая вариабельность венозной системы. Мы выделили следующие группы: наиболее частая - это изолированное варикозное расширение вен малого таза и варикозная трансформация левой гонадной вены с ретроградным потоком крови по ней. Относительно редко были случаи расширения правой яичниковой вены. Вторую группу составили пациентки с двусторонним варикозным расширением яичниковых вен, а также расширением и удвоением яичниковых вен. Были измерены скоростные характеристики венозного кровотока сосудов малого таза и брюшной полости. У пациенток с ВРВМТ выявлено, что в горизонтальном положении скорость кровотока по яичниковым венам стремится к 0 или имеет выраженный ретроградный компонент.

Эта информация важна для определения прогноза заболевания и выбора тактики лечения.

Для оценки венозного кровотока по венам малого таза и брюшной полости предложен комплекс МР-томографических методик, возможности которых позволяют не только качественно, но и количественно оценивать особенности потока крови без использования контраста и лучевой нагрузки.

Исследования показали, что МРТ расширяет круг диагностических возможностей современной клиники, может не только дополнять и уточнять результаты эхографии у этих больных, но и проводить оценку труднодоступных для УЗИ венозных структур. Эта информация важна для определения тактики консервативного и оперативного лечения. Бесконтрастную МР-венографию можно рекомендовать в качестве второго шага обследования после выявления ВРВМТ по данным УЗИ.

Применение ультразвуковых методов исследования представляет существенные возможности в диагностике нарушений венозной гемодинамики в органах малого таза у женщин. Высокая диагностическая ценность ультразвукового исследования заключается в выявлении органического поражения венозной системы малого таза на этапе доклинических форм заболевания, что позволяет наметить пути профилактики ВРВМТ на начальном этапе, а также оценить результаты лечения. Ультразвуковая диагностика признана в настоящий момент "золотым стандартом" и основным скрининговым методом патологии сосудов конечностей.

МРТ позволяет визуализировать варикозно изменившиеся вены малого таза, расширенные яичниковые вены, а также возможные варианты анатомии, такие, как синдром "щипцов" (сдавление левой почечной вены при ретроаортальном расположении либо между аортой и верхней мезентериальной артерией) или при синдроме Мейо-Тернера (сдавление левой общей подвздошной вены левой общей подвздошной артерией). Многие клиницисты признают именно МРТ лучшим методом первичной визуализации патологии, поскольку исследование выполняется амбулаторно и не обладает такими недостатками, как лучевая нагрузка, инвазивность, использование контраста. Типичные диагностические находки МРТ при венозном тазовом полнокровии - это расширенные извилистые трубчатые структуры вблизи матки и яичников, которые могут распространяться на широкие связки матки и брюшную стенку. На T1- и T2-взвешенных изображениях варикозные вены выглядят как гипointенсивные структуры, в режиме градиент-эхо-структурь с высокой интенсивнос-

тью сигнала. Применение контрастирования гадолинием повышает чувствительность и контрастность изображения, позволяет выполнять пробу Вальсальвы.

Выводы. МРТ отлично демонстрирует как венозную анатомию малого таза и брюшной полости, так и степень патологических изменений. Ана-

томическое картирование при МРТ является хорошей диагностической процедурой, которую необходимо использовать перед лапароскопической операцией, поскольку она позволяет избежать ненужного хирургического вмешательства, а при проведении оперативного лечения - снизить риск возможного рецидивирования заболевания.

УЛЬТРАЗВУКОВОЙ МОНИТОРИНГ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ТРОМБОЗОВ ГЛУБОКИХ ВЕН

Абдурахманов М.М., Мусаев Т.Я., Умаров Б.Я., Сафаров С.С., Жумаева Н.Х.

Бухарский медицинский институт

Бухарский филиал РНЦЭМП

Актуальность. Для оценки эффективности антикоагулянтной терапии (АКТ) тромбозов глубоких вен (ТГВ) важно ультразвуковое определение проксимальной границы тромба на стационарном и амбулаторном этапах. В настоящее время в представляют интерес оценка ультразвуковой динамики с использованием различных антикоагулянтов в лечении ТГВ.

Цель - оценить эффективность различных вариантов АКТ по данным ультразвукового дуплексного сканирования (УЗДС) у пациентов с ТГВ нижних конечностей.

Материал и методы. В исследование включены 44 пациента с флотирующим венозным тромбозом. Пациенты были разделены на 2 группы. Первая - пациенты, принимавшие низкомолекулярный гепарин (НМГ) с последующим переходом на варфарин - 21 человек. Вторая группа - пациенты, которым назначали ривароксабан - 23. Пациентам выполняли УЗДС вен нижних конечностей при поступлении, на 4 и 8 день. Эффективность АКТ оценивали по динамике длины, диаметру и фиксации "флотирующей" части. На амбулаторном этапе сроком до 3 месяцев степень реканализации оценивалась как слабая, средняя и хорошая. Критерием исключения являлись эмболоопасные венозные тромбозы длиной более 5 см, противопоказания к АКТ.

Результаты и обсуждение. При поступлении у больных 1 группе длина "верхушки" тромба составила $2,93 \pm 0,43$ см, диаметр - $8,44 \pm 0,37$ мм. На 4 день лечения толщина тромба: $2,47 \pm 0,59$ мм, длина "верхушки" тромба - $2,92 \pm 0,46$ см. На 8 день лечения "верхушка" тромба фиксировалась к стенке вены у всех пациентов данной группы. Среди пациентов, принимавших с первого дня ривароксабан, при поступлении длина "верхушки" тромба составила 3,53 см ($\pm 0,48$), диаметр тромба - 7,05 мм ($\pm 0,39$). На 4 день отмечалась отрицательная динамика у 10 (43,6%) пациентов: увеличение

длины тромба - $4,07 \pm 0,8$ см, диаметр - $4,2 \pm 0,43$ мм. Пациенты были переведены на лечебную дозировку НМГ. Таким образом образовалась новая подгруппа пациентов - 2Б. Фиксация "верхушки" тромба в подгруппе 2Б в отличие от 1 группы произошла на 12 день. Пациентам при выписке назначили ривароксабан в профилактической дозировке, по их собственным предпочтениям. У 13 (56,4%) пациентов (подгруппа 2А), продолжавших прием ривароксабана, длина тромба через 4 дня существенно не изменилась и составила $3,13 \pm 0,38$ см. На 8 день головка тромба не визуализировалась вследствие фиксации ее к стенке. При выяснении причины отрицательной динамики во 2Б подгруппе отмечено, что срок тромбоза был более 10 суток. В подгруппе 2А давность заболевания составляла от 3 до 5 дней. Через 1 месяц у пациентов на варфарине преобладает сочетание средней и слабой степени реканализации, а на ривароксабане сочетание хорошей и средней степени. Хорошая реканализация выражена у пациентов, принимавших НМГ в стационаре и продолживших принимать ривароксабан амбулаторно. Через 3 месяца не выявлены достоверные различия в степени реканализации у пациентов наблюдаемых групп. Преобладает сочетание хорошей реканализации общей бедренной и собственной бедренной вены в верхней трети; средней степени - в подколенной вене; более слабая реканализация собственной бедренной вены - в средней и нижней трети, что больше обусловлено анатомическими особенностями, чем вариантом антикоагулянтной терапии. Тромбоэмболия легочной артерии не зарегистрирована ни у одного пациента.

Выводы. НМГ эффективнее ривароксабана в фиксации тромба на начальном этапе АКТ. На амбулаторном этапе хорошая реканализация наступает быстрее при использовании ривароксабана в сравнении с варфарином.

МОНОТЕРАПИЯ НОВЫМ ОРАЛЬНЫМ АНТИКОАГУЛЯНТОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН

Абдурахманов М.М., Сафаров С.С., Холиков Ф.Ю.

Бухарский медицинский институт

Бухарский филиал РНЦЭМП

Тромбоз глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей является опасным заболеванием, встречающимся у 10-20 % населения. Данная патология без лечения может привести к инвалидизации пациента и в 3-15% - к смерти от тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА). Основными методами лечения острого венозного тромбоза и профилактики ТЭЛА являются оперативное вмешательство, тромболитическая и антикоагулянтная терапия. Рекомендуемыми режимами антикоагуляции является начальная терапия нефракционированными или низкомолекулярными гепаринами (НМГ) с последующим переходом на антагонисты витамина К. Современный подход к терапии ТГВ - монотерапия препаратом ривароксабан (Касарлто), то есть использование одного препарата с первого дня заболевания для лечения и вторичной профилактики. В 2013 году ривароксабан одобрен в Республике Узбекистан для лечения ТГВ и ТЭЛА и профилактики их рецидивов в дозе 15 мг 2 раза в день в течение первых 3 недель с последующим переходом на дозу 20 мг один раз в день для дальнейшего лечения и профилактики рецидивов ТГВ и ТЭЛА.

Цель исследования - оценить эффективность и безопасность основной терапии венозного тромбоза пероральным антикоагулянтом ривароксабан с начала заболевания.

Материалы и методы. В исследование включили больных, поступивших в отделение хирургии Бухарского филиала РНЦЭМП в 2014-2016 г. с инструментально верифицированным острым тромбозом глубоких вен нижних конечностей. Всем больным, начиная с первых суток назначали ривароксабан по 15 мг 2 раза в день на срок до 3 недель от начала терапии. Затем переходили на однократный ежедневный прием 20 мг препарата. Срок лечения составлял 3 месяца при тромбозе вен голени, 6 месяцев - при венозном тромбозе подвздошных вен. Во всех наблюдениях антикоагулянтная терапия на стационарном и амбулаторном этапах лечения сочеталась с компрессией нижних конечностей эластическим бин-

том или трикотажем с давлением 23-32 мм рт.ст. и применением флебопротекторов; сочетание гесперидина с диосмином или монотерапия диосмином (Диофлан). В исследование были включены 33 больных (18 мужчин и 15 женщин) в возрасте от 26 до 68 лет (средний возраст - $44,0 \pm 4,5$ года).

Результаты и обсуждение. При первичном ультразвуковом дуплексном сканировании (УЗДС) у 16(48,5 %) больных был выявлен илео-феморальный венозный тромбоз. Срок от начала заболевания до госпитализации в стационар составил до 5 суток, в среднем, $2,3 \pm 1,5$ суток. На стационарном лечении больные находились 6-8 дней, потом продолжали антикоагулянтную терапию ривароксабаном в домашних условиях. Больные находились под контролем врача-ангиолога в течение 3-6 месяцев. При каждом осмотре проводили УЗДС вен нижних конечностей. Эффективность лечения оценивали по: проявлениям различных клинических признаков легочной эмболии, реканализации или нарастанию венозного тромбоза. Обращали внимание на развитие геморрагических осложнений. В течение 3 месячного наблюдения пациенты использовали ривароксабан, 10 из них (с тромбозами вен голени) завершили антикоагулянтную терапию. Геморрагические осложнения в этой группе отмечены не были. 23 (76%) пациента продолжали лечение до 6 месяцев. За это время рецидив или прогрессирование венозного тромбоза не зафиксированы. Развитие геморрагических осложнений в этой группе выявлено у 2 (6,1%) больных, они были незначимыми.

Выводы. Антикоагулянтная монотерапия ривароксабаном при тромбозах глубоких вен нижних конечностей обладает хорошей эффективностью и безопасностью в связи со снижением риска развития кровотечений.

При использовании ривароксабана не требуются индивидуальный подбор и коррекция дозы регулярный лабораторный мониторинг, даже в случаях высоких колебаний МНО в анализах больного.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АНЕВРИЗМОЙ АОРТЫ В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕННОГО ЦЕНТРА

Абдурахманов А.А., Обейд М.А., Машрапов О.А., Рахимов Н.М., Ганиев У.Ш., Полвоноев А.А.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Цель исследования - проанализировать первый опыт хирургического лечения аневризм восходящей аорты.

Материал и методы. С декабря 2016 года по март 2017 года 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; двое прооперированы по поводу интраоперационной ятрогенной аортальной диссекции во время аортокоронарного шунтирования на работающем сердце. Средний возраст - $52,5 \pm 2,7$ года. Протезирование корня аорты композитным трансплантатом с механическим протезом выполнено 5 пациентам. В трех случаях выполнено протезирование восходящей аорты в условиях циркуляторного ареста. Все пациенты были с расслоением аорты. В одном случае с хроническим расслоением типа А, в двух - острая диссекция аорты типа А по Стенфорду, развившаяся в ходе операции аортокоронарного шунтирования.

Результаты. Троє пациентов, оперированных по поводу расслоения аорты, погибли в раннем послеоперационном периоде от различных осложнений (в двух случаях - острая сердечно-сосудистая недостаточность; в одном - респираторный дистресс-синдром). После элегтических хирургических вмешательств послеоперационный период протекал без осложнений.

Заключение. Аневризмы корня и восходящей части аорты могут быть оперированы с удовлетворительными непосредственными результатами. Хирургические вмешательства по поводу диссекции аорты требуют дальнейшего совершенствования хирургической техники и периоперационного ведения.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНЕВРИЗМ ВОСХОДЯЩЕГО ОТДЕЛА И ДУГИ АОРТЫ

Абролов Х.К., Муротов У.А., Алимов А.Б., Мирсаидов М.М., Кобилжонов Б.Х.
АО "Республиканский специализированный центр хирургии имени академика В.Вахидова"

В связи с улучшением диагностики выявляемость патологии аорты резко возросла. Это, в свою очередь, увеличило количество реконструктивно-восстановительных операций при аневризматическом расширении восходящего отдела и дуги аорты.

Цель исследования - представить критерии оценки и отбора пациентов на операцию Бенталла при аневризматическом расширении восходящей аорты.

Материал и методы. С января 2009 по май 2017 г. в центре были оперированы 50 больных: 42 (84%) мужчины и 8 (16%) женщин в возрасте от 8 до 71 года (средний возраст - 31,8 года). 33 (66%) пациента были с изолированной дилатацией корня и восходящего отдела аорты и 17 (34%) - осложненным расслоением аневризмы и дуги аорты. Этиологически аневризмы были представлены дегенеративным поражением у 29 (58%) пациентов, у 2 (4%) - с ревматической этиологией; у 19 (38%) - с аневризмами на фоне синдрома Марфана. Всем больным было выполнено протезирование восходящего отдела аорты синтетическим кондуктом с реимплантацией устьев коронарных артерий. 4 (8%) боль-

ным произведена операция Бенталла, протезирование дуги аорты и начального отдела нисходящей части аорты.

Результаты. Интраоперационная летальность отмечена в 2 (4%) случаях. Госпитальная летальность составила 10% (5 пациентов), обусловленная вторичной дилатационной кардиомиопатией и прогрессирующими сердечной недостаточностью. Пациентов, нуждающихся в повторной реоперации, не было. В послеоперационном периоде у 7 (14%) больных отмечено значимое кровотечение, потребовавшее гемотрансфузию.

Заключение. Операция Бенталла может быть выполнена с отличными непосредственными и отдаленными результатами относительно не осложненным больным, у которых недостаточность аортального клапана сочетается с аневризматическим расширением восходящей части аорты. Мы считаем операцию Бенталла радикальным методом хирургического лечения при аневризматическом расширении восходящего отдела и дуги аорты, обусловленных синдромом Марфана или дегенеративной этиологией с расслоением или без него.

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОРАЖЕНИЕМ ВЕТВЕЙ ДУГИ АОРТЫ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ АОРТОАРТЕРИИТЕ

Асатов Ф.Ш., Суюмов А.С.
Ташкентская медицинская академия

Неспецифический аортоартериит (НАА) - аутоиммунное заболевание неизвестной этиологии, приводящее к стенозированию и (или) окклюзии аор-

ты и ее ветвей с развитием ишемии органов. Заболевание входит в группу системных васкулитов и относится к наиболее тяжелым формам хроничес-

кой сосудистой патологии. В основе всех осложнений при естественном течении НАА лежит его прогрессирование вследствие рецидивирующих воспалительных атак, которые переходят в затяжную подострую стадию, способствующую дальнейшему прогрессированию болезни.

В первую очередь задачей консервативной терапии является достижение стойкой ремиссии воспалительного процесса.

Материал и методы. Проанализированы результаты консервативного лечения 10 пациентов с неспецифическим аортоартериитом (НАА) с поражением брахиоцефальных артерий с активностью воспалительного процесса заболевания. В этой группе пациентов были все женщины молодого возраста. В комплексе диагностики поражений артериальной системы пациентам с НАА наряду с общеклиническими, неврологическими, лабораторными методами (СРБ, СОЭ) обследования применяли различные инструментальные методы: дуплексное сканирование, мультислайсную КТ (МСКТ)-ангиографию.

Для больных острой и подострой стадии НАА глюкокортикоиды в режиме "малых" доз малоэффективны, вызывают множество побочных эффектов. В острой и подострой стадиях НАА для

купирования воспалительного процесса нами применена противовоспалительная пульс-терапия. Схема включает в себя введение в первые сутки 1000мг циклофосфана и 1000 мг 6-метилпреднизолона (солю-медрол) внутривенно. На 2 и на 3 сутки вводят по 1000 мг 6-метилпреднизолона внутривенно. У всех пациентов после курса пульс-терапии снижались СОЭ и СРБ. В качестве длительной поддерживающей терапии после проведения пульс-терапии назначали метатрексат в дозе 15 мг в неделю длительно, контролировали СОЭ и СРБ.

Результаты. Применение 3 дневной противовоспалительной пульс-терапии циклофосфаном и 6-метилпреднизолоном позволила вызвать ремиссию процесса у всех пациентов со снижением СОЭ и СРБ. Для поддержания ремиссии всем больным назначен метатрексат 15 мг в неделю.

Выводы. Для диагностики НАА следует использовать комбинацию ДС с МСКТ-ангиографией.

Пациентам с подтвержденным диагнозом НАА необходим клинико-лабораторный контроль за активностью воспалительного процесса (СОЭ, СРБ).

Пульс-терапия метилпреднизолоном и циклофосфаном является эффективным методом подавления активности воспаления. В качестве поддерживающей терапии целесообразно назначать метатрексат.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТРАВМАМИ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

Баймаков С. Р., Суюмов А. С., Асатов Ф. Ш.

Ташкентская медицинская академия

Ранения магистральных сосудов - наиболее актуальная проблема современной экстренной сосудистой хирургии. При ранениях магистральных сосудов перед хирургом стоят две трудные задачи: окончательно остановить кровотечение и восстановить магистральный кровоток в пораженном сегменте.

Материал и методы. В отделении общей хирургии З клиники ТМА находились на стационарном лечении 10 пациентов с травмами магистральных сосудов: 9 мужчин и одна женщина. Все пациенты поступили в экстренном порядке. Реанимационные мероприятия и забор рутинных анализов проводились на операционном столе параллельно с временной остановкой кровотечения.

Результаты. В 4 случаях - колоторезанное ранение медиальной поверхности плеча с повреждением плечевой артерии, вены и срединного нерва. Всем больным выполнены аутовенозное протезирование плечевой артерии, восстановление срединного нерва с хорошим результатом.

В 1 случае - полное пересечение подколенной артерии выше щели коленного сустава. Этому больному выполнено аутовенозное бедренно-подколенное протезирование.

1 пациентка доставлена в клинику после колоторезанного ранения подвздошной области с полным пресечением наружной подвздошной артерии.

Этой пациентке выполнено восстановление наружной подвздошной артерии "конец в конец" с хорошим результатом.

1 пациент поступил в клинику с проникающим колоторезанным ранением грудной клетки с повреждением подключичной артерии. Этому больному произведено подключично-подмышечное протезирование аутовеной.

1 пациент поступил с ранением голени с повреждением малой берцовой артерии. Передняя большеберцевая и задняя большеберцевая артерии были интактны. Больному выполнена перевязка малой берцовой артерии. Большой выписан в удовлетворительном состоянии.

1 пациент поступил с ранением ягодичной области с профузным кровотечением. Для гемостаза этому больному произведена перевязка внутренней подвздошной артерии.

1 пациент оперирован в отделении детской челюстно-лицевой хирургии по поводу колоторезанного ранения лицевой области с неконтролируемым кровотечением. Этому больному произведена перевязка ветвей наружной сонной артерии для гемостаза.

Все реконструктивные операции выполняли после стабилизации гемодинамики, реанимационных мероприятий и временного гемостаза.

Выводы. Тяжесть состояния больного обусловлена острой ишемией соответствующего органа и объемом кровопотери. При необходимости восстановления магистральной артерии лучшим способом восстановления является анастомоз "конец в конец". При необходимости протезирования артерии лучшим материалом является большая подкожная вена. Все ре-

анимационные мероприятия и забор необходимых анализов следует проводить на операционном столе параллельно с временной остановкой кровотечения. Только при стабилизации гемодинамики можно переходить к окончательной остановке кровотечения и реконструктивному этапу операции - восстановлению магистрального кровотока.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА В И С У РЕЦИПИЕНТОВ ПОЧЕЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА

Бахритдинов Ф.Ш., Маткаимов З.Т., Рузбакиева М.Р., Арипова Т.У.

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

Республиканский научный центр иммунологии МЗ РУз

Актуальность. Согласно данным международных почечных регистров, число больных с терминальной хронической почечной недостаточностью (ТХПН) неуклонно растет. Радикально изменить прогноз у больных с уремией сегодня позволяют методы заместительной почечной терапии (ЗПТ), такие как программный гемодиализ, а также трансплантация почки (ТП). К настоящему времени в ТП достигнут значительный прогресс, однако пятилетняя выживаемость остается на уровне примерно 58-64% (Baker R.J. et al., 2017). Поздняя потеря трансплантатов в результате хронического отторжения инициируется как специфическими (иммунными), так и неспецифическими механизмами. HBV- и HCV-инфекции, широко распространенные среди больных, получающих ЗПТ, чаще всего имеют хроническое течение (Lentine K.L. et al., 2017). Частота ХВГВ и ХВГС среди реципиентов почечно-го трансплантата, по разным данным, в зависимости от региона колеблется в широком диапазоне. В Узбекистане распространенность хронических вирусных гепатитов с парентеральным путем передачи у больных после ТП весьма высока, поэтому так важно изучение их влияния на выживаемость почечных трансплантатов и реципиентов.

Цель работы - проанализировать клинико-эпидемиологическое и вирусологическое течение ХГВ, ХГС у реципиентов почечного трансплантата и оценка эффективности противовирусной терапии ХВГВ и ХВГС после ТП.

В 2010-2017 г. в отделении хирургии сосудов и

трансплантации почки выполнена 51 трансплантация почки от живого родственного донора. Во всех случаях причиной развития ТХПН являлся хронический гломерулонефрит, в 15 (30%) хронический гломерулонефрит сочетался с хроническим пиелонефритом. Возраст больных - от 18 до 50 лет, средний возраст - $30,5 \pm 1,2$ года, возраст доноров - от 21 года до 59 лет, средний возраст - $40 \pm 1,2$ года. Реципиенты и доноры были обследованы на наличие маркеров HBV- и HCV. У реципиентов почечного трансплантата широко распространены хронические гепатиты: ХГВ встречался у 17,6% из них, ХГС - у 13,7%. Репликация вируса после трансплантации почки определялась у 100% больных ХГВ и у 100% - ХГС. Пациентам с ХГВ проводили терапию бараклюдом (энтекавир) 0,5 мг или 1 мг, которая привела к снижению вирусологической активности у всех обследованных. Пациенты с ХГС с 1а и 1б генотипом вируса получали терапию софосбувир + лидипасвир, а пациенты с ХГС с 3 генотипом - софосбувир + даклутасвир. Такое лечение дало стойкий вирусологический ответ на 6 неделе, а полная ремиссия вируса достигнута в промежутке от 2 до 4 месяцев после начала лечения.

Вывод. Избежать возможных осложнений со стороны гепатобилиарной системы, связанной с репликацией HBV- и HCV после ТП, позволяет проведение вирусологических исследований и терапии, направленной на подавление репликации вирусов, которое является одним из ключевых моментов, влияющих на посттрансплантационное течение и исход.

ВЫБОР ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ВЕТВЕЙ ДУГИ АОРТЫ

Бахритдинов Ф.Ш., Собиров Ж.Г., Сафаров А.

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

Цель исследования - улучшить результаты хирургического лечения больных с сочетанным атеросклеротическим поражением ветвей дуги аорты

путем определения оптимальной тактики хирургического лечения.

Материал и методы. Проанализированы резуль-

таты исследования и хирургического лечения 402 пациентов с сочетанным атеросклеротическим поражением ветвей дуги аорты в АО "РСЦХ им академика В. Вахидова" в 2003-2017 годы. Все больные распределены на следующие группы: I группа - 155 (38,5%) больных с сочетанным атеросклеротическим поражением ветвей дуги аорты и коронарных артерий. II группа - 149 (37,1%) больных с сочетанным атеросклеротическим поражением ветвей дуги аорты, терминального отдела брюшной аорты и артерий нижних конечностей. III группа - 98 (24,4%) больных с сочетанным поражением более трех артериальных бассейнов. С сочетанным атеросклеротическим поражением ветвей дуги аорты мужчин было 92%, женщин - 8%.

Всем больным атеросклерозом для определения поражения артериальных бассейнов произведены диагностические исследования.

Основные варианты хирургического лечения больных 1 группы с сочетанными поражениями каротидных и коронарных артерий: реконструкция сонных артерий, аорто-коронарное шунтирование (АКШ); первым этапом АКШ, затем реконструкция на сонных артериях; одномоментная реконструкция.

При сочетанном поражении ветвей дуги аорты и периферических артерий больным 2 группы использованы следующие варианты хирургического лечения: первым этапом реконструкция сонных артерий, затем реконструкция артерий нижних конечностей; первым этапом реконструкция артерий нижних конечностей, затем реконструкция сонных артерий; одномоментная реконструкция.

Больным 3 группы с сочетанными поражениями ветвей дуги аорты с почечными артериями и более трех артериальных бассейнов с использованы следующие варианты тактики хирургического лечения: первым этапом реконструкция сонных артерий, затем реконструкция почечных артерий; реконструкция почечных артерий, затем реконструкция сонных артерий; одномоментная реконструкция.

Результаты: В послеоперационном периоде неврологические осложнения во всех группах отмечалось в 7 (1,7%) случаях, из них в 2 (1,5%) слу-

чаях с летальным исходом.

Во всех группах в послеоперационном периоде острый инфаркт миокарда развился у 10 (2,48%) больных, из них в 3 (0,7%) случаях - с летальным исходом.

В послеоперационном периоде во 2 группе в 5 (3,4%) случаях отмечен тромбоз шунта, из них в 2 (1,3%) случаях наступила необратимая ишемия с ампутацией нижних конечностей. В 3 группе отмечен тромбоз почечной артерии у 1 (1,0%) больного, которому была произведена нефрэктомия.

Заключение. Для определения этапности хирургического вмешательства у больных с сочетанным поражением ветвей дуги аорты и коронарных артерий необходим дифференцированный подход с учётом резервной возможности мозгового и коронарного кровотока. При низкой резервной возможности мозгового и коронарного кровотока первым этапом показано стентирование симптомависимой коронарной артерии с последующей каротидной эндартерэктомией (КЭЭ) или одномоментные вмешательства - КЭЭ и АКШ.

При сочетанном поражении ветвей дуги аорты и периферических артерий, при асимптомной стадии хронического нарушения мозгового кровообращения и критической ишемии нижних конечностей первым этапом показана реконструкция на периферических артериях, с последующей КЭЭ. При низкой резервной возможности мозгового кровотока и критической ишемии нижних конечностей показано одномоментное вмешательство: КЭЭ и реконструкция периферических артерий.

Трудной задачей остается определение этапности хирургического вмешательства у больных с сочетанным поражением трех и более артериальных бассейнов, которым необходим дифференцированный подход с учётом доминирующих поражений артериальных бассейнов, резервной возможности мозгового и коронарного кровотока. В зависимости от состояния поражения можно рекомендовать первым этапом эндоваскулярные вмешательства с последующей реконструкцией поражений бассейнов 2, 3 значения.

ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ПОРАЖЕНИЙ АРТЕРИАЛЬНЫХ БАССЕЙНОВ ПРИ СОЧЕТАННОМ ПОРАЖЕНИИ ВЕТВЕЙ ДУГИ АОРТЫ И АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Бахрутдинов Ф.Ш., Собиров Ж.Г., Сафаров А.

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

Цель исследования - разработать методику оценки тяжести поражений артериальных бассейнов при сочетанном поражении ветвей дуги аорты и артерий нижних конечностей.

Материал и методы. Проанализированы результаты обследования и хирургического лечения 180 больных в возрасте от 51 до 70 лет с сочетанным

поражением ветвей дуги аорты и артерий нижних конечностей, оперированных в АО "РСЦХ имени академика В. Вахидова" в 2000-2017 году. Мужчин было в 97,2%. Все больные были распределены на три группы. В I группе 31 (17,2%) больному первым этапом выполнена реконструкция на ветвях дуги аорты. 120 (66,7%) больным II группы пер-

вым этапом была выполнена реконструкция на терминальном отделе брюшной аорты и артериях нижних конечностей. III группу составили 29 (16,1%) больных, оперированных одномоментно на обеих артериальных бассейнах. Всем больным для выявления поражений артериальных бассейнов выполнены диагностические исследования.

Для интегральной оценки степени поражений ветвей дуги аорты больные классифицированы по клиническому течению; определен процент сужения ветвей дуги аорты; изучен характер атеросклеротической бляшки; определено наличие или отсутствие позвоночно-подключичного обкрадывания. Расчеты результатов обследования выполнен по формуле: $C_i = d + 4c + 2St + v + 1p$.

Для интегральной оценки степени поражения терминального отдела брюшной аорты и артерий нижних конечностей больные классифицированы по клиническому течению ишемии нижних конечностей; определен процент сужения терминального отдела брюшной аорты и артерий нижних конечностей; определен индекс лодыжкового систолического давления обеих нижних конечностей. Расчеты результатов обследования выполнен по формуле: $Li = d + 4(a + i + f + p + t) + 4(1 - ABI)$.

Результаты. Анализ результатов интегральной оценки поражений ветвей дуги аорты показывает, что индекс оценки прямо пропорционален тяжести поражения артериальных бассейнов. У больных, которым первым этапом выполнено вмешательство на ветвях дуги аорты (I группа) (индекс тяжести ($C_i = 6,16 \pm 0,47$: $C_s = 12,3 \pm 0,59$) был соответственно выше, чем в третьей ($C_i = 4,39 \pm 0,42$: $C_s = 8,62 \pm 0,57$) и во второй группе ($C_i = 3,95 \pm 0,28$, C_s

$= 7,9 \pm 0,3$). Результаты интегральной оценки поражения терминального отдела брюшной аорты и артерий нижних конечностей показывают обратную последовательность по группам по сравнению с индексом тяжести поражения ветвей дуги аорты. Во 2 группе, в которой первым этапом выполнена реконструкция терминального отдела брюшной аорты и артерий нижних конечностей, индекс тяжести ($Li = 10,5 \pm 0,57$, $Ls = 21,2 \pm 0,67$) был выше, чем в третьей ($Li = 8,59 \pm 1,06$: $Ls = 16,9 \pm 1,07$) и в первой группе больных ($Li = 6,725 \pm 1,04$, $Ls = 13,5 \pm 0,66$). Также нами было изучено соотношение среднего Li/Ci и суммарного (Ls/Cs) индекса поражения терминального отдела брюшной аорты и артерий нижних конечностей по сравнению с индексом поражения ветвей дуги аорты. В результате оказалось, что в 1 группе больных $Ls/Cs = 1,1$, во 2 группе $Ls/Cs = 2,7$ и 3 группе $Ls/Cs = 1,96$.

Выводы. Методика интегральной оценки поражений артериальных бассейнов востребована при выборе тактики хирургического лечения больных с сочетанным поражением ветвей дуги аорты и артерий нижних конечностей. Степень поражения артериальных бассейнов прямо пропорциональна тяжести поражения и достоверно отличается между группами.

Сравнительный ретроспективный анализ результатов операций показывает, что при соотношении $Ls/Cs = 1,0$ выполнялось первым этапом вмешательство на ветвях дуги аорты, при $Ls/Cs = 2,5-3,0$ выполнялось первым этапом реконструкция терминального отдела брюшной аорты, артерий нижних конечностей и при $Ls/Cs = 2$ - одномоментные вмешательства.

АНГИОСЕМИОТИКА ПОРАЖЕНИЙ ВЕТВЕЙ ДУГИ АОРТЫ У БОЛЬНЫХ С МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

Бахритдинов Ф.Ш., Собиров Ж.Г., Сафаров А.

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

Цель - изучить варианты поражения ветвей дуги аорты и определить тактику хирургического лечения больных с сочетанными поражениями ветвей дуги аорты, терминального отдела брюшной аорты и артерий нижних конечностей.

Материал и методы. Проанализированы результаты обследования и хирургического лечения 181 больного с сочетанными поражениями ветвей дуги аорты и артерий нижних конечностей в отделении хирургии сосудов АО "РСЦХ имени академика В. Вахидова" с 2000 по 2017 год. Все больные были распределены на три группы. I группу составил 31 (17,1%) больной, которым первым этапом выполнена реконструкция на ветвях дуги аорты. II группу - 120 (66,3%) больных, которым первым этапом выполнена реконструкция на терминальном отделе брюшной аорты и артериях нижних конеч-

ностей. III группу - 30 (16,6%) больных, оперированных одномоментно на обеих артериальных бассейнах. Возраст больных - от 51 до 70 лет (в среднем, 60 ± 1 год), мужчин было 97,2%.

Всем больным для выявления артериальных поражений выполнены диагностические исследования (транскраниальная допплерография, цветное дуплексное сканирование магистральных артерий, электрокардиография, эхокардиография, магниторезонансная томография, мультислайсная компьютерная томография с ангиографией и рентгено-контрастная ангиография, коронаровентрикулография).

Результаты. Из анализа ангиосемиотики поражений ветвей дуги аорты у 181 больного нами выявлена закономерность, которая влияет на выбор тактики хирургического лечения;

- только стенозы в каротидном и позвоночно-подключичном сегменте;
- стенозы в каротидном и окклюзия в позвоночно-подключичном сегменте;
- окклюзия в каротидном и стенозы в позвоночно-подключичном сегменте;
- окклюзия в каротидном и позвоночно-подключичном сегменте.

Исследования показали, что у основной части наших больных наблюдался I тип поражения - 65%. В I группе по частоте встречаемости больше превалировали I и II типы. В остальных группах у большинства больных был I тип поражения ветвей дуги аорты. В зависимости от типа и тяжести поражения определялся объем хирургического

лечения поражений ветвей дуги аорты.

Выходы. По результатам визуализации ветвей дуги аорты предложена классификация типов поражения ветвей дуги аорты, отражающая степень тяжести атеросклеротического изменения артериального бассейна.

При сочетанном атеросклеротическом поражении ветвей дуги аорты, терминального отдела брюшной аорты и артерий нижних конечностей тактику и объем хирургического вмешательства определяли путем сопоставления типов поражения артериальных бассейнов индивидуально для каждого больного.

Анализ результатов нашего исследования показывает, данная классификация вполне отражает степень тяжести поражения ветвей дуги аорты.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОДНОМОМЕНТНЫХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ВЕТВЕЙ ДУГИ АОРТЫ И АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Бахруддинов Ф.Ш., Собиров Ж.Г., Сафаров А., Нурмухамедов М.Р.

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

Введение. Проблема сочетанного поражения атеросклерозом различных артериальных бассейнов остается актуальной. Инфаркт миокарда (ИМ) и его осложнения в общей структуре смертности от сердечно-сосудистых заболеваний составляют 36%, ишемический инсульт - 15-17%. Частота, по данным разных авторов, сочетанных атеросклеротических поражений брахиоцефальных артерий и артерий нижних конечностей составляет 50-60%. Частота ранних послеоперационных кардиальных осложнений на ветвях дуги аорты составляет 1,5-8%. Результаты хирургического лечения данной категории больных зависят от тактики и последовательности лечебно-диагностических мероприятий.

Цель исследования - улучшить результаты одномоментного хирургического лечения больных с сочетанным атеросклеротическим поражением ветвей дуги аорты применением оптимальной тактики.

Материал и методы. Анализу подвергнуты результаты обследования и одномоментного хирургического лечения 30 больных с сочетанными поражениями ветвей дуги аорты и артерий нижних конечностей в АО "РСЦХ имени академика В. Вахидова" в 2010-2017 годы. Возраст больных - от 50 до 70 (в среднем, 60 ± 1 год), все больные были мужчины.

Для определения степени тяжести хронического нарушения мозгового кровообращения (ХНМК) и ишемии нижних конечностей (ИНК) применяли классификацию А. В. Покровского (1979). Более 75% больных имели асимптомное течение ХНМК, 53% - с критической ишемией нижних конечностей. Наиболее частые сопутствующие заболевания в исследуемых группах были артериальная гипертензия (75,8%), ишемическая болезнь сердца (ИБС) (20,7%) и хронический бронхит (17,2%). Сахар-

ный диабет II типа был у 20,7% больных.

Всем больным для выявления поражений со стороны артериальных бассейнов выполнены диагностические исследования.

Основным показанием к одномоментной операции являлись гемодинамически значимые стенозы сонных артерий (независимо от степени ХНМК) и критическая ишемия нижних конечностей (КИНК). С появлением клинического опыта расширили показание для одномоментных операций. В данное время применяем не только при КИНК, но и больным с перемежающей хромотой.

Больным выполнены 32 одномоментные операции на обоих артериальных бассейнах. В 60% случаев - сочетанная операция на каротидном и бедренно-подколенном сегменте; в 40% - на каротидном и арто-подвздошном сегменте. В связи с отсутствием условия для шунтирования бедренно-подколенного сегмента в 2 (6,7%) случаях произведена аутоартериальная пластика глубокой артерии бедра и в 1 (3,3%) случае - поясничная симпатэктомия с катетеризацией надчревной артерии. В двух случаях после первого этапа одномоментных операций вторым этапом выполнены одномоментные вмешательства с противоположной стороны. Время пережатия общей сонной артерии во время каротидной эндартерэктомии составило, в среднем, $10,85 \pm 2,75$ мин.

Результаты. Для оценки результатов вмешательств на ветвях дуги аорты в ближайшем послеоперационном периоде всем больным выполнено цветное дуплексное сканирование сонных артерий. Во всех случаях получен положительный результат (наличие кровотока и отсутствие стенозов). Для оценки результатов вмешательств на артериях ниж-

них конечностей в ближайшем послеоперационном периоде наряду с оценкой клинического состояния, степени ишемии нижних конечностей, после реконструкции выполнена доплерография сосудов нижних конечностей. Послеоперационные данные показали достоверный прирост индекса лодыжкового систолического давления по сравнению с дооперационным результатом ($p<0,05$). У 96,7% больных получены удовлетворительные результа-

ты. Анализ осложнений показывает, что летальный исход скорее связан с исходно тяжелым состоянием больного.

Выводы. Исследование показывает, что применение одномоментных операций является адекватным выбором у больных с множественными поражениями, требующими многоэтапных одномоментных вмешательств. Одномоментные операции не уступают по результатам этапным вмешательствам.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ПОРАЖЕНИЙ АОРТЫ И ЕЁ ВЕТВЕЙ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИИТОМ ТАКАЯСУ

Бахртдинов Ф.Ш., Суюмов А.С., Асатов Ф.Ш., Узокова С.Г., Нурмухамедов М.Р.
АО "Республиканский специализированный центр хирургии имени академика В.Вахидова"

Артериит Такаясу (неспецифический аортоартериит) является редким хроническим гранулематозным панартериитом неизвестной этиологии, поражающим аорту и ее крупные ветви. Заболевание, как правило, встречается в возрасте менее 40 лет. В патологический процесс могут вовлекаться аорта, ее ветви, коронарные артерии и легочная артерия. Наиболее часто поражаются сонные и подключичные артерии.

Цель - оптимизировать диагностику поражения аорты и её ветвей у больных неспецифическим аортоартериитом (НАА).

Материал и методы. В настоящей работе представлены результаты обследования и лечения 220 больных с НАА. В исследовании преобладали лица женского пола. Возраст пациентов составлял от 16 до 50 лет. В комплексе диагностики поражений артериальной системы у пациентов с НАА наряду с общеклиническими, неврологическими, лабораторными методами (СРБ, СОЭ) обследования, применяли различные инструментальные методы (дуплексное сканирование (ДС), МСКТ-, МРТ-, рентгеноконтрастная ангиография). ДС ветвей дуги аорты произведено 20 пациентам, МСКТ-ангиография аорты и её ветвей - 60. В 10 случаях МСКТ ангиография ветвей дуги аорты произведена после её реконструкции. В 5 случаях - после реконструкции почечных артерий; в 1 случае - после торако-абдоминального шунтирования и ремиплантации левой почечной артерии в протез.

Результаты. Ультразвуковыми признаками НАА является резкое утолщение стенок аорты и её ветвей. При НАА определяется пролонгированное, равномерное, циркулярное сужение общих сонных артерий. Для НАА характерно резкое утолщение стенок общих сонных артерий и торакоабдоминального отдела аорты. При этом степень утолщения стенок прямо зависит от активности воспалительного процесса. Расплывчатые контуры стенки артерии, нечеткая эхогенная структура свидетельствуют об активности воспалительного процесса. По мере стихания воспалительных изменений под действием противовоспалительной терапии определяется уменьшение толщины

стенки пораженной аорты и её ветвей. При проведении противовоспалительной терапии ДС является достоверным объективным методом оценки эффективности лечения. На давность патологического процесса указывают ультразвуковые признаки кальциноза пораженной аорты и артерий. С помощью ДС можно оценить состояние внутренней сонной артерии у пациентов, которым планируется реконструктивная операция на ветвях дуги аорты. Всем больных в послеоперационном периоде ДС выполнено с целью оценки проходимости реконструированных артериальных сегментов.

МСКТ-ангиография является стандартом обследования данной категории больных. Эта методика позволяет не только оценить состояние аорты и её ветвей, но и результат операции в отдаленном периоде. Несомненные преимущества МСКТ-ангиографии: скорость ее выполнения, высокое разрешение, неинвазивность, высокая чувствительность в диагностике широкого спектра патологии сосудов; визуализация не только просвета, но и стенки сосуда и окружающих его мягких тканей; возможность построения 3D-реконструкций, значительное сокращение лучевой нагрузки. Данное исследование полностью заменило рентгеноконтрастную ангиографию у данной категории больных.

Выводы. ДС является высокоинформативным методом диагностики в дооперационном и послеоперационном периоде; объективным методом оценки эффективности противовоспалительной терапии и реконструктивной операции.

МСКТ-ангиография у больных с НАА позволяет определить характер изменений сосудистой стенки, распространенность патологического процесса, оценить результаты хирургического вмешательства и проводить динамическое наблюдение за пациентами в послеоперационном периоде.

Полученная при МСКТ-ангиографии целостная картина состояния аорты и артерий в совокупности с клинической картиной заболевания позволяет успешно проводить наиболее точную диагностику, а также определять тактику хирургического лечения.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДОВ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ХИРУРГИИ

Джумабаев Э.С., Джумабаева С.Э., Сайдходжаева Д.Г., Михайлович И.Э., Назаров Н.Н.

Андижанский государственный медицинский институт

Введение. Современная хирургия характеризуется разработкой и внедрением малоинвазивных экономичных и патогенетически обоснованных методов лечения. С 1987 года после организации республиканского центра клинической лимфологии разработаны и внедрены более 40 методов лимфатической терапии, которые успешно применяются в лечении экстренной и плановой хирургической патологии.

Материал и методы исследования. Анализу подвергнуты 840 больных с абдоминальной хирургической патологией, которым в послеоперационном периоде применяли методы лимфатической терапии. Контрольную группу составили 930 пациентов с идентичной патологией, у которых послеоперационный период вели традиционно, без использования лимфотерапии. Экспериментальные исследования выполнены на 252 животных с моделированием различной острой и хронической хирургической патологии. Для оценки эффективности лимфотерапии наряду с известными общеклиническими маркерами использовали электронную микроскопию и изучали фармакокинетику антибиотиков. Методы лимфатической терапии включали лимфотропную и эндолимфатическую антибиотикотерапию, региональную лимфостимуляцию и иммуномодуляцию, эндолимфатическую анальгезию и лимфособцию.

Результаты и их обсуждение. Хирургические операции сопровождаются микроциркуляторными расстройствами и лимфостазом. Установлено, что степень лимфостаза определяется объемом хирургического вмешательства, травматичностью и уровнем бактериальной контаминации. Нарушение лимфатического дренажа приводит к местному иммунопараличу в связи с тем, что лимфоциты покидают очаг патологического процесса исключительно через лимфатические капилляры. Избыточное скопление отечной жидкости в зоне операционного вмешательства, усугубление микроциркуляторных расстройств, высокая концентрация микробов и продуктов дисметаболизма в интерстициальном пространстве становятся ключевыми факторами

развития дистрофических, воспалительных и гнойных процессов. Эти процессы в клинике проявляются в виде несостоятельности швов, анастомозитов, инфильтратов, абсцессов, нарушения моторики и других осложнений. Установлено, что традиционные методы ведения послеоперационного периода без акцентированного влияния на региональную лимфодинамику, особенно после объемных травматичных операций, характеризуются высоким риском развития осложнений.

Изучение фармакокинетики показало, что традиционные методы введения антибиотиков, не всегда создают длительно удерживающиеся концентрации препаратов в очаге патологического процесса и на пути распространения инфекции - в лимфатическом русле. Это приводит к развитию гнойно-септических осложнений.

Предлагаемые методы лимфатической терапии обеспечивают регионарное улучшение лимфатического дренажа, уменьшение отека, восстановление микроциркуляции и местного иммунитета. Лимфотропная антибиотикотерапия по сравнению с традиционными способами введения антибиотиков обеспечивает более высокое содержание препаратов в зоне операционного вмешательства, в лимфатических сосудах и лимфатических узлах.

В клинике методы лимфатической терапии обеспечивают более благоприятное течение раннего послеоперационного периода. Это проявляется в более быстром восстановлении моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта, в стабильном снижении болевого синдрома, уменьшении послеоперационных осложнений. В основной группе отмечено уменьшение несостоятельности швов анастомоза в 2,4 раза; гастростаза - в 1,7 раза; динамической кишечной непроходимости - в 2,2 раза; абсцессов и инфильтратов брюшной полости - в 1,7 раза; послеоперационного перитонита - в 2,7 раза.

Заключение. Многолетний опыт использования методов лимфатической терапии показывает целесообразность более широкого их применения в лечении хирургической патологии.

РЕЗУЛЬТАТЫ РЕНТГЕН-ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ПОРАЖЕНИИ АРТЕРИЙ ГОЛЕНИ У БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Зуфаров М.М., Исакдаров Ф.А., Шерматов М.М., Махкамов Н.К.

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

Цель исследования - проанализировать результаты рентгенэндоваскулярного лечения артерий

ниже коленного сустава у больных с критической ишемией нижних конечностей (КИНК).

Материалы и методы. С 2014 по 2016г. транслюминальная баллонная ангиопластика артерий голени и стопы выполнена 118 пациентам на 120 конечностях с КИНК в возрасте от 52 до 86 лет, в среднем, $64 \pm 3,8$ года. Мужчин было 67 (56,8), женщин - 51 (43,2%).

Поражение артерий оценивали по шкале TASC II (2007 г.). Все больные относились к группе C (19 больных - 15,8%) и D (101 больных - 84,2%)

Отмечается существенно большее количество окклюзионных поражений по сравнению со стенотическими, особенно, в берцовых артериях. При оценке артерий голени окклюзия передней большеберцовой артерии отмечалась у 93 (77,5%) пациентов; задней большеберцовой артерии - у 103 (85,8%); малоберцовой артерии (МБА) - у 65 (54,2%).

Большинство больных были с мультифокальным атеросклерозом и тяжелыми сопутствующими заболеваниями. У всех пациентов превалировала клиническая картина КИНК: боли в покое - 79 (67%) пациентов, трофические изменения стопы и голени - 85 (72%).

Результаты и обсуждение. Транслюминальная баллонная ангиопластика сосудов голени и стопы выполнена 118 больным с КИНК. Двоим ТЛБАП проведена на обеих нижних конечностях. В нашей работе технический успех чрескожной ангиопластики на уровне голени отмечен у 97,5 % пациентов.

Изолированная ангиопластика артерий голени выполнена 52 больным (43,3%); остальным 68 (56,7%) проводилось сочетанное интервенционное вмешательство на бедренно-подколено-берцовых сегментах. В 10 (8,3%) случаях были имплантированы стенты в поверхностную бедренную артерию, в трех (2,5%) - в подколенную артерию, что было вынужденной мерой вследствие диссекции интимы артерии.

Следует отметить, что только в 3 (2,5%) случаях не удалось восстановить антаградный кровоток ни по одной из пораженных артерий; в 3 (2,5%) - в ходе ангиопластики была открыта только поверхностная бедренная артерия. В остальных 108 (90%) случаях был восстановлен антаградный кровоток по артериям голени включая пантарную дугу. В 6 (5%) случаях после ангиопластики кровоток на стопе осуществлялся через малоберцовую артерию; в 76 (63,3%) был открыт прямой кровоток на стопу через заднюю или переднюю большеберцовую артерии.

Динамика ЛПИ имела значимое повышение. Среднее значение ЛПИ на пораженной артерии до эндоваскулярной операции составила 0,66, после РЭВ - 0,88.

Выводы. Ангиопластика артерий голени является малотравматичным и высокоэффективным методом, обеспечивает малую частоту осложнений и короткий восстановительный период.

АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОРАЖЕНИЯМИ КОРОНАРНЫХ И КАРОТИДНЫХ СОСУДОВ ПРИ МУЛЬТИФОКАЛЬНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ

Зуфаров М.М., Махкамов Н.К., Бабаджанов С.А., Искандаров Ф.А.
АО "Республиканский специализированный центр хирургии имени академика В.Вахидова"

Цель - изучить результаты рентгенэндоваскулярных вмешательств (РЭВ) у больных мультифокальным атеросклерозом с сочетанным поражением коронарных и сонных артерий.

Материал и методы. Проанализированы результаты сочетанных РЭВ на каротидных и коронарных артериях у 46 больных. Возраст больных - от 56 до 80 лет (в среднем, $58,2 \pm 1,2$ года). 37 (80,4%) больным первым этапом было выполнено стентирование коронарных артерий. 9 (19,5%) пациентам первым этапом выполнено стентирование сонных артерий. Все эндоваскулярные вмешательства выполнены на фоне двойной дезагрегантной терапии - клопидогрель и аспирин.

Показанием к стентированию сонных артерий являлся стеноз более 70% с выраженным симптомами недостаточности мозгового кровоснабжения.

Одностороннее стентирование каротидных артерий выполнено 43 (95,5%), двустороннее - 3 (6,6%) больных. Всем пациентам с поражением сонных артерий были использованы самораскрывающиеся стенты "Protege™RX" ("EV3") (бифуркационный и прямой). 44 (91,7%) пациентам использовали ней-

ропротекторные системы "Robin" ("Balton") от 5 до 7 мм; 3 (6,6) больным с субокклюзией сонной артерии для предилатации были использованы коронарные баллоны диаметром 2 мм.

При вмешательствах на коронарных артериях 40 (86,9%) пациентам были имплантированы стенты с лекарственным покрытием на коронарные артерии ("Xience Prime"; "BiomatrixFlex"; "Resolute Integrity"; "Ultimaster"). 6 (13,04%) пациентам в связи с множественным поражением коронарных артерий было рекомендовано коронарное шунтирование.

Результаты. Из 46 пациентов у 1 (2,17%) стентирование каротидной артерии не удалось. Пациенту была рекомендована каротидная эндартерэктомия. Это было на начальных этапах освоения методики.

2 (4,4%) пациентам с двусторонним поражением внутренних сонных артерий выполнено поэтапное стентирование в течение 3 суток и у 1 (2,2%) - в течение 6 месяцев.

Неврологических и других осложнений, связанных с вмешательством, ни в одном случае не было. У всех 46 пациентов получен хороший ангиограф-

фический и клинический результат.

Выводы. РЭВ у больных ИБС и сочетанным поражением каротидных артерий являются высокоэффективным методом лечения при мультифокальном атеросклерозе.

По результатам лечения больных с поражениями коронарных и каротидных сосудов при мультифокальном атеросклерозе разработан алгоритм, который является высокоэффективным для данных больных.

РОЛЬ МСКТ-АНГИОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ПРОГНОЗИРОВАНИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ ДУГИ АОРТЫ И ЕЕ ВЕТВЕЙ

Икрамов А.И., Джураева Н.М., Абдукадов Д.А., Пирназаров М.М.

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

Актуальность. Ведущую роль в развитии ОНМК по ишемическому типу занимает атеросклеротическое поражение дуги аорты и ее магистральных ветвей. Две трети ишемических инсультов обусловлены стенозом, окклюзией экстракраниальных отделов сонных артерий. Наиболее высокую смертность наблюдают при обширных инсультах в каротидном бассейне - до 60%. За последние 30-35 лет заболеваемость инсультом и смертность от него во многих странах мира имеют явную тенденцию к росту. Инсульты также являются второй по распространенности причиной деменции, наиболее частой причиной эпилепсии у взрослых и депрессии. Анализ крупных международных исследований (STONE, Syst-Eur, NICS) показал, что в структуре сердечно-сосудистой патологии инсульты стали преобладать над инфарктами миокарда по частоте, примерно, на 30% - "инсультный парадокс". Сосудистые заболевания мозга - актуальная не только медицинская, но и социальная проблема, наносящая огромный ущерб экономике.

Цель работы - оценить диагностическую возможность МСКТ-ангиографии экстра- и интракраниальных артерий в выявлении атеросклеротических изменений просвета сосудов каротидного и вертебробазилярного бассейна; определить артерии, наиболее часто подверженные атеросклеротическим изменениям; оценить анатомические варианты развития экстра- и интракраниальных сосудов, имеющих значение в последующем хирургическом лечении атеросклероза данных сосудов (кинкинг, коилинг, фенестрация).

Материалы и методы. Всем пациентам проводили МСКТ-ангиографию на 128-срезовом мультиспиральном компьютерном томографе компании "GE Optima 660" с внутривенным болясным введением 50 мл йодсодержащего контрастного вещества "Юнигексол 350 мг/мл" с помощью инжектора компании "Ulrich" модели "Missouri". Обработку и последующий анализ полученных данных проводили с помощью программного обеспечения "Advantage Workstation 4.6". За период с 2016-2017 года на базе АО "РСЦХ им. академика В. Вахидова" в отделении "Магнитно-резонансной и компьютерной томографии" обследован 251 чело-

век с направительным диагнозом "Атеросклероз дуги аорты и ее ветвей". Из них 136 (54,18%) мужчин и 115 (45,82%) женщин в возрасте: 20-30 лет было 10 человек (4,01%); 30-40 лет - 16 (6,37%); 40-50 - 18 (7,17%); 50-60 лет - 66 (26,29%); 60-70 лет - 105 (41,83%); 70-80 лет - 29 (11,55%); 80-90 лет - 7 (2,78%). Полученные данные указывают на распространенность данной нозологии среди лиц наиболее трудоспособного возраста.

Результаты. В исследуемой группе выявлены следующие патологические изменения сосудов каротидного и вертебробазилярного бассейнов: гемодинамически значимые стенозы просвета (более 50% по площади сечения сосуда): общая сонная артерия - 19 (1,78%), внутренняя сонная артерия - 90 (8,45%), наружная сонная артерия - 27 (2,54%), позвоночная артерия - 93 (8,74%). Наиболее часто гемодинамически значимые стенозы встречались в просвете позвоночной и внутренней сонной артерий (8,74 и 8,45% соответственно). Гемодинамически незначимые стенозы просвета (менее 50% по площади сечения сосуда): общая сонная артерия - 49 (4,61%), внутренняя сонная артерия - 99 (9,3%), наружная сонная артерия - 10 (0,94%), позвоночная артерия - 26 (2,91%). Наиболее часто гемодинамически незначимые стенозы встречались в просвете внутренней сонной артерии (9,3%). Окклюзия артерий: общая сонная артерия - 10 (0,94%), внутренняя сонная артерия - 15 (1,41%), наружная сонная артерия - 4 (0,38%), позвоночная артерия - 35 (3,29%). Наиболее часто окклюзии встречались в просвете позвоночной артерии (3,29%). Патологическая извитость сосудов (кинкинг, коилинг, фенестрация): общая сонная артерия - 115 (10,81%), внутренняя сонная артерия - 181 (17,01%), наружная сонная артерия - 9 (0,85%), позвоночная артерия - 277 (26,04%). Наиболее часто патологическая извитость сосуда встречалась в русле позвоночной артерии (26,04%). Виллизиев круг: сомкнут - 111 (44,57%), не сомкнут - 138 (55,43%). У большинства пациентов отмечался не сомкнутый Виллизиев круг.

Выводы. МСКТ-ангиография, являясь неинвазивным методом диагностики атеросклеротического поражения сосудов каротидного и вертебробази-

лярного бассейнов, имеет ряд преимуществ: высокую диагностическую точность; возможность анализа протяженности и структуры атеросклеротической бляшки (мягкотканая, смешанная, кальцинированная); выявление и оценка анатомических особенностей развития сосудов пациента, имеющих роль в последующем хирургическом лечении (кинкинг, коилинг, фенестрация, наличие коллате-

ральных сетей, сомкнутость Виллизиевого круга); оценка окружающих тканей на наличие сопутствующей патологии (ОНМК); возможность визуализации протяженных стенозов вследствие утолщения стенки сосуда при неизмененном наружном диаметре (в отличие от традиционной ангиографии); возможность амбулаторного проведения диагностической процедуры.

АНЕВРИЗМА АОРТЫ: РОЛЬ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ПЛАНИРОВАНИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

*Икрамов А.И., Джураева Н.М., Бахрутдинов Ф.Ш., Зулина Т.А., Амирхамзаев О.Т.
АО "Республиканский специализированный центр хирургии имени академика В.Вахидова"*

Актуальность. Аневризма аорты (АА) является тяжелой неуклонно прогрессирующей патологией сердечно-сосудистой системы, для которой характерно многообразие клинических проявлений и высокий риск внезапного развития грозных осложнений.

Цель работы - оценить возможности мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) в диагностике аневризм аорты, имеющих признаки нестабильности стенки.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ данных 32 пациентов (18 (56,2%) мужчин и 14 (43,8%) женщин) с аневризмой грудного и/или брюшного отделов аорты, обследованных в отделении компьютерной и магнитно-резонансной томографии (КТ и МРТ) АО "РСЦХ им. акад. В. Вахидова". Возраст больных варьировал от 22 до 72 лет. Основное количество обследуемых составили лица пожилого и старческого возраста (от 60 лет и старше) - 23 (71,8%). Всем больным была проведена компьютерная томография грудного и/или брюшного отделов аорты на мультиспиральном компьютерном томографе "OPTIMA 660 - 128" фирмы GE. Протокол сканирования включал нативное исследование с толщиной реформатированного среза 0,625 мм и сканирование с внутренним болюсным введением контрастного препарата "Юниексол 350" объемом 50-100 мл, со скоростью 4-4,5 мл/сек, с проведением артериальной фазы и толщиной среза 1 мм. При анализе полученных данных проводился последовательный просмотр изображений в аксиальной плоскости и с последующей мультипланарной реконструкцией (MPR), MIP, построением трехмерных изображений. При нативном исследовании проводилась предварительная оценка состояния аорты: уровень и протяженность поражения, максимальный диаметр сосуда на уровне дилатации, состояние стенки, выраженность кальциноза стенки аорты. При смещении кальцинированной интимы медиально или

при визуализации внутривипроветной гиперденсной полоски ставилось предположение о наличии диссекции или надрывов интимы. При сочетании утолщения стенки аорты с повышением ее плотности высказывалось предположение об интрамуральной гематоме - одном из признаков нестабильности стенки аорты.

Результаты. В нашем исследовании наиболее частой локализацией изменений у мужчин стала аневризма брюшного отдела аорты. Она была выявлена у 10 (55,5%) больных. У женщин чаще встречалась аневризма грудного отдела аорты 8 (57,1%) с локализацией в восходящем отделе у 5 (35,7%) женщин и в нисходящем отделе - у 2 (14,2%). Расслоение стенки аорты выявлено у 8 (25,0%) больных: 1 женщина, 7 мужчин. Самым частым типом диссекции по классификации M. DeBakey в нашем исследовании стал III тип с локализацией разрыва внутренней оболочки аорты в нисходящей части грудной аорты дистальнее устья левой подключичной артерии. Он был выявлен у 4 (50%) больных. Из больных этой группы у 3 определялась локальная фенистриация на уровне аневризмы, у одного - протяженная диссекция. I и II тип расслоения аорты были обнаружены в равном количестве: по 2 (25%) больных каждого типа. Во всех случаях диссекций истинный просвет был уже ложного просвета.

Выводы. Таким образом, МСКТ позволяет неинвазивно и с высокой точностью оценить морфофункциональное состояние аорты на большом протяжении, провести диагностику изменений аорты и ее ветвей, выявить такое серьезное осложнение, как диссекция стенок аорты. Огромным преимуществом метода является возможность реконструкции данных в различных плоскостях и построение трехмерных моделей. Именно МСКТ используется как основной метод предоперационного исследования в хирургии аорты и ее ветвей.

ПЛАСТИКА ОБШИРНЫХ СКВОЗНЫХ ДЕФЕКТОВ ОКОЛОГЛАЗНИЧНО-СКУЛОВОЙ ОБЛАСТИ

Каюмходжаев А.А., Аълоханов Л.Б., Гуламов А.Б., Расулов Ж.Д.

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

Помощь пациентам с дефектами мягких тканей лицевой области представляет сложную задачу, не только технически в силу анатомических особенностей, но и в социальном, функциональном, эстетическом плане. Особую группу составляют пациенты после радикального удаления опухолей верхней челюсти с образованием обширных дефектов мягких тканей, сквозных дефектов хрящевой части носа, верхней челюсти.

Цель сообщения - предложить способ пластики сквозных дефектов окологлазнично-скullовой области, не требующий использования микрохирургической техники, основанный на применении комбинации известных традиционных методов пластики.

Техника операции.

I этап. Поднятие дельтопекторального лоскута. Замещение сквозного дефекта с формированием слизистой выстилки за счет дистального участка

лоскута.

II этап (спустя 30 дней после основного этапа). Отсечение ножки лоскута, перемещение последнего в зону дефекта.

III этап (через 1 мес. после II этапа) Окончательная пластика.

Во всех случаях (n=6) нами получены хорошие функциональные и эстетические результаты.

Использование дельтопекторального кожно-фасциального лоскута на ножке позволяет успешно решить основные проблемы пластики обширных и сквозных дефектов окологлазнично-скullовой области. Использование дельтопекторального лоскута по предложенному способу позволяет закрыть не только сквозной дефект с формированием слизистой выстилки полости носа и рта, но и восстановить симметрию лица, произвести пластику дефекта крыла носа.

ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ЦЕНТРАЛЬНЫХ ВЕН

Махмудов Х.А., Аббосхонов Г.Х., Жалолов Х.А., Эминов Б.Ж.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Известно, что заболеваемость внутрибольничными гнойно-воспалительными заболеваниями и летальность при них весьма высоки. Особо следует отметить широкое распространение гнойно-воспалительных заболеваний в лечебно-профилактических учреждениях хирургического профиля, в частности, среди больных отделений реанимации с палатами интенсивной терапии.

Ретроспективный анализ внутрибольничных гнойно-воспалительных заболеваний среди больных названных отделений показал, что основной причиной возникновения гнойной патологии является введение катетеров в центральные вены, особенно подключичную с последующей фиксацией лейкопластырем. По нашим данным, после введения катетера в подключичную вену чаще встречаются нагноение тканей вокруг катетера и инфильтраты в области его введения; флегит, сепсис, мацерация кожи.

Для профилактики внутрибольничных гнойно-воспалительных заболеваний среди больных нами разработан новый метод фиксации катетеров в подключичной вене. Способ заключается в следующем. Катетер фиксируется прошивной лигатурой, а затем к лигатуре подвязывается шарик, смоченный 70% спиртовым раствором. Ежедневно подвязанный шарик заменяется новым, в течение

суток закапывают 70% спиртовым раствором в течение каждого 6 часов.

Материалом для исследования послужили данные 1227 больных с подключичными катетерами, госпитализированных в отделение реанимации и палаты интенсивной терапии.

Методом случайной выборки сформированы 2 идентичные по основным признакам группы больных. 1 - опытная (410 больных) с применением при катетеризации подключичной вены прошивания спиртовым шариком. 2 - контрольная (817 больных), где катетер фиксировали обычным способом с помощью только лейкопластиря.

Больные обеих групп находились под ежедневным наблюдением. В контрольной группе инфекционные осложнения были зарегистрированы у 53 (6,5%) больных. Инфильтраты в области катетера наблюдались у 41 (5%) больного; сепсис - у 2 (0,2%); флегиты - у 2 (0,2%), мацерация кожи - у 7 (у 0,8%) детей в возрасте до 3 лет и у больных с аллергией на лейкопластирь.

В исследуемой группе внутрибольничных гнойно-воспалительных заболеваний и осложнений, связанных с введением подключичных катетеров, не наблюдали.

Заключение. Фиксация подключичного катетера прошивной лигатурой с подвязыванием шари-

ка, смачиваемого 70% спиртом каждые 6 часов, обеспечивает надежное закрытие входных ворот для

инфекции и является мерой профилактики развития инфекционных осложнений.

ПРИМЕНЕНИЕ КАВА-ФИЛЬТРОВ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

*Муминов Ш.М., Асамов Р.Э., Шукурев Б.И., Йулдошев А.Х.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи*

Оценена клиническая эффективность имплантации кава-фильтра в нижнюю полую вену (НПВ) с целью профилактики ТЭЛА у пациентов с острыми венозными тромбозами.

В хирургической клинике РНЦЭМП кава-фильтр установлен 84 больным с эмболоопасными флегботромбозами системы НПВ. В наших наблюдениях преобладали мужчины - 44 (52,4%) против 40 (47,6%) женщин. Средний возраст пациентов составил 49,0±14,5 года.

Все больные были госпитализированы в клинику по экстренным показаниям с острым тромбозом системы НПВ. У 22 (26,2%) из них была клиника тромбоэмболии ветвей легочной артерии. У 53 (63,0%) больных выявлена тяжелая сопутствующая патология; в том числе у одной (1,2%) пациентки признаки тромбоэмболического синдрома развились на фоне беременности сроком 29 недель.

В результате цветного дуплексного сканирования (ЦДС) и/или ангиографии флотирующие тромбы, расцениваемые нами как эмболоопасные, в общих бедренных венах были обнаружены у 6 (7,1%) больных, в подвздошных венах - у 40 (47,6%) и в НПВ - у 38 (45,2%) больных. Поражение инфаренального сегмента НПВ констатировано в 82 (97,6%) наблюдениях, а супаренально-го в 2 (2,4%).

В хирургической профилактике ТЭЛА были использованы следующие модификации кава-фильтров. Съемный кава-фильтр "ЕЛКА" установлен 36 (42,8%) больным; съемный кава-фильтр "ЗОНТИК" - 14 (16,6%); съемный кава-фильтр "Optease"

24 (28,5%); имплантация несъемного кава-фильтра "Optease" - 10 (11,9%) пациентом.

Процедуру имплантации кава-фильтров все больные перенесли без особенностей. Случаев тромбоза кава-фильтра с развитием послеоперационных осложнений не отмечалось. На следующий день после эндоваскулярного вмешательства больные были активизированы. Клиники нарастания симптомов острого венозного тромбоза и появления клиники ТЭЛА в раннем послеоперационном периоде не было.

После выписки из стационара заметного прогрессирования венозной недостаточности на стороне поражения мы не наблюдали. В отдаленном периоде умерли 6 (7,1%) больных от прогрессирования онкологического заболевания, который и был основным фактором риска развития тромбоэмболического синдрома. Случаи рецидива ТЭЛА на фоне установленного кава-фильтра нами не отмечены. Контрольное ЦДС и антеградная каваграфия выполнены 6 больным через 6-12 месяцев после вмешательства. У всех обследованных выявлено восстановление просвета НПВ. Случаи миграции имплантата не обнаружено.

В госпитальный период ни у одного из 84 больных после имплантации кава-фильтра случаи ТЭЛА не отмечены. Умер 1 (1,2%) пациент от рецидива тромбоэмболического синдрома, источником которого явился тромбоз правого ушка сердца с пристеночным тромбозом полости правого желудочка.

Имплантация кава-фильтров является эффективным средством хирургической профилактики ТЭЛА.

ДВУХЭТАПНАЯ АУТОСУХОЖИЛЬНАЯ ПЛАСТИКА СУХОЖИЛИЙ СГИБАТЕЛЕЙ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОКСИМАЛЬНОГО ПРЕВЕНТИВНОГО СУХОЖИЛЬНОГО АНАСТОМОЗА

*Мурадов М.И., Мухамедкерим К.Б., Байгузева А.А., Казантаев К.Е., Кошкарбаев Д.Ж.
Национальный научный центр хирургии имени А.Н. Сызганова, Алматы, Казахстан*

Повреждения сухожилий сгибателей составляют от 1,9 до 18,8% всех травм кисти. Из них 32% - травмы сухожилий сгибателей пальцев кисти. Положительные исходы операций при отдаленных последствиях травматического повреждения сухожилий сгибателей кисти не превышают 25-30% и

в 12,1% случаев, требуется использование аутопластического материала. Неудовлетворительные функциональные результаты этих операций составляют от 7 до 30%. Основной причиной, по данным большинства авторов, является образование спаек сухожилий с окружающими тканями в I, II анато-

мических зонах кисти и развитие рубцовых изменений костно-фиброзного канала.

Цель данного сообщения - продемонстрировать усовершенствованный способ двухэтапной аутосухожильной пластики.

В рамках НТП с 2016 по 2017 г. прооперированы 10 больных с изолированным повреждением сухожилий сгибателей пальцев кисти.

В отделении микрохирургии усовершенствован способ двухэтапной аутосухожильной пластики. В отличие от классической методики вторичной сухожильной пластики с имплантацией силиконового имплантата в костно-фиброзный канал, при которой формирование спаек, по данным зарубежных авторов, составляют 15,6%, мы первым этапом используем превентивный проксимальный анастомоз между сухожилиями поверхностного и глубокого сгибателя с первичным протезированием костно-фиброзного канала. Вторым этапом через 2-3 месяца выполняем "аутопластику". После удаления эндопротеза сухожилия поверхностного сгибателя пальца иссекаем соответственно диастазу с проведением в собственно сформировавшийся сухожильный канал и подшиваем к дистальному концу сухожилия или к ногтевой фаланге.

Восстановление функции пальцев кисти после восстановительных операций на сухожилиях по методике J.H. Boyes составило, в среднем, 1 дюйм (хорошо), по методике В.И. Розова - 4 балла. Гистологическая оценка костно-фиброзного канала - функционирующий рубцово-сформированный сухожильный канал.

Результаты восстановления функции пальцев кисти после применения разработанного способа были в основном отличные (80%) и хорошие (20%). Это доказывает целесообразность его применения в лечении больных с повреждением сухожилий сгибателей пальцев кисти.

Преимуществом способа является техническая простота. Он может использоваться для оперативного лечения больных с отдаленными последствиями травм сухожилий сгибателей. Основным достоинством способа является формирование анастомоза поверхностных и глубокого сгибателей на уровне проксимального конца сухожилий. Превентивный прошив сухожилий разработанным способом улучшает скольжение восстановленного сухожилия в костно-фиброзном канале (в I, II анатомических зонах кисти), что препятствует формированию спаек.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ

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

Актуальность. Повреждения магистральных кровеносных сосудов относятся к тяжелым и опасным видам травм. В связи с широким проникновением техники во все сферы деятельности человека изменился характер ранений и повреждений сосудов. Все большее место занимают множественные и сочетанные травмы, увеличивается количество повреждений не только магистральных артерий и вен конечностей, но и сосудов шеи, груди, живота и таза, нередко сочетающихся с травмой внутренних органов.

Материалы и методы. В отделении экстренной хирургии Бухарского филиала РНЦЭМП и по линии областной санитарной авиации за последние 7 лет оперированы 115 больных с травмой магистральных сосудов, в основном мужчины (85). Изолированные резаные раны артерий - у 55 больных, вены - у 10; в 10 случаях имело место сочетание травмы артерии, вены, нерва.

Наиболее часто наблюдались повреждения бедренной (30), плечевой (27), лучевой (21), локтевой артерий (15), артерии голени (17). В 5 случаях наблюдали повреждение сонной артерии.

Вопрос об оперативном лечении решали в зависимости от общего состояния, степени и продолжительности ишемии, тяжести травматическо-

го шока и кровопотери, характера повреждения и состояния раны.

После ревизии поврежденного участка сосуда применяли боковой или циркулярный шов; протезирование аутовеной или синтетическим протезом.

Результаты. Из 115 оперированных больных 110 удалось выполнить восстановительную операцию. В 2 случаях имело место аррозивное кровотечение в связи с инфекцией в ране. В 10 случаях удалось спасти конечность после атипичного шунтирования. В остальных случаях пришлось выполнить лигатурные операции с последующей ампутацией конечности. Летальность в этой группе составила 2,5%.

При повреждении артерии и вены мы считаем обязательным восстановление кровотока по обоим сосудам. Перевязки магистральной вены при восстановленном артериальном кровотоке приводят к развитию, в лучшем случае, посттромботического синдрома, делающего больного инвалидом.

Выводы. При сочетании переломов костей с травмами сосудов считаем обязательным одномоментное вмешательство на костях и сосудах. Ранняя восстановительная операция и правильная тактика являются залогом спасения не только конечности, но и жизни больного.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ТРОМБОФЛЕБИТА ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ

Мусоев Т.Я., Хамдамов У.Р., Ходжаев К.Ш., Хайдаров Ф.Н.
Бухарский филиал РНЦЭМП

Основная причина острых тромбозов глубоких вен нижних конечностей у беременных - экстравазальная компрессия беременной маткой подвздошных вен на фоне активизации свертывающей системы крови.

Цель исследования - улучшить результаты лечения острого тромбофлебита глубоких вен нижних конечностей у беременных

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 34 беременные с острым тромбофлебитом глубоких вен нижних конечностей. Средний срок беременности - 30-31 неделя гестации. Локализация тромбоза в большинстве случаев носила илеофеморальный характер. Левосторонняя локализация наблюдалась в 64%, правосторонняя - в 36% случаев.

Для определения тактики хирургического лечения устанавливали характер и локализацию тромбоза (окклюзирующий или неокклюзирующий). С применением кавографии и ультразвукового ангиосканирования. В связи с инвазивностью и тератогенностью рентгенологического исследования кавографию применяли только в случаях, когда, по данным ультразвукового ангиосканирования, имелись подозрения на флотирующий тромб или при невозможности адекватной ультразвуковой оценки характера тромбоза. Подобные затруднения возникают у тучных пациенток и при больших сроках беременности.

Следующим обязательным аспектом в выборе правильного лечения и дальнейшей профилактики тромбозов является выявление причин нарушения в системе гемостаза. Из 34 беременных с тромбозами глубоких вен нижних конечностей у 8

обнаружена тромбофилия наследственного и приобретенного генеза.

Лечение. Главной задачей консервативного лечения является профилактика нарастания венозного тромбоза с переходом во флотирующее состояние и предотвращение тромбозов на контраполатеральной конечности, в венах малого таза и плаценте. Лечение должно быть комплексным под контролем свертывающей системы крови.

Выбор метода родоразрешения без учета сопутствующих факторов зависит прежде всего от давности случившегося венозного тромбоза. Четких данных о временных сроках и плотности фиксации тромботических масс нет. Мы считаем, что при двухнедельной давности тромбоза фиксация тромботических масс к венозным стенкам достаточно плотная, и родоразрешение возможно через естественные родовые пути. В противном случае требуется выключение потужного периода. Обязательным моментом в послеродовом периоде является назначение низкомолекулярных гепаринов на протяжении 7-14 дней и дезагрегантов; ношение компрессионного белья на протяжении шести-восьми месяцев с последующим наблюдением у ангиохирурга или феллога.

Выводы. В генезе развития тромбоза глубоких вен нижних конечностей у беременных ведущая роль принадлежит наследственным формам тромбофилии. Беременные с отягощенным тромбогенным и акушерским анамнезом на ранних сроках гестации должны проходить скрининг для выявления скрытых форм тромбофилии с последующим решением вопроса профилактики вероятных осложнений.

РЕЗУЛЬТАТЫ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

*Назиров Ф.Г., Бахритдинов Ф.Ш., Ибадов Р.А., Суюмов А.С., Маткаримов З.Т.
АО "Республиканский специализированный центр хирургии имени академика В. Вахидова"*

Введение. В современных условиях сохраняющегося дефицита трупных донорских органов трансплантация почки от живого родственного донора является перспективным альтернативным методом заместительной почечной терапии, обладающим такими преимуществами как возможность решения проблемы дефицита органов, плановый характер операции, отсутствие длительного периода ожидания донорского органа, возможность выполнения трансплантации до начала заместительной терапии, более предсказуемая и устойчивая ранняя функция трансплантата.

Цель работы - оценить непосредственные результаты родственной трансплантации почки в Республике Узбекистан.

Материалы и методы. В 2010-2017 г. в АО "РСЦХ имени академика В. Вахидова" выполнена 51 трансплантация почки от живого родственного донора. У всех пациентов причиной развития терминалльной хронической почечной недостаточности (ТХПН) являлся хронический гломерулонефрит, у 15 (30%) он сочетался с хроническим пиелонефритом. Среди больных было 5 женщин и 46 мужчин в возрасте от 18 до 50 лет (средний воз-

раст - $30,5 \pm 1,2$ года).

50 (98%) реципиентам была выполнена первичная пересадка почки. 1 пациентка в Индии ранее перенесла трансплантацию родственной почки, которая функционировала в течение 1,5 лет и утратила функцию в результате хронического отторжения. 7 (13,7%) реципиентам трансплантация проведена до начала лечения программным гемодиализом при уровне креатинина плазмы 0,5-0,7 ммоль/л и клубочковой фильтрации 10-13 мл/мин. В большинстве случаев донорами были братья и сестры в возрасте от 21 года до 59 лет, средний возраст $40 \pm 1,2$ года. Выбор донора проводился по стандартному протоколу. Особое внимание уделялось данным МСКТ почек, надпочечников, МСКТ-ангиографии брюшной аорты и её ветвей с флегмографией почечных вен и экскреторной фазой. Предпочтение отдавалось левосторонней нефрэктомии. В 1 случае произведен лапароскопический, в 50 - открытый забор почки. После проведения нефрэктомии немедленно начинали ее перфузию консервирующим раствором. Время первичной тепловой ишемии не превышало 2 мин. Использовался раствор Custodiol температуры 4-8°C в количестве 1 л. Сроки холодовой ишемии - $40 \pm 0,97$ мин. Продолжительной вторичной тепловой ишемии - не более 40 мин.

Трансплантация выполнялась по стандартному протоколу. Доступ в забрюшинное пространство осуществляли по параперитальной линии с рассечением спигелиевой линии. Для формирования артериального анастомоза "конец в бок" чаще использовали наружную или общую подвздошную артерию, а венозный анастомоз "конец в бок" формировали с наружной подвздошной веной с переходом на общую.

Перед пуском кровотока в трансплантат производили инфузию метилпреднизолона в дозе 500-1000 мг. Мочеточниково-пузырный неурутероцистоанастомоз формировали по методике Lich с применением мочеточникового стента "морской конек" размером 6F.

Для иммуносупрессии использовали базиликсимаб, иммуноглобулин антитимоцитарный, метилпреднизолон, таクロлимус, миофенометил. У 1 донора и реципиента кросс матч был положительный. После проведения плазмафереза и приема таクロлимуса в дооперационном периоде кросс матч отрицательный. Этому реципиенту для индукции иммуносупрессии назначали иммуноглобулин антитимоцитарный.

Результаты и обсуждение. Все доноры, использованные для родственных трансплантаций почки, отвечали приведенным стандартным критериям. Групповую идентичность по АВО имели 88% доноров и реципиентов. В 7 случаях трансплантации выполнены по принципу групповой совместимости. Разнорезусных доноров и реципиентов было 2. Во всех парах отмечалась HLA-совместимость не менее чем по двум гаплотипам.

В ранние сроки после операции нефрэктомии у

1 (2%) донора имело место преходящее повышение уровня креатинина до 0,12-0,13 ммоль/л. У 7 доноров развилась послеоперационная анемия. У 2 доноров отмечалась транзиторная артериальная гипертензия, АД нормализовалось после соответствующей терапии. Сроки пребывания доноров в клинике после операции - $13 \pm 0,9$ дня.

В послеоперационном периоде 2 реципиентам потребовалось проведение сеансов гемодиализа, у 2 имел место эпизод острого отторжения. У 1 больного после курса пульс-терапии и еще у 1 пациента после снижения дозы таクロлимуса функция трансплантата восстановилась (в крови выявлена высокая концентрация препарата).

Из послеоперационных осложнений следует отметить нарушения сердечного ритма, двусторонней пневмонии у 1 больного. После проведения в условиях реанимационного отделения соответствующей терапии больной выписан в удовлетворительном состоянии.

В раннем послеоперационном периоде умер 47-летний мужчина. Причиной смерти были криз отторжения, двусторонняя нижнедолевая пневмония, острые дыхательная недостаточность, острые сердечно-сосудистые недостаточности, острый респираторный дистресс-синдром.

У больной 19 лет на 8-е сутки после операции наблюдалась несостоительность неурутероцистоанастомоза с образованием мочевого затека в забрюшинное пространство справа. Разлитой мочевой перитонит. Больной произведена диагностическая лапароскопия, ушивание дефекта задней губы мочеточниково-пузырного анастомоза, установлен стент "морской конёк" 6FR. Больная выписана в удовлетворительном состоянии.

У 95% больных в раннем послеоперационном периоде клиника ХПН исчезла. Снизился уровень азотемии, нормализовалось артериальное давление. Уровень креатинина плазмы крови (снижение до 0,11 ммоль/л и меньше) в среднем нормализовался на $4,5 \pm 0,9$ дня. Через 1 месяц после трансплантации этот показатель составил $0,10 \pm 0,03$ ммоль/л, уровень клубочковой фильтрации через 5 суток после трансплантации - $95,2 \pm 5$ мл/мин. Быстро восстановление функции трансплантата, отсутствие кризов отторжения и послеоперационных осложнений, отсутствие потребности в гемодиализе позволило сократить сроки госпитализации реципиентов до $16 \pm 0,9$ дня.

Выводы. Немедленное восстановление функции пересаженной почки и отсутствие кризов отторжения при родственной трансплантации, помимо лучших непосредственных результатов, безусловно, позволяют прогнозировать и более высокую, чем при пересадке трупного органа, отдаленную выживаемость трансплантатов и больных. По нашему мнению, это связано не только с большей степенью иммунологической совместимости донора и реципиента, но и во многом определяется сокращением времени холодовой ишемии и, соответственно, снижением тяжести реперфузионных по-

вреждений.

Трансплантация почки от живых родственных доноров не только реальный на сегодняшний день путь решения проблемы дефицита донорских органов, но и, бесспорно, более эффективный как с медицинской, так и с экономической точки зрения.

ния метод лечения больных с ТХПН. Использование МСКТ на заключительном этапе обследования потенциального донора позволяет с максимальной точностью определить особенности анатомии артерий и вен почек и выбрать оптимальную хирургическую тактику.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОКАЗАНИЙ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ ВАРИКОЦЕЛЕ

Расулов Ж.Д., Аълоханов Л.Б.

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

Оперативные вмешательства при варикоцеле предусматривают разобщение венозной системы яичка с левой почечной веной. Среди них выделяют два основных вида: окклюзирующие операции на яичковой вене и неокклюзирующие методики наложения межвенозных анастомозов (МВА).

На основании обследования 62 пациентов нами разработаны показания к виду оперативного вмешательства при варикоцеле. Из 62 больных у 32 отмечался рецидивный варикоцеле, 30 пациентов - первично обратившиеся. Средний возраст больных составил $19,03 \pm 0,56$ года.

Больные с рецидивным варикоцеле ($n=32$) ранее оперированы в возрасте от 9 до 38 лет. Рецидив заболевания выявлен после операции в сроки от 1 мес. до 5 лет (в сред. $10,11 \pm 2,23$ мес.). В 5 (15,6%) случаях дважды выполненная операция Иваниссевича была без эффекта.

У 44 больных (71,0%) выявлена "отвисłość" мошонки; у 3 (4,8%) имело место варикоцеле с 2 сторон.

В исследуемой группе варикоцеле I типа (реносперматический) выявлено у 40 (64,6%) пациентов, II типа (илиосперматический) - у 11 (17,7%); III типа (смешанный) - у 11 (17,7%). Показания к тому или иному виду коррекции варикоцеле могут быть определены с учетом указанных нарушений венозной гемодинамики.

На УЗ-допплерографии отмечался выраженный рефлюкс крови по семенным венам, расширение вен гроздевидного сплетения. Количество семенных вен варьировало от 1 до 6. Диаметр семенной вены при пробе Вальсальвы, в среднем, составил $0,45 \pm 0,02$ мм.

Микрохирургическая ревизия элементов семенного канатика позволила установить причину рецидива варикоцеле. Из 32 пациентов у 17 (53,1%) им явилась техническая ошибка при первой операции. В 15 случаях причиной рецидива, на наш взгляд, явилось отсутствие предоперационной оценки гемодинамического типа варикоцеле, показателей флеботонометрии и градиента давления в системе семенной вены, наличие синдрома "отвислости мошонки".

Интраоперационная флеботонометрия выполне-

на 57 больным для измерения венозного давления в концах семенной вены после ее пересечения 5 (8,1%) больным из-за рассыпного типа ВСВ интраоперационную флеботонометрию выполнить не удалось.

Давление измеряли в почечном и яичковом концах семенной вены в покое и при пробе Вальсальвы с определением градиента давления (ΔP) и сравнивали с дооперационными показателями гемодинамических типов варикоцеле.

С целью оптимизации выбора способа хирургического вмешательства больные исследуемой группы ($n=57$) по результатам интраоперационной флеботонометрии в покое и при пробе Вальсальвы с определением градиента давления разделены на две подгруппы. В первую подгруппу включен 31 больной, у которого градиент давления между почечным и яичковым концами ВСВ был в пределах $0-5$ мм.рт.ст. Во вторую подгруппу - 26 больных с градиентом давления выше 5 мм.рт.ст.

Так же больные были распределены в зависимости от показателей флеботонометрии в системе семенной вены на группу с невыраженной (до 15 мм.рт.ст.) и с выраженной гипертензией (выше 16 мм.рт.ст.).

Результаты дооперационного обследования по установлению причин рецидива, интраоперационной флеботонометрии позволили нам определить показания к тому или иному виду операции при варикоцеле с использованием микрохирургической техники.

Перевязку стволов семенной вены целесообразно выполнять при рассыпном типе семенной вены; реносперматическом рефлюксе с непостоянной венозной гипертензией; при илиосперматическом и смешанном типе варикоцеле с градиентом давления между почечным и яичковым концами семенной вены менее чем 5 мм.рт.ст.; с невыраженными нарушениями параметров спермограммы.

Во всех остальных случаях при градиенте давления выше чем 5 мм.рт.ст. вопрос должен решаться в пользу формирования МВА. Проксимальный МВА показан при I - реносперматическом типе за счет повышения давления в почечном конце внутренней семенной вены, с проксимальным рефлюксом. Дистальный МВА при II - типе варикоце-

ле с дистальном рефлюксом. При III типе варико-целе целесообразно формирование комбинированного МВА при наличии проксимального и дис-

тального рефлюксов, двунаправленного МВА - одновременное формирование проксимального и дистального анастомозов.

ЗАКРЫТИЕ ТОТАЛЬНОГО СКВОЗНОГО ДЕФЕКТА МЯГКИХ ТКАНЕЙ НОСА

Расулов Ж.Д., Низамходжасаев Ш.З.

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

Нос занимает центральное положение на лице и придает ему индивидуальность. Любой даже незначительный изъян приносит серьезные страдания пациентам. Перед хирургом стоит задача выбора донорской зоны, соответствующей эстетическим требованиям пациента.

Замещение дефекта носа является очень сложной задачей, обусловленной сложностью формы и строения этого органа. Набор методов достаточно разнообразен. Используется пластика местными и тканями из других областей. Все методы обладают преимуществами и недостатками.

Дефекты мягких тканей лица представляют особую сложность при реконструкции из-за вариабельности текстуры и цвета кожи. При реконструкции тканей лица хирурги стараются найти метод, который не оставляет заметного рубца, является простым в исполнении и не требует наличия специального оборудования. Для реконструктивной ринопластики в основном выбирают ткани щеки и лба. При любых методах лечения рубец в донорской области все же останется, омрачая жизнь пациента даже при удовлетворенном результате ринопластики.

Большие дефекты, возникшие после онкологических резекций, чаще закрывают расщепленной кожей. При закрытии сквозных дефектов необходимы сложные лоскуты.

Для устранения дефектов носа предложено много способов. Широко используются лоскуты со лба и носогубных складок. Они прекрасно подходят для закрытия тотальных сквозных дефектов носа.

Больной К. 25 лет поступил в отделение пластической и реконструктивной микрохирургии АО "РСЦХ им. акад. В.Вахидова" 10.06.2016 г. (И.Б. №3578) с диагнозом "Посттравматический тотальный сквозной дефект носа. Деформация скуловой области слева. Состояние после операции резекции мягких тканей носа и верхней губы".

Жалобы при поступлении: на полный дефект носа, затруднение дыхания, косметический дефект, ухудшение качества жизни. Больному в РОНЦ в отделении головы и шеи выполнена операция (09.02.2016г): резекция верхней губы с пластикой по Блохину; резекция мягких тканей носа по пово-

ду рецидива тумора кожи верхней губы и носа. Пациент был направлен на пластическую операцию для закрытия тотального дефекта носа. При поступлении общее состояние больного удовлетворительное. При осмотре - тотальный сквозной дефект мягких тканей; отсутствие перегородочного хряща, недостаточность верхней губы, дефект мягких тканей скуловой области слева и послеоперационные рубцы скуловой и подчелюстной области слева.

Больному выполнено выкраивание углового лоскута на носогубной складке на сосудистой ножке с 2 сторон и переносице носа. Выполнен разрез и выделена слизистая перегородки до 2-3 мм. Выкроенные лоскуты с носогубной складки перемещены и подшиты к слизистой перегородки носа (сформирована внутренняя выстилка крыльев носа). Далее выкроенный лоскут с переносицы ушит к сформированным крыльям носа и полностью ликвидирован дефект слизистой оболочки носа.

Отдельным разрезом в области лба выкроен кожно-фасциальный лоскут на сосудистой ножке (блоковая артерия) в форме наружного носа. Далее лоскут перемещен на дефект. Донорская зона закрыта местными тканями. Из-за послеоперационных рубцов и дефицита ткани щечной области слева закрыть дефект полностью местными тканями не удалось. В связи с этим взят с передней стенки паховой области слева полнослойный кожный лоскут. Выполнено закрытие дефекта носогубной области слева. Наложение швов с фиксирующей повязкой типа "пилот".

Послеоперационное течение без осложнений. Рана зажила первично. Кожа прижилась полностью. На основании колумеллы отмечалось расхождение швов, заживление вторично. Больной выписан в удовлетворительном состоянии с хорошим косметическим результатом. Через 2 мес. осмотрен, отмечено улучшение качества жизни пациента.

Представленное клиническое наблюдение показывает возможности пластической реконструктивной микрохирургии в радикальном лечении тотальных сквозных дефектов носа. Совместная работа онкологов и пластических хирургов позволяет достичь радикальности объема и улучшения качества жизни.

БҮЙИН МАГИСТРАЛ ҚОН-ТОМИРЛАРИ ШИКАСТЛАРИДА ХИРУРГИК ДАВО ТАДБИРЛАРИ

*Умаров О.М., Юлдашев А.А., Усманов Б.С., Махмудов Н.И., Дадабоеев Х.Р.
РШТЕЙМ Фаргона филиали*

Хозирги кунда бўйин соҳаси магистрал қон-томирларини асоратсиз даволаш замонавий хирургиянинг долзарб муаммоларидан бири ҳисобланади. Магистрал қон-томирлари шикастланишларининг 5,6% ини бўйин соҳаси шикастланиши ташкил этади. Ҳозирги вактда бундай шикастланиш ҳоллари кўпайиб бормоқда.

Тадқиқот мақсади: Бўйин соҳаси магистрал қон-томирлари шикастларини даволаш ишларини яхшилаш ва асоратларни камайтириш.

Материал ва текшириш усуллари. Бизнинг тадқиқот ишимизда 2011-2016 йилларда РШТЁИМ Фаргона филиали қон-томир ва микрохирургия жарроҳлик бўлимида даволанган беморларнинг касаллик тарихлари баённомалии таҳлил қилинди.

Даволаш тадбирлари ўтказилган 46 нафар беморда олинган натижалар ўрганилди. Беморлардан 31 (67,4%) тасини эркаклар, 15 (32,6%) тасини аёллар ташкил қилган. Беморларнинг ўртача ёши 29 ёш бўлган.

Жароҳат олган 46 бемордан 2 (4,3%) таси умумий уйқу артерияси ва ички бўйинтуруқ венаси шикасти билан, 4 (8,7%) нафари ички уйқу артерияси шикасти билан, 3(6,5%) таси ташкил қилган. Беморларнинг 11 (23,9%) таси умуртқа артерияси шикасти билан мурожаат қилган ва жарроҳлик усулида даволанган. Магистрал томирлар шикастланиши билан бир вактда кизилўнгач, трахея, орқа мия, елка нерв чигали ва кўкрак кафаси лимфа йўллари шикастланиши кузатилган.

Олинган натижалар ва уларнинг муҳокамаси. Барча беморларга ўз вактида жарроҳлик амалиётлари ўтказилган. Оғир жароҳат олган ва жароҳатдан қон кетиши давом этган bemорларнинг умумий аҳволи, қўшимча аъзоларининг шикастланиши баҳоланган. Операция вактида актив қон кетиши кузатилмаган ва операциядан сўнг жа-

роҳатлар бирламчи битган. Уйқу артериялари шикастланиши аниқланган беморларда бош миянинг кислородга чидамлилигини оширувчи чора-тадбирлар ўтказилган ва шикастланган артериялар тикилган. Шикастланган ички бўйинтуруқ венаси проксимал ва дистал қисмларининг четлари қон-томир қисқичларига олиниб, тугунили чоклар қўйиб тикилган. Ташқи бўйинтуруқ веналари шикастланган ҳолларда ушбу веналар боғлаб қўйилган.

Шунингдек, беморларга антикоагулянт, антиагрегант, микроциркуляцияни яхшиловчи препаратлар буюрилган ва операциядан олдинги антибиотикопрофилактика даво-муолажалари ўтказилган. Оғир аҳволдаги беморларга юрак ва плевра бўшлиқларининг ультратовуш текшируви, зарурат бўлганида плеврал пункция, плевра бўшлиғини найчалаш муолажалари ўтказилган. 10 нафар bemорга ўпка рентгенографияси, 5 тасига умуртқа рентгенографияси, 3 нафар bemорга фиброзэзофагогастроскопия, 2 тасига эхоэнцефалография текширувлари ўтказилган.

Даволанган 46 bemордан 42 (91,3%) тасида ижобий натижа олинган. 4 (8,7%) тасида ўлим натижаси кузатилган. Ўлим сабаби bemорлардаги оғир геморрагик шок ва полиорган етишмовчилик бўлган.

Хулоса. Бизнинг текширув ва таҳлиллар натижаларига асосланган ҳолда шуни таъкидлаш мумкинки, юкоридаги шикастланишларда бирламчи жарроҳлик ишловини тўла-тўқис бажариш, қон-томирларини оптик мосламалардан фойдаланилган ҳолда тикиш, антикоагулянт, антиагрегант, микроциркуляцияни яхшиловчи препаратларни қўллаш, операциядан олдинги антибиотикопрофилактика даво муолажаларини ўтказиш мақсадга мувофиқ бўлиб, кўп ҳолларда операциядан кейинги асоратлар профилактикаси ва операциядан кейинги даврнинг хавфсиз кечишида асосий омил ҳисобланади. Бу омиллар юзага келиши мумкин бўлган асоратларни камайтириш имконини беради ва асосий касалликларни даволаш натижаларини яхшилашда муҳим аҳамият касб этади.

ОКАЗАНИЕ УРГЕНТНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ТЯЖЕЛЫМИ ТРАВМАМИ ПЕРВОГО ПАЛЬЦА КИСТИ

Усманов Б.С., Юлдашев А.А., Исмаилов Ж.Т.
Ферганский филиал РНЦЭМП

На долю травм пальцев приходится от 80 до 86,6% всех открытых травм кисти, при этом первый палец страдает в 21,7-26,8% случаев. Его утрата снижает функцию кисти на 30-50% (Д.А. Бураев, Н.А. Сивоволова, 2002).

В отделении экстренной сосудистой хирургии и микрохирургии ФФРНЦЭМП за истекшие 5 лет

пролечены 33 больных с тяжелой травмой первого пальца, из них 23 пострадавших - с полными и неполными его отчленениями. У большинства больных отмечены рубленые, размозженные и скальпированные раны. Мужчин было 29, женщин - 4, из них 5 детей.

Доставка пострадавших с тяжелыми травмами

первого пальца осуществлялась по общепринятой методике. При травматических отрывах ампутат помещался в полиэтиленовый пакет, который вкладывался в другой пакет со льдом. На рану накладывали давящую повязку. В остальных случаях давящая повязка на рану дополнялась фиксацией верхней конечности лестничной шиной.

Вид восстановительной операции определяли по уровню повреждению, характеру травмы, длительности ишемии ампутата, возраста, пола, профессии и желания больного. Больным выполняли хирургическую обработку раны с иссечением краев и удалением нежизнеспособных тканей; ревизию и маркировку анатомических структур. Все это производили под операционным микроскопом с использованием прецизионной техники, что позволяло избежать травматизации микроструктур и адекватно выполнить первичную хирургическую обработку раны. Остеосинтез осуществляли интрамедуллярно или перекрещивающимися спицами. Поврежденные сухожилия ушивали простым сухожильным швом в дополнение к микрохирургическим не нарушая кровоснабжение сухожилия.

При полных и неполных травматических отчленениях первого пальца кисти операции реplantации выполнили 6 больным; реваскуляризацию и реиннервацию - 11; кожно-костную реконструк-

цию с использованием острого Филатовского стебля - 4 пострадавшим. В связи с обширной площадью размозжения мягких тканей и кости 2 больным сформирована кулья пальца.

Дефект мягких тканей при тяжелой травме первого пальца заместили 3 больным кожно-жировым лоскутом с живота; 2 - лоскутом с ладони; 2 - паховым лоскутом; 1 - лучевым лоскутом; 2 больным выполнили пластику расщепленным кожным трансплантатом.

После восстановительных операций наблюдались следующие осложнения: тромбоз сосудистых анастомозов - в 2 случаях, некроз кожи - в 3, нагноение раны - в 1, образование ложных лоскутов - в 1.

После реplantации 6 отчлененных первых пальцев кисти "приживления" добились в 4 случаях. При кожно-костной реконструкции в 4 наблюдениях удалось сохранить сегменты пальцев.

Из 33 пострадавших с тяжелой травмой первого пальца кисти после реконструктивных операций функция кисти восстановлена у 25. Остальные больные находятся на различных этапах реабилитации.

Заключение. Использование оптического увеличения и прецизионной техники позволило окказать адекватную специализированную помощь больным с тяжелыми травмами первого пальца кисти и добиться хороших результатов лечения.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЭПИЗОДАМИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

*Усманов Б.С., Юлдашев А.А., Махмудов Н.И., Султанов А.А.
Ферганский филиал РНЦЭМП*

Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) остается одной из основных причин смерти во всем мире. По данным 25-летнего популяционного исследования в США (Silverstein M.D. et al., 1998), примерная распространенность ТЭЛА оценивается как 1 случай на тысячу населения в год с возрастанием риска ТЭЛА у лиц, находящихся на постельном режиме лечения, а среди госпитализированных пациентов распространенность ТЭЛА достигает 0,4% (Stein P.D. et al., 2004).

Цель исследования - изучить результаты лечения больных с эпизодами тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА).

Материал и методы. Проанализированы данные 65 пациентов, находившихся на лечении в Ферганском филиале республиканского научного центра экстренной медицины с диагнозом ТЭЛА. Мужчин было 29 (44,6%), женщин - 36 (55,4%). Средний возраст - 49,8 лет. 25 пациентов поступили с высоким риском летального исхода (1 группа), 40 - со средним риском (2 группа).

При выборе способа лечения учитывали стабильность системной гемодинамики, степень гипоксии, уровень расположения тромбоэмболов. В 1

и 2 группах предпочтение отдавали тромболитической терапии (Ротакиназа). В процессе лечения оценивали эхокардиографические показатели снижения легочной гипертензии, уменьшения правых отделов сердца, легочной регургитации, выживаемость пациентов.

Клиническим признаком ТЭЛА у всех больных была одышка. У половины пациентов имелись различного характера боли в груди, у трети - кашель, нередко с примесью крови, эпизоды потери сознания.

Всем больным назначали строгий постельный режим в течение 10 дней, повышенное положение и эластичное бинтование конечностей, прямые антикоагулянты. Тромболитическая терапия проведена практически всем больным (за исключением случаев свежих язв желудочно-кишечного тракта). Пациенты хорошо переносили тромболитики.

Результаты. У многих больных значительно улучшилось общее состояние, уменьшились одышки, снизилось или нормализовалось легочное давление.

Несмотря на проводимые мероприятия, отмечены 13 летальных исходов, преимущественно в 1 группе. Причиной смерти больных явились тяжелая сердечно-сосудистая и дыхательная недостат-

точность. В остальных случаях удалось добиться хороших ближайших и отдаленных результатов.

Выводы. При лечении больных с ТЭЛА высокого и среднего риска летального исхода предпочт-

ение следует отдавать тромболитической терапии, которая при отсутствии противопоказаний сопровождается низкой летальностью и высокой эффективностью.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ЭМБОЛИЯМИ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ СЕРДЦА

Хамдамов У.Р., Мусоев Т.Я., Ганиев А.А., Кенжасев Л.Р.
Бухарский филиал РНЦЭМП

В отделении I экстренной хирургии Бухарского филиала РНЦЭМП в 2009-2016 г. прооперированы 35 больных с эмболией артерий нижних конечностей различной локализации. Мужчин было 75%, женщин - 25% в возрасте 32-84 лет ($61,5 \pm 1,9$ года). У всех больных отмечалась мерцательная аритмия на фоне какой-либо сердечной патологии длительностью от 1 года до 10 лет. 7 больных были с ревматическими пороками сердца (5 - митрального клапана, 2 - митро-аортальное сочетание порока). У 2 пациентов отмечались миокардиты ревматического происхождения с переходом на ишемическую болезнь сердца. У 8 пациентов причиной развитии мерцательной аритмии была ИБС. У 7 пациентов в анамнезе был острый инфаркт миокарда с развитием постинфарктного кардиосклероза, у 1- с постинфарктной аневризмой левого желудочка. У 5 больных диагностирован сахарный диабет 2 типа, у 8 - гипертоническая болезнь II степени.

У 13 больных отмечалась эмболия подвздошной, у 20 - бедренной, у 2 - бифуркации подколенной артерии. К сожалению, больные обращалось за медицинской помощью в поздние сроки. В течение первых 6-8 часов были оперированы только 4 больных, в течение суток - 8, на 2-3 сутки - 2. Всем больным выполнено дуплексное ангиосканирование магистральных артерий для выявления уровня локализации эмболя и состояния периферического русла. Больные разделены на две группы. 1 группу составили 6 больных с состоятельным периферическим руслом на всех уровнях с умеренным развитием атеросклероза стенок сосудов. 2 группу составили 8 больных с выраженным атеросклерозом стенок и отсутствием кровотока в подколенной и берцовых артериях.

Все больные были оперированы через стандартные доступы. Наиболее часто выполняли бедренный доступ в в/з бедра (10). Только 4 пациентам применен медио-тибиональный доступ. Все больные в послеоперационном периоде получали антикоа-

гулянтную, дезагрегантную терапию и препараты улучшающие реологию крови. Учитывая патологию со стороны сердца, объем инфузционной терапии был ограничен для предотвращения возможной перегрузки правых отделов сердца с развитием отёка легких. Всем больным в раннем послеоперационном периоде выполняли эхокардиографические исследования с обязательной визуализацией отделов сердца. У 4 пациентов визуализированы тромбы в левых отделах сердца. В раннем послеоперационном периоде у больных с малым сроком ишемии конечности на фоне состоятельного периферического русла (1 группа) восстановление кровообращения в нижней конечности было быстрым и полноценным. На фоне проводимой инфузционной и симптоматической терапии быстро восстанавливалась пульсация на артериях нижней конечности. У больных 2 группы с окклюзионными поражениями дистальных отделов магистральных артерий нижних конечностей и выраженным атеросклерозом сосудов восстановительный период протекал медленнее. У 1 пациента, поступившего к концу 2 суток на фоне сахарного диабета развилась необратимая ишемия нижней конечности. Ему выполнена ампутация на уровне бедра. У остальных больных признаков ишемии не было. Заживление ран было первичным. Все больные были выписаны в удовлетворительном состоянии для дальнейшего наблюдения у врачей-кардиологов.

Таким образом, мерцательная аритмия сердца может осложняться тромбоэмболией магистральных артерий нижних конечностей с развитием их острой ишемии. При подозрении на эмболический характер развития ишемии нижних конечностей необходимы дуплексное ангиосканирование и эхокардиографическое исследование. Это может значительно облегчить определение уровня эмболя, периферического русла и выбрать оптимальный метод оперативного лечения.

ДИАГНОСТИКА ТРОМБОЗОВ МАГИСТРАЛЬНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Хамдамов У.Р., Мусоев Т.Я., Жумаева Н.Х., Мухидов У.Р.
Бухарский филиал РНЦЭМП

Венозный тромбоз нижних конечностей - грозная патология, нередко осложняет послеоперационный период и является потенциальным источником тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА). Поэтому диагностика и определение тактики лечения венозного тромбоза являются актуальной проблемой ангиологии.

Цель - изучить результаты ультразвуковой диагностики и лечения венозных тромбозов магистральных вен нижних конечностей.

Материалы и методы. Ультразвуковое дуплексное ангиосканирование выполнено 101 больному с венозным тромбозом глубоких вен нижних конечностей в отделении I экстренной хирургии Бухарского филиала РНЦЭМП на аппарате SONOSCAPE-SSI-5500 (Китай) по стандартной методике. При исследовании глубоких вен бедра и голени использовали мультичастотный линейный датчик, при исследовании подвздошных вен - мультичастотный абдоминальный датчик.

В 11 (10,9 %) случаях диагностирована эмбологенная форма тромбоза: наружной подвздошной вены - в 1, общей бедренной вены (ОБВ) - в 3, поверхностной бедренной вены (ПБВ) - в 7 случаях. Из них в 3 случаях диагностирована ТЭЛА при эмбологенном тромбозе ПБВ. В 7 случаях эмбологенного тромбоза ПБВ эмбологенная головка тромба локализовалась на уровне соустья с глубокой бедренной веной. Окклюзионная форма тромбоза глубоких вен диагностирована в 49 (48,5%) случаях. Из них окклюзионный тромбоз ПБВ диагностирован в 20 (40,8%) случаях. Из них в 12 (60%) случаях диагностирована ТЭЛА. В 41 (40,6%) случае при распространении тромбоза выше паховой складки ультразвуковое исследование не определило форму и верхнюю границу тромбоза.

Выводы. По результатам ультразвукового дуплексного ангиосканирования была определена диагностическая и лечебная тактика при венозных тромбозах глубоких вен нижних конечностей.

МУЛЬТИСПИРАЛЬНАЯ КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКАЯ АНГИОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ БРЮШНОЙ АОРТЫ И АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Хамдамов У.Р., Мусоев Т.Я., Чулиев А.Т., Сайдов С.С.
Бухарский филиал РНЦЭМП

Цель - изучить возможности мультиспиральной компьютерно-томографической ангиографии в диагностике острой артериальной непроходимости брюшной аорты и артерий нижних конечностей.

Материалы и методы. С сентября 2012 г. по май 2014 г. в отделение экстренной хирургии №1 Бухарского филиала РНЦЭМП по поводу острой артериальной непроходимости брюшной аорты и артерий нижних конечностей оперированы 25 больных, которым в предоперационном этапе выполнена мультиспиральная компьютерно-томографическая ангиография (МСКТ?АГ) брюшной аорты и артерий нижних конечностей. Исследования выполнены на 6?срезовом томографе Somatom Emotion. Для всех МСКТ?АГ использованы йодосодержащие неионные контрастные вещества (Юнигексол) в объеме 100 мл. Введение контрастного вещества осуществлялось автоматическим шприцем?инжектором. Для определения начала сканирования производилось автоматическое отслеживание болюса, окно контроля плотности прохождения контрастного вещества с высокой концентрацией размещалось в дистальном сегменте грудной аорты. МСКТ?АГ

производилась с толщиной среза 1,25 мм в аксиальной плоскости с последующей реформацией изображений в режиме MPR (мультипланарная реконструкция), MIP (проекции максимальной интенсивности), трехмерной реконструкции VRT (метод объемной визуализации).

Результаты. По данным предоперационного обследования у 8 больных выявлена эмболия бедренных артерий, у 2 - эмболии бифуркации брюшной аорты, у 3 - тромбоз подколенных артерий; у 7 - тромбоз дистального сегмента артерий нижних конечностей. Результаты МСКТ?АГ совпали с интраоперационными данными. Осложнений во время или после исследований не наблюдалось.

Обсуждение. МСКТ?АГ, являясь минимально инвазивным исследованием, более безопасна для больного и не сопровождается сосудистыми осложнениями. МСКТ?АГ позволяет производить трехмерную реформацию изображений, диагностику сопутствующей патологии внутренних органов.

Выводы. МСКТ?АГ эффективна в предоперационной диагностике острой артериальной непроходимости брюшной аорты и артерий нижних конечностей.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА

Хомиджонов И.Б., Юлдашев А.А., Усманов Б.С., Махмудов Н.И.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Ферганский филиал ТМА

Тактика лечения при ятогенных повреждениях магистральных сосудов при операциях на органах брюшной полости и забрюшинного пространства остаётся актуальной 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 больниц.

С 2006 по 20116 год при выполнении оперативных вмешательств на органах брюшной полости и забрюшинного пространства экстренная ангиохирургическая помощь оказалась необходимой в 25 случаях. Мужчин было 15 (60%), женщин - 10 (40%). Возраст больных колебался от 22 до 60 лет. Явления геморрагического шока 2-3 степени отмечены у 18 (72%) больных.

Основными причинами ятогенного повреждения сосудов при операциях на органах брюшной полости и забрюшинного пространства были недоучет вариабельности расположения сосудистого пучка и возможное изменение расположения последнего под воздействием патологического процесса; грубая обработка тканей в области локализации крупных сосудов.

Повреждение брюшной аорты отмечено 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%) пациента. 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%), воротной вены - у 1 (4%) пациентки.

При различных видах и локализациях ятогенных повреждений магистральных сосудов методы остановки кровотечения и способы восстановления стенок сосудов не однотипны. Кровотечение из повреждённого крупного сосуда в ходе операции всегда останавливают прижатием пальцев, и после наложения сосудистых клипсов - наложением сосудистого шва. Для остановки кровотечения нельзя использовать обычные кровоостанавливающие зажимы, тем более - вслепую. Основные принципы на операционном столе сводились к следующим приемам: пальцевое или тупферовое прижение концов или ран 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 в 3 (12%) случаях, боковой шов - в 18 (72%), аутовенозное протезирование - в 2 (8%), лигирование сосуда - в 2 (8%).

Восстановительная операция у 2 больных произведена общим хирургом, у 23 - ангиохирургом, сроки подключения 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 сутки после операции от почечной недостаточности.

Соблюдение основных принципов остановки кровотечения и своевременное восполнение объема циркулирующей крови позволяет большинству пациентов с ятогенными повреждениями магистральных сосудов при операциях на органах брюшной полости и забрюшинного пространства спасти жизнь. По нашему мнению, оперативное пособие данным больным должен выполнять сосудистый или хирург общего профиля, прошедший специализацию по сосудистой хирургии.

TROPHIC ULCERS AND SOME SURGICAL TREATMENT OF THE FOOT

Shakirov B.M., Karabaev H.K., Tagaev K.R., Hakimov E.A., Nekbaev H.S., Karabaev G.S.

Samarkand branch of Republican Scientific Centre of Emergency Medical Aid

Samarkand State Medical Institute

The word 'Trophic' is derived from the Greek word Trophe = nutrition. The American Heritage Medical Dictionary 2007 defines trophic ulcers as 'an ulcer due to impaired nutrition of the part'. Mosby's Medical

Dictionary 2009 defines trophic ulcer as 'a pressure ulcer caused by external trauma to a part of the body that is in poor condition because of disease, vascular insufficiency or loss of afferent nerve fibres'. Though

the broad management of all trophic ulcers would be similar, one would have to tweak the management on a case-to-case basis depending on the aetiology of the lesion and its pathophysiology (multifactorial pathogenesis with neurogenic, ischaemic, peripheral arterial disease and nutritional factors) all contributing to its formation and chronicity. The burn trauma of the plantar surface of the foot following formation of cicatrix is often complicated by unhealing trophic ulcer resulted from sandal burns or contact burns (asphalt, ash burns).

Material and methods. 21 patients (12 men and 9 women) have been under our observation at Samarkand Burn Centre, Uzbekistan, for prolonged trophic ulcers of soft tissues of the plantar surface of the foot. The causes of the trophic - ulcers development were: sandal burns (seventeen patients), ash (tree patients) and electro-trauma burns (Ulcers sizes were from 1.0-2.5 to 3-4 cm in diameter).

After elimination of the limited surface defects of the plantar surface located in the area of central loading of the foot (heel, the heads of metatarsal bones) we performed bilobed skin-flat flaps plastics in 7 patients. Our operating technique begins with excision of scars by circular incision in the depth, removing with one block with ulcer. Capillary bleeding must be over the entire surface and if not, then tissues are excised additionally. In accordance with the newly formed wound bilobed skin - flap is planned. Plastic surgery was performed with bilobed skin-flat flap to eliminate shallow defects of the surface, when located in the areas of the main exertion of the foot (heel, heads of metatarsal bones). The larger lobe was applied to the wound formed after incision of ulcerated scars. The smaller lobe of the donor wound is covering the wound from which the larger lobe was taken. In deep defects reaching the heel bone in 2 patients we performed a combined plastic - a. muscular one in combination with transfer of the skin fat flap or a free skin graft. In localization of ulcers in heads of metatarsal bones of the foot plantar surface we have performed plastic surgery by one - lobed skin-flat flap in 2 patients. Operating technique for this we first excised the ulcer with scars to healthy tissues. The flap is cut out near the wound across the foot. Its apex is located on its inner lateral surface and the basis near the flap. It is important to keep the adipose tissue intact, separating it by acute way with fixation of muscles on the inner edge of the foot and from the plantar aponeurosis. The flap, rotated about 800 degrees is put on the wound and fixed to the edges of the wound without tension. Under-flap space is drained

by rubber releasers. When placing the scars in the heel area and distal part of the plantar surface directly on the bone we used tube grafts in 6 cases. Operating technique Filatovs graft method of plastic surgery by tube grafts is to transfer tissues on the sole. In plastic surgery by flat gluteal - femoral graft at the first stage, skin-fat bond is cut out with preservation of both legs. A months later the distal leg is cut off, the tubed graft is flattened by longitudinal incision on the transplant, maintaining a uniform thickness not less than 1 cm. with this thickness of the tubed graft the scars are excised in the area of the calcaneus and lateral surface of the heel and the last is wrapped by tubed graft after connecting the posterior surface. After stable living the proximal leg is cut off, the remainder of the tubed graft is flattened the scars are insected on the posterior surface of the heel and Achilles tendon and plastic surgery is completed. In four cases we have performed two-stage reconstruction of the heel soft tissues by medial calf flap of the opposite leg. Operating technique before operation the borders of the graft are planned on the leg so that the base of the flap corresponds to the inner surface of the medial tibiae condyle bone and the opposite border or the end of the flap is at 4-6 cm above the medial ankle. The first incision was performed on the anterior edge of the tibiae bone to the dissection of the deep fascia of the shin which is fixed by individual sutures to sub dermal layer of the graft and these threads are as holders. The flap is mobilized toward the gastrocnemius muscle separating it from the salens muscle. Of the calcaneal tendon the strip is splitted of and it is a continuation of the medial head which is stitched to the fascia. Next skin - fascial layer is dissected. The flap is lifted and fascia is further separated from the periosteum in the area of tibiae condyle bone. After that the distal half of the flap is stitched in the area of calcaneal tendon and the back of the heel where the flap is thinner and a thicker proximal portion is used for plastics of bearing surface of the heel. After fixing the flap on the back of the heel an angle is formed which corresponds to the corner of the calcaneus by stitching the skin edges of the flap. Accordingly to the surface of the skin flap, the scars are excised and plastic surgery is completed.

Results. As shown in 19 of all cases observations a good result was achieved and no complications were noted. The grafts were viable, sensibility was preserved and no marginal necrosis was noticed. In one patient a partial necrosis was observed due to changes in tissues. Patients are beginning to walk normally and restore their working capacity. Patients can enter their work in 1,5 months after surgery.

ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РАННИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ РЕПЛАНТАЦИЙ КРУПНЫХ СЕГМЕНТОВ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Юлдашев А.А., Дадабаев Х.Р., Усманов Б.С., Махмудов Н.И.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Осложнения раннего послеоперационного периода после реплантаций конечностей в 15-30% случаев приводят к потере жизнеспособности или утрате функции конечности. Несмотря на большое количество публикаций, посвященных данной проблеме, не до конца определены возможности антиоксидантной, антибактериальной, антикоагулянтной терапии, и гипербарической оксигенации.

Цель исследования - улучшить результаты профилактики лечения ранних послеоперационных осложнений после реплантаций крупных сегментов верхней конечности.

За последние 10 лет в отделении экстренной сосудистой хирургии и микрохирургии ФФ РНЦЭМП выполнены 26 реплантаций крупных сегментов верхних конечностей. Мужчин было 21 (80,8%), женщин - 5 (19,2%), из них 4 (15,4%) детей. Возраст больных составил от 4 до 53 лет. Преобладали наиболее тяжелые виды травм: повреждения движущимися механизмами станков, тractionное отчленение и поездная травма. Реплантация плеча выполнена в 6 (23,1%) случаях, предплечья - в 10 (38,5%), кисти - также в 10 (38,5%) случаях.

24 больных были доставлены в состоянии шока II-III степени. Противошоковые мероприятия были начаты в реанимационном зале приемного отделения, затем продолжались в операционной и в ходе операции. Все операции проводились под операционным микроскопом для оптимального восстановления сосудов и нервных стволов. Иссекали сомнительные и явно нежизнеспособные ткани. Раны неоднократно промывали растворами антисептиков. При повреждениях кисти вскрывались фиброзные каналы над периферическими нервами для предупреждения их послеоперационного сдавления. При ранениях плеча и предплечья выполняли декомпрессионные фасциотомии. Раны дренировались для активной санации их в послеоперационном периоде. После операции реплантированной конечности придавали повышенное положение для профилактики отеков. На 5-6 сутки

больным проводили сеансы гипербарической оксигенации, назначали антибактериальные препараты широкого спектра действия, низкомолекулярные гепарины, дезагреганты, периферические вазодилататоры в сочетании с антиоксидантами. Приживление достигнуто у 20 (76,9%) больных после реплантаций.

После реплантаций крупных сегментов верхних конечностей нами выявлены следующие осложнения в раннем послеоперационном периоде: артериальные тромбозы - 2; венозная недостаточность - 4; некроз кожи - 6; нагноение ран - 2. Сосудистые осложнения чаще наблюдались при полных отчленениях сегментов конечностей. Основными причинами ранних послеоперационных осложнений реплантаций крупных сегментов верхних конечностей в наших наблюдениях явились технические погрешности при наложении анастомозов сосудов, неоправданное расширение показаний к реплантации, неадекватная транспортировка и консервация ампутата.

В случаях развившегося острого нарушения кровообращения или гнойно-воспалительного процесса в срочном порядке проводили повторные оперативные вмешательства с целью сохранения конечности. Несмотря на возникшие осложнения в результате срочных повторных операций на сосудах в большинстве случаев удалось сохранить жизнеспособность реплантированного сегмента.

Профилактика ранних послеоперационных осложнений реплантаций крупных сегментов верхних конечностей включает оптимальную первичную хирургическую обработку ран, обязательное использование оптического увеличения; адекватное дренирование ран и предупреждение значительных отеков конечности; использование низкомолекулярных гепаринов, дезагрегантов, периферических вазодилататоров, антибиотиков широкого спектра действия и гипербарической оксигенации. Лечение возникших осложнений должно быть своевременным, включающим срочные оперативные и консервативные методы.

КАТТА ТЕРИ ОСТИ ВЕНАСИНИНГ ЮҚОРИГА КҮТАРИЛУВЧИ ТРОМБОФЛЕБИЛЛАРИДА ЎПКА АРТЕРИЯСИ ТРОМБОЭМБОЛИЯСИНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШДА ЖАРРОҲЛИК ТАКТИКАСИ

Юлдашев А.А., Усманов Б.С., Махмудов Н.И.

РШТЁЙМ Фаргона филиали

Катта тери ости венасининг юқорига күтари-
лувчи тромбофлебити оёқ варикоз касаллитининг
асосий асоратларидан бири бўлиб, у 10% холларда
чукур веналар тромбози билан асоратланиб, ўпка
артерияси тромбоэмболияси ривожланиш сабабла-
ридан бири ҳисобланади.

Тадқиқот мақсади: Бизнинг тадқиқот ишимиз-

дан мақсад катта тери ости венасининг күтарилиув-
чи тромбофлебитларида кроссэктомия операция-
сини ўтказишга кўрсатмани аниқлаш ҳамда кли-
ник инструментал текширув натижаларини ва опе-
рация вақтида кузатилган холатларни таққослаш
асосида кўрсатиб бериш бўлди.

Текширув натижалари: Катта тери ости вена-

сининг кўтарилиувчи тромбофлебитларида хирургик даво чоралари натижаларини таҳлил қилиш мақсадида 1430 беморларнинг тиббий баённомалари кўриб чиқилди. Беморларнинг ўртача ёши 34,7 ёшга тенг бўлди. Беморлар орасида аёллар 752 (52,6%) тани, эркаклар эса 678 (47,4%) тани ташкил қилди.

Чап оёқ катта тери ости венасининг кўтарилиувчи тромбофлебити 748 (52,3%) нафар bemорларда, ўнг оёқ катта тери ости венасининг кўтарилиувчи тромбофлебити эса 682 (47,7%) та bemорларда кузатилди.

Диагностик таққослаш, яъни, диагноз қўйиш мақсадида катта тери ости венасининг кўтарилиувчи тромбофлебити тери ости ва тери ости ёф тўкималари яллигланиш касалликлари: лимфангант, саррамас касаллиги, дерматит, айрим ҳолатларда миозит билан таққосланди.

Варикоз касаллигининг асорати сифатида тромбофлебит ривожланиб катта тери ости венаси ўзанига тарқалиши сон соҳасида 1172 (81,2%) нафар bemорларда кузатилди. Бу bemорлар хирургик давога муҳтож бўлиб, бунда хирургик даво тадбирлари катта тери ости венасидан тромбозни чуқур веналарда сафено-феморал ўзанига ўтиши ва ўпка артерияси тромбоэмболияси (ЎАТЭ) ривожланишини тўхтатишга йўналтирилади. Беморларга маҳаллий оғриқсизлантириш шароитида Черняков усули бўйича узунасига кесма қилиш йўли билан кроссэктомия операцияси бажарилди. 105 (9%) нафар bemорларда катта тери ости венаси тромбофлебити операцияси жараёнида катта тери ости венасининг остиал клапанига етиб борилди. Ушбу bemорларда катта тери ости венаси венотомияси амалиёти бажарилди ва Валсалва мосламаси ёрдамида тромб олиб ташланди. Ёнбош венасида тромб аникланган 55 (4,7%) нафар bemорлarda умумий сон венасининг мобилизацияси амалиёти хамда шу умумий сон венаси ёки ёндош веналардан Фогарти катетери ёрдамида сафена феморал ўзани орқали тромбэктомия амалиёти бажарилди. Операция

вақтида тромбоэмболик асоратлар кузатилмади.

Хирургик даволаш натижаларини таҳлил қилиш асосида қўйидагиларни таъкидлаб ўтмоқчимиз, катта тери ости венаси бўйлаб қаттиқлашиш, оғриқ, гиперремия аломатлари аниқланиб, клиник жиҳатдан нисбатан дистал, яъни, вена ичидаги тромботик ўзгаришларни операция бажариш жараёнида кузатдик. Бунда катта тери ости венаси остиал клапани сафено-феморал ўзани соҳасида тўсик механизми сифатида роль ўйнайди, яъни, тромботик массаларни сон ёнбош вена сегментларига тарқалишига йўл қўймайди.

Беморларга хирургик амалиёт бажарилганидан кейин тромбофлебитни консерватив усулда даволаш тадбирлари ўтказилди, яъни, яллигланишга қарши антиагрегант, антикоагулянт, флеболитик дори-дармонлар, кўрсатма бўйича антибиотик терапия, маҳаллий гепарин сақловчи ва яллигланишга қарши даво комплекслари ўтказилди, шу билан бир қаторда эластик бинт боғлаш буюрилди. Даво муолажаларидан кейин поликлиника шароитида амбулатор даволаниш тавсия этилди.

Хулоса. Шундай қилиб, катта тери ости венасининг кўтарилиувчи тромбофлебитида таққослаш диагностикаси учун ҳамда тромботик массаларни жойлашган ўрнини аниқлаш ва хирургик даволаш мақсадида стационар шароитида кроссэктомия операцияси соннинг юқори ўрта 1/3 қисми соҳасида ўтказилиши мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

Оёқнинг катта тери ости венасининг ўтқир тромбофлебити ривожланиши хавфи бўлганида bemорларни шошилинг равишда ихтисослашган қон томир хирургия бўлимларига жўнатиш ва госпитализация қилиш зарур, қон ивиши кўрсаткичларига асосланган холда антикоагулянт терапия ва яллигланиш сон соҳасига ўтганида хирургик даво усулларини фаол тарзда ўтказиш керак. Бундай муолажалар тромбоэмболик асоратларнинг олдини олишга ва даво натижалари самарадорлигининг оширилишига олиб келади.

ОПЫТ СТЕНТИРОВАНИЯ СОННЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С СИМПТОМНЫМИ СТЕНОЗАМИ

Юлдашев Н.П., Каримов Б.Х., Юлдашев Б.А., Атамуратов Б.Р.

Республиканский специализированный центр кардиологии

Цель исследования - оценить непосредственные результаты, безопасность и возможность стентирования сонных артерий у пациентов с симптомными стенозами.

Материал и методы. С июля 2012 по февраль 2017 года в отделении рентгеноэндоваскулярных методов диагностики и лечения в РСЦК эндovаскулярные вмешательства на внутренних сонных артериях выполнены 20 пациентам. Большинство из них были мужчины (85,7%). Возраст пациентов - от 47 до 77 лет, в среднем, 61,3 ± 7,7 года. Все поражения имели атеросклеротический генез. Асимптомных пациентов не было. Больных с сопутству-

ющей ишемической болезнью сердца было 13 (92,8%), с сахарным диабетом 2 типа - 3 (21,2%). Одному больному (7,1%) с сопутствующей ишемической болезнью сердца была выполнено одновременное стентирование на коронарных и сонных артериях. Основные методы выявления значимого стентирования сонных артерий включали ультразвуковое допплеровское исследование и селективную ангиографию. Для исследования зоны поражения каротидных артерий использовали контрастную КТ-ангиографию 5 (25%) пациентам. Доступ осуществляли в 18 случаях через бедренную артерию, в 2 - через плечевую артерию. Во

всех случаях (100%) использовали нитиноловые самораскрывающиеся стенты ("Acculink" Abbott Vascular, "Protege Rx" EV3) и различные устройства ("Filterwire" Boston Scientific, "Spider FX" EV3) защиты от дистальной эмболизации.

Результаты. У 20 (100%) пациентов достигнут ангиографический успех. Осложнений в виде инсульта и летальных исходов не было. Одному боль-

ному после успешного стентирования стенозированной внутренней сонной артерии (BCA) через 1 месяц выполнено стентирование контралатеральной BCA; 2 (4%) пациентам - в течение 3 месяцев.

Выводы. Эдоваскулярные вмешательства при симптомных стенозах BCA безопасны и являются профилактической мерой ишемического инсульта у данных больных.

4. ТОРАКАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ВНУТРИПЛЕВРАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ЛЕГКИХ И ОРГАНАХ СРЕДОСТЕНИЯ

Ирисов О.Т., Худайбергенов Ш.Н., Эшонходжаев О.Ж., Турсунов Н.Т., Миролимов М.М.

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

Нами проанализированы результаты обследования и лечения 327 больных с послеоперационными внутриплевральными осложнениями, в ЦГХ при Краевой Клинической больнице №1 им. профессора С.В. Очаповского (г. Краснодар) с 2003 по 2008 г. и в отделении хирургии легких и средостения РСЦХ имени акад. В.Вахидова с 1999 по 2011 гг. В структуре оперативных вмешательств ($n=4573$) лечебно-диагностические торакоскопические вмешательства составили 21,3%, пневмонэктомии - 341 (7,5%), 34,3% всех операций приходились на долю резекционных вмешательств, 14,8% на операции при паразитарных поражениях легких, 6,1% на операции на органах средостения и 16,0% на другие операции. Выявленные нами факторы риска были следующими: возраст, гнойно-деструктивного процесса, наличие ХОБЛ, сопутствующая сердечно-сосудистая патология, поражение главного бронха, тип вмешательств, интраоперационные технические сложности, объем кровопотери, продолжительность операции. В зависимости от этого проанализирована частота различных осложнений.

Влияние возраста пациента на частоту внутриплевральных осложнений после операций в группе больных до 45 лет ($n=2459$) составляло 8,6 (3,5%); тогда как на возраст 45-59 лет приходится 5,2% осложнений (71 из 1356 пациентов), а в возрасте старше 60 лет риск осложнений достигал 9,0% (68 из 758 пациентов). Отмечается тенденция роста внутриплевральных осложнений в зависимости от наличия гнойно-деструктивного процесса. Среди больных, оперированных по поводу ГДЗЛ, внутриплевральные осложнения, встречались в 9,9% случаев; при осложнённом эхинококкозе легкого (нагноение эхинококковой кисты) - в 11,3% случаев. После операций по поводу других заболеваний легких частота внутриплевральных осложнений составила 4,1%. Наличие первичной гнойно-деструктивной патологии, увеличивает вероятность внутриплевральных осложнений в 2,5 раза. Интересные результаты получены при изучении влияния на частоту развития внутриплевральных осложнений сопутствующей патологии. Наиболее частыми были хронические обструктивные заболевания легких и сердечно-сосудистая патология (гипертоническая болезнь, ИБС). Так из 4573 больных у 1879 (41,2%) выявлена сопутствующая ХОБЛ, на фоне которой после операций у 141 (7,5%) пациента отмечено развитие осложнений. Среди 2694 (58,8%) пациентов без сопутствующей ХОБЛ это осложнение отмечено только в 3,1%

(84 больных) случаев. То есть, наличие ХОБЛ повышало риск осложнений более, чем в 2 раза. Влияние сердечно-сосудистой патологии на частоту развития внутриплевральных осложнений оказывается достоверно выше, чем в группе без сердечно-сосудистой патологии, 5,7% (147 из 1879 пациентов) против 3,9% (78 из 2694 больных) соответственно. Поражения главного бронха обуславливают фактически троекратную разницу по частоте внутриплевральных осложнений. У 10,5% больных с поражением главного бронха послеоперационный этап усугубился развитием осложнений. А в группе больных без поражения этот показатель составил 3,8%.

Отслеживается разность частоты внутриплевральных осложнений в зависимости от вариантов вмешательства. Так, при резекционных вмешательствах и пневмонэктомии частота осложнений составляет 8,1%; при других оперативных вмешательствах этот показатель составляет 3,0%, тогда как малоинвазивная видеоторакоскопия осложнялась в 1,5% случаев. Это доказывает тенденцию снижения частоты послеоперационных осложнений в зависимости от объема оперативного вмешательства. При оперативных вмешательствах менее 1 часа количество внутриплевральных осложнений составило 1,6%. При длительности операций от 1 до 3 часов частота осложнений возросла в 3 раза и составила 5,0%. В 1778 случаях длительность операции была более 3 часов, соответственно частота осложнений в этой группе была достоверно выше почти в 4 раза (7,3%). Нами отслежена тенденция увеличения количества осложнений в зависимости от объема кровопотери. При минимальной кровопотере частота внутриплевральных осложнений составляла 2,6%; при кровопотере более 300 мл - 8,3%. Интраоперационные технические сложности повышают внутриплевральные осложнения. В 7,1% отмечались послеоперационные осложнения. Этот же показатель оперированных без технических сложностей составил 3,5%.

Технические сложности, объем кровопотери, длительность операции, объединенные в группу "интраоперационных особенностей", являются важным фактором возникновения послеоперационных интраплевральных осложнений. Возраст старше 60 лет (4,1% против 9,0%), гнойно-деструктивный процесс обуславливают 2,5-кратное увеличение риска развития осложнений (4,1% против 10,1%); сопутствующая патология - с 3,1% до 7,5% при ХОБЛ и с 3,9% до 5,7% при сердечно-сосудистых

заболеваниях. Поражение главного бронха также увеличивает риск осложнений почти в 2,5 раза, расширение объема оперативного вмешательства - с 3,4% до 6,9%, а технические сложности во время

операции - с 3,5% до 7,1%. В целом "интраоперационные особенности" увеличивают риск развития послеоперационных внутриплевральных осложнений с 3,4% до 6,9%.

РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВНУТРИПЛЕВРАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

*Ирисов О.Т., Худайбергенов Ш.Н., Эшонходжаев О.Д., Турсунов Н.Т., Миролимов М.М.
АО "Республиканский специализированный центр хирургии имени академика В.Вахидова"*

Вопрос о послеоперационных осложнениях в хирургии легких и органов средостения не теряет своей актуальности.

Проанализированы результаты обследования и лечения 327 больных с послеоперационными внутриплевральными осложнениями в ЦГХ при Краевой Клинической больнице №1 им. С.В. Очаповского (г.Краснодар) с 2003 по 2008 г. и в отделении хирургии легких АО "РСЦХ имени академика В.Вахидова" с 1999 по 2011 г.

Проведен анализ частоты внутриплевральных осложнений среди оперированных до 2006 года (4573 больных - контрольная группа) и после 2006 года (4817 пациентов - основная группа).

В структуре всех операций, выполненных по поводу онкологических заболеваний, в основной группе получено достоверное снижение послеоперационных внутриплевральных осложнений. Частота кровотечений снизилась с 2,6% (42 пациента в контрольной группе) до 1,2% (23 больных). Аналогичная картина получена и при выполнении VATS (с 1,0% до 0,3%). Частота эмпиемы без свищей и со свищами снизилась с 1,2% до 0,5% при традиционных операциях, доля хилоторакса с 0,6% до 0,3%. В целом в этой группе частота внутриплевральных осложнений снизилась с 4,4% до 2,0%.

При операциях по поводу гнойных заболеваний легких частота осложнений была максимальной, составив в контрольной группе 9,9% (49 из 496 больных). При этом внедрение современных технологий в процесс подготовки больных к операции, а также их применение во время вмешательства позволило снизить этот показатель до 4,4% ($P=0,002$). При традиционных операциях частота послеоперационных осложнений снизилась с 10,3% до 4,7%, при выполнении VATS - с 4,9% до 1,9%. В большинстве случаев улучшение результатов миниинвазивных вмешательств обусловлено применением аргоновой каустики с целью профилактики развития послеоперационных интраплевральных кровотечений.

При традиционных операциях по поводу эхинококкоза легких частота внутриплевральных осложнений снизилась в контрольной группе с 7,1% до 3,1% в основной ($X^2=6,493$; $df=1$; $P=0,011$), что обусловлено уменьшением доли эмпием за счет применения небулайзерной терапии (НТ) с низ-

коинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ) и ранним послеоперационным применением активной аспирации.

Среди других заболеваний легких и органов средостения, потребовавших хирургического лечения, внедрение современных технологий позволило снизить частоту ранних послеоперационных внутриплевральных осложнений с 2,4% до 1,0% ($P=0,015$).

После всех традиционных операций частота внутриплевральных осложнений снизилась с 5,8% (210 из 3598 пациентов) до 2,5% (94 из 3767 больных). Активное развитие торакоскопических технологий с интраоперационным дополнением современных методов гемостаза и лечебно-профилактическим применением НТ и НИЛИ на всех этапах и профилактической активной аспирации уже в раннем периоде позволило снизить частоту осложнений с 1,5% до 0,8%.

Обобщая результаты по группам сравнения можно констатировать достоверное ($P<0,001$) снижение частоты послеоперационных внутриплевральных осложнений в основной группе в 2-3 раза. Так, частота развития эмпиемы плевра без свища сократилась с 1,7% (76 пациентов) до 0,6% (29 больных), частота эмпиемы плевры со свищами с 1,4% (62) до 0,5% (26), количество интраплевральных кровотечений снизилось с 1,6% (75) до 0,9% (41), хилоторакса с 0,3% (12) до 0,1% (6).

Внедрение в комплекс лечебно-профилактических мероприятий специфических мер по предупреждению развития послеоперационных внутриплевральных осложнений, включая НТ и НИЛИ на всех этапах лечения, интраоперационное применение аргоновой каустики для обеспечения адекватного гемостаза и раннее подключение централизованной или индивидуальной системы активной аспирации позволили снизить общую частоту осложнений с 4,9% (225 пациентов) до 2,1% (102 больных).

Внедрение интраоперационной технологии аргоноплазменного гемостаза при вмешательствах на легких и органах средостения позволило снизить частоту послеоперационного интраплеврального кровотечения с 1,8% до 1,0% при традиционных операциях и с 1,0% до 0,3% при выполнении видеоторакоскопических вмешательств.

Включение в комплекс лечебно-профилакти-

ческих мероприятий НТ с НИЛИ на всех этапах лечения и раннего подключения централизованной или индивидуальной систем активной аспирации позволило снизить частоту послеопераци-

онных внутриплевральных гноино-септических осложнений с 3,1% до 1,1% (эмпиемы плевры без свищей с 1,7% до 0,6% и эмпиемы на фоне внутриплевральных свищ с 1,4% до 0,5%).

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С "РЕБЕРНЫМ КЛАПАНОМ" ПРИ ПОЛИТРАВМЕ ГРУДИ

Карабаев Х.К., Кулиев Й.У., Арзиев Ш.Н., Тагаев К.Р.

Самаркандский государственный медицинский институт

Самаркандский филиал РНЦЭМП

Актуальность. При политравме грудная клетка повреждается более чем у 60% пострадавших (А.Н. Тулупов, 2015). Количество сочетанных ранений груди мирного времени за последние 20 лет выросло с 14,5 до 25,8% (М.М. Абакумов, 2011). Повреждение груди является основной причиной смерти 20-25% умерших от закрытых травм и ранений (Д.В. Феличенко с соавт., 2013).

Наиболее тяжелым вариантом механической травмы груди, сопровождающимся значительными нарушениями дыхания и кровообращения, являются множественные переломы ребер по двум линиям ("свободный сегмент"). При этом возникают парадоксальные движения грудной клетки, так называемый "реберный клапан", который западает при вдохе и выбухает при выдохе.

Цель работы - устранить парадоксальное движение фрагмента грудной клетки при лечении окончательных переломов ребер.

Материалы и методы. В Самаркандском филиале РНЦЭМП в 2005-2016 г. находились 25 больных с "разбитой" ("неустойчивой") грудной клеткой в возрасте от 18 до 57 лет. Из них мужчин было 19 (76%), женщин - 6 (24%). ДТП была у 21 больного и у 4 - кататравма. У всех больных наблюдалась сочетанная шокогенная (тяжелая) травма груди (ЦНС, живота, конечности, таза и забрюшинного пространства). Множественные двойные переломы ребер были: передние (билатеральные) - у 19 пострадавших, переднебоковые - у 4 и у 1 - заднебоковой. У 23 человек - передние и переднебоковые переломы ребер по двум линиям с образованием реберно-мышечного клапана. Наиболее опасными были при повреждениях IV-VII ребер, принимающих наибольшее участие в формировании дыхательных экскурсий. Размер "створки" у 7 больных был средним (2-4 ребер) и у 18 - боль-

шим - более 4 ребер.

Результаты. Хирургическое лечение и его анестезиолого-реаниматологическое обеспечение при тяжелой сочетанной травме с "реберным клапаном" мы назначаем с ИВЛ и противошоковой терапии в операционной. После устраниния паренхиматозного компонента дыхательной недостаточности по мере купирования проявлений ушиба легких и сердца, РДСВ, а также ликвидации гемо- и пневматоракса, плеврита и пареза кишечника производим пневмофиксацию. Основу лечения переломов ребер составляет раннее полноценное обезболивание. Показанием к анестезии "трех мест" служат множественные и флотирующие переломы ребер (Е.А. Вагнер, 1992), что мы и производим.

Мы предлагаем две лавсановые нити с трубкой одноразовой системы вокруг ребра. Вытяжение осуществляем грузом (5 кг) через блоки. Груз перевешивается через блок, укрепленный на продольной раме над кроватью больного (Рац. предложение СамГосМИ, 2010, №1732). Для анестезии использовали в/м введение анальгетиков (1 мл 2% раствора промедола, 100 мг кетонала или 50 мг трамадола и проводили сеанс местного обезболивания (межреберная, паравертебральная, вагосимпатическая или периуральная анестезия, их сочетания). Через 2-3 дня повторяли анестезию мест переломов, проводили сегментарную межреберную, паравертебральную анестезию. Вытяжение продолжалось от 18 до 23 дней. У 25 больных при фиксации реберного клапана по нашей модификации мы не наблюдали осложнений.

Выходы. Применение фиксации "реберного клапана" при сочетанной травме груди позволило сократить стационарное лечение на 5-6 дней, частоту осложнений уменьшить в 1,5 раза, а летальность - в 1,4 раза.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТОРАКОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ РАЗРЫВОВ ДИАФРАГМЫ

Назаров Н.Н., Гафуров З.К., Касимов Ф.П., Меликузиеv Э.Б., Убайдуллаев Ф.К.

Андижанский государственный медицинский институт

Андижанский филиал РНЦЭМП

Актуальность. По данным литературы, разрывы диафрагмы (РД) встречаются в 0,5-5,0% всех наблюдений тяжелой сочетанной травмы. Диагностика РД у 50% пострадавших бывает несвоевременной, даже во время оперативного вмешательства по поводу внутрибрюшных повреждений, допускаются диагностические ошибки.

Одним из грозных и частых осложнений нераспознанных закрытых повреждений диафрагмы, является дислокация органов брюшной полости через дефекты диафрагмы в плевральную полость, развитие тяжелых кардиореспираторных нарушений и ущемление полых органов в грыжевых воротах.

У больных с нераспознанными РД, длительное время находящихся на ИВЛ до перевода на самостоятельное дыхание, перемещения органов брюшной полости в плевральную полость не бывает. Также при ИВЛ, лучевых методах диагностики могут не распознаваться пневмоторакс и признаки смещения органов средостения в здоровую сторону.

Цель исследования - обосновать эффективность торакоскопии в диагностике РД у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой.

Материал и методы. В АФ РНЦЭМП с 2012 по 2016 год наблюдали 28 пострадавших в возрасте от 17 до 68 лет с РД. Мужчин было 22 (90%), женщин - 6 (10%). Разрыв диафрагмы слева установлен у 22 (90%), справа - у 6 (10%).

Основной причиной повреждения у 16 (72,8%) пострадавших были автодорожные травмы, 4 (18,1%) пострадали при падении с высоты, у 2 (9,1%) имелось проникающие колото-резаное ранение грудной клетки.

Результаты. Все пострадавшие поступали в реанимационное отделение в состоянии плевропульмонального, геморрагического шока с нестабильной гемодинамикой и кардиореспираторными нарушениями. У 54% пострадавших имелось повреждение двух анатомических областей, у 40% - трех, у 6% - четырех.

Всем пострадавшим при поступлении наряду с реанимационными мероприятиями проводили инструментальное обследование, динамическую рентгенографию органов грудной клетки, УЗИ брюшной и плевральных полостей, торакоцентез и дренирование плевральных полостей по показаниям. 7 пациентам была выполнена диагностическая торакоскопия, которая определила дальнейшую тактику лечения.

Диагноз РД в первые 2 часа на основании лучевых методов исследования установлен только у 2 пострадавших. В остальных случаях РД был установлен от 10 часов до 7 суток с момента поступления в стационар. Сложность диагностики РД в остром периоде травматической болезни заключается в том, что характерные патологические симптомы развиваются только после дислокации органов брюшной полости в плевральную. Перемещение органов живота может быть нераспознанным, когда повреждения сочетаются с переломами ребер или гемо-пневмотораксом на той же стороне. Даже после

дренирования плевральной полости РД может быть нераспознанным. Крайнюю трудность вызывает РД правого купола, когда он сочетается с гемо-пневмотораксом. Мы наблюдали больного с тяжелой сочетанной травмой, у которого после лапаротомии и дренирования плевральной полости справа не был распознан РД. Только на 4 сутки после первой операции, когда нарастили кардиореспираторные нарушения, с помощью диагностической торакоскопии был установлен РД с перемещением печени в правую плевральную полость.

Таким образом, лучевые методы диагностики в первые сутки травматической болезни не информативны, а ИВЛ нивелирует разницу в степени разрежения в плевральной и брюшной полости, предотвращая дислокацию органов живота через дефект в диафрагме. У этой категории пострадавших кардиореспираторные нарушения проявляются после перевода на самостоятельное дыхание или когда нарастает его прогрессирование. Завуалированные клинико-рентгенологические симптомы дислокации органов брюшной полости при РД могут правильно интерпретировать лишь опытные специалисты.

Проблема своевременной диагностики РД может быть решена традиционной торакоскопией, которая не требует специального оборудования и оснащенной операционной. Процедуру можно выполнить в палате интенсивной терапии, перевязочной независимо от тяжести состояния пострадавшего; не требуется раздельная интубация бронхов и ИВЛ.

У 5 пострадавших РД выявлен слева; в 2 случаях диагностирован разрыв правого купола диафрагмы. При традиционной торакоскопии под местной анестезией осматривали плевральную полость, определяли наличие или отсутствие гемоторакса, продолжающего кровотечения, целостность диафрагмы. В 5 случаях в плевральной полости обнаружены желудок, петли кишок и прядь сальника. В 1 случае торакоскопия была произведена в связи с нарастающими кардиореспираторными нарушениями у больного после лапаротомии и ушивания раны печени, дренирования плевральной полости справа. При торакоскопии установлен разрыв правого купола диафрагмы с дислокацией печени в правую плевральную полость.

Во всех случаях произведены торакотомия, низведение органов в брюшную полость, ушивание раны диафрагмы.

Летальность наступила у 4 больных. Причиной смерти стала в 3 случаях полиорганская недостаточность и ОССН; в 1 случае - перелом I шейного позвонка со сдавлением спинного мозга.

Заключение. РД является одним из сложных повреждений для диагностики. Основной причиной диагностических и тактических ошибок является низкая информативность лучевых методов. Традиционная торакоскопия является простым и эффективным методом, может применяться в различных по степени оснащенности стационарах, оказывающих неотложную помощь пострадавшим с травмой грудной клетки.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ДВУСТОРОННЕМ ЭХИНОКОККОЗЕ ЛЕГКИХ

Назаров Н.Н., Гафуров З.К., Махмудов А.Б., Косимов Ф.П., Хабибуллаев Х.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Андижанский областной многопрофильный медицинский центр

Актуальность. Эхинококкоз остается актуальной проблемой в нашей стране и за рубежом. Наиболее часто (70-80%) болеют дети и лица трудоспособного возраста. Учащение двустороннего поражения легких объясняет особенную актуальность данной проблемы. Известны способы лечения двустороннего эхинококкоза легких, при которых производят этапные или одномоментные двусторонние торакотомии с удалением кист.

Имеются разногласия в отношении тактики при двустороннем эхинококкозе легких. Спорным остается вопрос об очередности операций. Считается, что сначала нужно удалять гигантские кисты. При солитарных неосложненных кистах в обоих легких, когда размеры кист примерно одинаковы, помимо очередности имеет значение интервал операций. Имеются предложения оперировать одномоментно последовательно и даже одномоментно двумя бригадами. Однако некоторые хирурги считают, что такие операции являются в большой степени престижными, чем целесообразными.

Материал и методы. В основу работы положены результаты обследования 107 больных в возрасте от 10 до 65 лет. Двусторонний эхинококкоз диагностирован у 28 больных. Двусторонние солитарные кисты в обоих легких имелись у 16 больных; множественное поражение обоих легких - у 5; из 7 больных с двусторонним эхинококкозом легких в 4 случаях имело место осложнение одной из кист в виде прорыва в бронх; в 3 случаях диагностировано нагноение кисты.

Клиническое обследование включало сбор анамнеза, осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию. Из лабораторных методов исследования использовали общие анализы крови и мочи, биохимические анализы крови, коагулограмму.

Лучевое обследование включало рентгеноскопию и рентгенографию в двух проекциях, УЗИ органов грудной клетки и брюшной полости, компьютерную томографию и при необходимости - фибробронхоскопию.

При двусторонних эхинококковых кистах легких в зависимости от общего состояния больных

придерживались тактики этапного оперативного вмешательства.

Результаты. В 16 случаях произведена поэтапная торакотомия с эхинококкэктомией с интервалом между операциями 8-12 дней не выписывая больных из стационара. Послеоперационный период у этих больных протекало гладко, рана зажила первичным натяжением, все больные были выписаны в удовлетворительном состоянии.

5 больным с множественным поражением обоих легких операцию начинали на стороне большей степени поражения. После чего с интервалом в 1-2 месяца больной заново поступал в стационар для второго этапа операции.

7 больным с осложненными формами одной из кист операцию начинали на стороне осложненной кисты. В 4 случаях осложненной кисты с прорывом в бронх произведена эхинококкэктомия с ушиванием бронхиальных свищей. Из 3 случаев, когда киста была осложнена нагноением и имелись изменения в паренхиме легкого в 2 случаях была выполнена атипичная краевая резекция легкого, в одном - нижняя лобэктомия слева. Послеоперационный период у 2 больных осложнился эмпиемой плевры с бронхиальным свищом. После долгой санации у одного больного наступило полное выздоровление. У второго больного после неоднократной санации плевральной полости образовалась сухая остаточная полость, которая подтверждена рентгенографией.

На второй этап операции поступили 4 больных этой группы через 3-4 месяца. Всем произведена торакотомия с эхинококкэктомией на другой стороне.

Заключение. Таким образом, хорошие результаты при хирургическом лечении двустороннего эхинококкоза легких зависят от течения заболевания (осложненное или неосложненное), способа оперативного вмешательства и послеоперационного введения больных.

Поэтапная эхинококкэктомия при неосложненных солитарных кистах с интервалом в 8-12 дней является обоснованной и может быть рекомендована для практического применения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ БРОНХОЭКТАЗОВ ЛЕГКОГО

Назаров Н.Н., Гафуров З.К., Махмудов А.Б., Косимов Ф.П., Хабибуллаев Х.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Андижанский областной многопрофильный медицинский центр

Актуальность. В последние годы внимание клиницистов привлекает проблема бронхэкстазической болезни (БЭБ). Бронхэкстазии среди других заболеваний легких составляют от 10% до 30%. При флюорографии органов грудной клетки они выявляются, по мнению авторов, у 1-2 из 10000 человек, а с применением бронхографии - у 0,5% населения. По данным патологоанатомических исследований, бронхэкстазии встречаются у 2-4% взрослого населения. Выявление бронхэкстазий у 2/3 больных отмечено в возрасте до 20 лет.

Значение лучевых методов в диагностике бронхэкстазий трудно переоценить. К сожалению, количество диагностических ошибок бронхэкстазий великo от 15 до 65%. Широкое распространение эндоскопических исследований, особенно в сочетании с бронхографией обусловило значительный прогресс в точной и своевременной диагностике БЭБ. Однако указанные методы довольно сложны, инвазивны и могут повлечь за собой серьезные осложнения.

Компьютерная томография (КТ) по сравнению с другими лучевыми методами обладает рядом преимуществ: высокой тканевой специфичностью и топографической точностью, неинвазивностью и безопасностью, возможностью получать одновременно множество срезов исследуемого органа.

Материал и методы. В отделении лучевой диагностики АОММЦ и в частном медицинском центре "Зам-зам" проведены 112 КТ больным с различными заболеваниями легких и средостения. У 28 больных в возрасте от 20 до 65 лет имелось бронхэкстазическое поражение легких. Мужчин было 18, женщин - 10.

Исследование проводили на мультиспиральном компьютерном томографе "SOMATOM emation-6" фирмы "SIEMENS". В зависимости от диагностической ситуации программы МСКТ выполняли двумя модификациями для получения объективной и максимально эффективно картины состоя-

ния легочной ткани и бронхиального дерева. На основании полученного материала детализирована КТ-семиотика бронхэкстазического поражения легких, определены признаки, характерные для БЭБ.

При диагностике БЭБ и ее распространенности имели следующие изменения на КТ:

- объем поражения - одна или обе нижние доли, иногда в сочетании с патологией средней доли и язычковых сегментов;
- наличие цилиндрических, веретенообразных, мешотчатых или смешанных бронхэкстазов, обычно в одной или в обеих нижних долях;
- пораженные бронхи сближены, углы ветвления небольшие; бронхи идут почти параллельно, расширены, заканчиваются слепо, мелкие ветви отсутствуют; картина напоминает "обрубленный веник";
- пораженная доля уменьшена в объеме;
- часто выявляется вторичный локальный бронхит в соседних долях и сегментах.

Таким образом, из 28 больных, у 14 была поражена нижняя доля слева; у 8 - нижняя доля справа; у 3 - нижняя и средняя доли справа, у 3 поражение имело распространенный двусторонний характер. У 6 больных бронхэкстазическое поражение легких диагностировано на ранних стадиях процесса, когда поражение имелось в 1-2 сегментах.

Из 28 больных операция произведена 14. Резекция нижней доли слева - 8; резекция нижней доли справа - 3; в 2 случаях произведена нижняя билобэктомия. Остальным больным проведен курс консервативной терапии, включающий бронхоскопическую санацию бронхиального дерева.

Заключение. Компьютерная томография является высокинформативным дополнительным методом диагностики бронхэкстазической болезни, в том числе на ранних стадиях развития процесса. Изображения бронхиального дерева позволяют во многих клинических ситуациях избежать инвазивных процедур, в частности, бронхографии в качестве первичного диагностического метода; помогают определить тактику лечения.

ЛЕЧЕБНЫЕ СТАНДАРТЫ ПРИ ТРАВМАХ ГРУДИ В УСЛОВИЯХ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

*Назаров Н.Н., Гафуров З.К., Усманов А.К., Меликузиев Э.Б., Косимов Ф.П.,
Махмудов А.Б., Убайдуллаев Ф.К.*

*Андижанский государственный медицинский институт
Андижанский филиал РНЦЭМП*

Введение. Длительное время тактические установки при массовом поступлении пострадавших с ургентной торакальной патологией остаются предметом дискуссий. Ведение пациентов с повреждениями органов грудной клетки, учитывая расположенные в ней жизненно важные структуры, должно быть строго регламентированным, а диагностический алгоритм охватывать большее количество вариантов.

В настоящее время основным залогом успеш-

го лечения пострадавших с повреждениями грудной клетки является комплекс лечебных мероприятий, основу которых составляют противошоковая терапия и методы торакальной реанимации.

Материал и методы. Проанализирован опыт диагностики и лечения 90 пациентов с различными травмами грудной клетки. Мужчин было 58, женщин - 32.

По характеру травматизма у 51 - автодорожные

травмы, у 13 - падение с высоты, у 26 - травма носила криминальный характер.

Диагностика травм органов грудной клетки проводилась при помощи объективного осмотра, лабораторных анализов, данных инструментальных исследований, включавших УЗИ органов брюшной полости, полипозиционную рентгеноскопию, рентгенографию, торакоскопию, ригидную бронхоскопию.

Всем больным при поступлении проводили общеклинические анализы крови, ЭКГ, ультразвуковое сканирование брюшной и плевральной полости, рентгеноскопию и обзорную рентгенографию грудной клетки. Динамику развития болезни оценивали по проводимому мониторингу показателей гемодинамики (пульс, артериальное давление, центральное венозное давление, чрезкожная оксиметрия, pO_2 , pCO_2 крови).

Гемопневмоторакс обнаружен у 65 больных, изолированный гемоторакс - у 16; у 9 единственным признаком внутригрудных повреждений было наличие подкожной эмфиземы; у 5 гемопневмоторакс сочетался с кровохарканьем.

Проникающие колото-резаные ранения в 4 случаях сочетались с повреждением костных структур грудной клетки. Среди этого контингента больных левосторонняя локализация раны отмечена у 19, справа повреждения отмечены у 6, двустороннее множественное ранение было у 1 больного.

Преобладали закрытые травмы груди - 64 больных. Сочетанные повреждения были у 32. Наиболее часто встречались сопутствующие повреждения головы, переломы тазовых костей. Переломы ребер, лопатки, грудины, ключицы диагностированы у 15 больных.

Ранения межреберных артерий установлены в 11 случаях, повреждения внутренней грудной артерии - в 2, легкого - в 27, диафрагмы - в; сочетанные повреждения левой доли печени, сальника и желудка - в 8 наблюдениях. Повреждения сердца и перикарда установлены у 7 больных, из них в 1 случае диагностирован полный продольный разрыв перикарда с транспозицией сердца в левую плевральную полость.

90 больным выполнены 114 операций. Широкие межреберные торакотомии - 52 пациентам, торакоскопия - 42, дренажная торакостомия - 20 больным. Было 6 летальных исходов.

Аnestезиологическое обеспечение - эндотрахеальный наркоз в сочетании с ТВА. При показаниях применяли объемную высокочастотную ИВЛ аппаратом BIRD AVIAN. Для обеспечения однолегочной вентиляции использовали двупросветную эндотрахеальную трубку Mallinckrodt. При тяжелой сочетанной закрытой травме груди с нарушением каркасности грудной клетки общая анестезия предшествовала всем хирургическим манипуляциям.

Среди закрытых травм груди у 19 пациентов преобладали тяжелые сочетанные повреждения, сопровождавшиеся признаками травматического шока в торpidной фазе с нестабильными показателями гемодинамики и внешнего дыхания (систем-

тическое артериальное давление 50-80 мм.рт.ст., частота дыхания 28-40 в мин., тахикардия от 100 до 160 в мин.).

Характерными являлись множественные переломы костей грудной клетки, нередко с флотирующими фрагментами. При оценке показателей газообмена отмечалась артериальная гипоксия (PaO_2 - 73-60 мм.рт.ст. и ниже).

Характер и обстоятельства травмы выяснялись со слов сопровождающих лиц. Типичными были жалобы на сильную боль и затруднение дыхания.

Рентгенологическая картина характеризовалась наличием газового пузыря и горизонтального уровня жидкости; различной степени коллабирования легкого и смещения тени средостения. У больных с тяжелыми сочетанными повреждениями грудной клетки, головного и спинного мозга, конечностей, тазовых костей рентгенологическое исследование было затруднено.

Применение торакоскопии 19 больным с тяжелой политравмой позволило окончательно определить дальнейшую хирургическую тактику. У 3 пациентов выявлены разрывы легкого, не требующие торакотомии; в 2 случаях диагностированы сопутствующие переломы ребер с обширными ушибами легочной паренхимы.

При проникающих ножевых ранениях груди у 8 больных установлены торакоабдоминальное и абдоминально-медиастинальное повреждения. Большинство раненых имели одиночное повреждение - 14 больных, а множественное двустороннее ранение - у одного. Наиболее часто повреждалось легкое (10 пациентов); ранение сердца (6) с локализацией ран на диафрагмальной поверхности левого желудочка в 1 случае и множественными (до 2) ранами левого предсердия и левого желудочка у другого больного. Повреждение внутренней грудной артерии наблюдалось в 4 случаях.

Показаниями к торакотомии у 26 больных явилось наличие среднего гемоторакса с положительной пробой Рувилуа-Грегуара; у 6 - локализация раны в проекции сердца; открытый пневмоторакс в 4 случаях; раны диафрагмы с профузным кровотечением при лапаротомии - 1.

42 больным со стабильной гемодинамикой и удовлетворительными показателями внешнего дыхания, применена торакоскопия. В 22 случаях установлено повреждение легкого, у 1 больного в плевральной полости обнаружено желудочное содержимое, связанное с повреждением желудка и диафрагмы.

Следует отметить, что в условиях чрезвычайных ситуаций диагностику и тактику хирургического лечения при повреждениях грудной клетки необходимо индивидуализировать для каждого конкретного случая.

Пациентам с подозрением на повреждение внутргрудных органов показана торакоскопическая ревизия с последующей дренажной торакостомией.

Выбор хирургической тактики при травмах груди определяется результатами диагностической торакоскопии.

КОМБИНИРОВАННЫЙ МЕТОД УШИВАНИЯ КУЛЬТИ БРОНХА ПОСЛЕ УДАЛЕНИЕ ЛЕГКОГО ИЛИ ЕГО ДОЛИ

Назаров Н.Н., Джумабаев Э.С., Гафуров З.К., Махмудов А., Хабибуллаев Х.А.

Андижанский областной многопрофильный медицинский центр

Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Хирургическая пульмонология располагает значительным числом методов ушивания культи бронха для надежного закрытия бронха при резекции легких. Продолжаются поиски новых, более эффективных методов закрытия культи бронха. Несостоятельность культи бронха и бронхиальные свищи продолжают встречаться в послеоперационном периоде, отрицательно влияя на исходы оперативного лечения и прогноз хирургического лечения заболеваний легких.

Консервативная терапия бронхиальных свищей после пульмонаэктомии и резекции доли малоэффективна. А эндоскопическую санацию и прижигание свища, применение биологического клея до сложных и травматичных повторных оперативных вмешательств повторное ушивание бронхиального свища нельзя считать унифицированными.

Гладкое течение послеоперационного периода зависит от общих и местных условий: изменений в бронхе на уровне пересечения, кровообращения стенок раны, ригидности ее краев, их сопоставления, инфицирования.

При широко применяемых способах механические швы аппаратов УКЛ, методы ручного шва, когда швы проходят через все слои бронха, включая слизистую, не соблюдаются условия, необходимые для гладкого течения.

Материал и методы. Предлагаем разработанный в нашей клинике комбинированный способ закрытия культи бронхов. Принцип заключается в том, что на дистальный конец резецируемого бронха накладывается циркулярная лигатура, при затягивании мембраннызная часть бронха инвагинируется внутрь и уменьшается его просвет. После чего накладывается механический шов, дистальная часть отсекается. Вторым этапом на расстоянии 4-5 мм от края бронха прошивают через все слои атравматическими нитями. При необходимости культа покрывается лоскутом медиастинальной плевры, для этого ее отсепаровывают и под плевру подводят культо бронха.

По описанной методике оперированы 7 больных: 2 женщины и 5 мужчин в возрасте от 20 до 55 лет. Резекция нижней доли слева выполнена 3,

нижней доли справа - 2, нижняя билобэктомия - 1, резекция средней доли - 1. Причинами удаления части легкого служили в 1 случае среднедолевой синдром; в 2 - хронический абсцесс легкого, в 4 - бронхоэктатическое поражение легкого.

Контрольную группу составили 25 больных: 9 женщин и 16 мужчин в возрасте от 20 до 55 лет. В этой группе резекция нижней доли слева произведена 9, нижней доли справа - 10, резекция средней доли - 2, нижняя билобэктомия - 4 больным. Причинами резекции легкого служили у 15 больных бронхоэктатическое поражение легкого, у 6 - хронический абсцесс легкого, у 4 - осложненный эхинококкоз легкого.

Результаты. Послеоперационный период у больных основной группы протекало гладко, температура нормализовалась на 2-3 сутки, на контрольной рентгенографии оставшаяся часть легкого полностью заполняла гемиторакс; дренажные трубки были удалены на 3-4 сутки после операции. Все больные выписаны в удовлетворительном состоянии из клиники.

В контрольной группе у 6 больных послеоперационный период осложнился бронхиальным свищом и эмпиемой плевры. После долгого консервативного лечения у 4 пациентов образовалась сухая остаточная полость. У 2 больных (после билобэктомии) бронхиальные свищи долго не закрывались, больные были выписаны с дренажной трубкой с улучшением.

Таким образом, бронхиальный свищ после резекции легкого является тяжелой легочно-плевральной патологией, обусловленной активным гнойно-воспалительным процессом в плевральной полости, неспецифическими изменениями в культе бронха, снижением функциональных и иммунологических резервов организма; послеоперационной эмпиемой, ушиванием механическим швом всех элементов корня легкого с оставлением длинной культи бронха.

Заключение. Предложенная методика ушивания культи бронха снижает частоту бронхиальных свищей и может быть рекомендована для практического применения.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМАХ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

Нишонов Х.Т., Зиядуллаев Н.Э.

Джизакский филиал РНЦЭМП

Число пострадавших с повреждениями грудной клетки неуклонно увеличивается, и выбор оптимальной хирургической помощи остается актуальной проблемой экстренной хирургии. Повреждения грудной клетки занимают третье место после травм конечностей и черепно-мозговых травм. Пострадавшие с травмами груди составляют 10-12% от общего числа госпитализированных. Почти в 25% случаев травмы грудной клетки - тяжелые повреждения, требующие неотложного хирургического вмешательства. Их отличают тяжелое течение, летальность регистрируется в 50,7-72,5% случаев.

Применение КТ, МСКТ, внедрение в клиническую практику видеоторакоскопии позволило значительно улучшить качество диагностики и выбрать оптимальную тактику лечения.

При повреждениях грудной клетки особое диагностическое и лечебное значение имеет дренирование плевральной полости (ДПП) в момент поступления, что дает возможность оценить тяжесть повреждения, определить объем и характер гемоторакса, решить вопрос о применении торакоскопии или торакотомии.

Цель - сообщить о тактике лечения осложненных травм грудной клетки в неотложных состояниях.

Материалы и методы. В Джизакском филиале РНЦЭМП в 2012-2016 г. на лечении находились 213 пострадавших с травмой грудной клетки, из которых лица трудоспособного возраста (17-60 лет) составили 186 (87,3%). Мужчин было 171 (80,3%), женщин - 42 (19,7%). Бытовые травмы были у 138 (64,8%) колото-резаные - у 44 (20,7%); из них проникающие - у 24 (11,3%), непроникающие - 20 (9,38%), автотравмы - у 23 (10,8%), кататравмы - у 6 (2,8%), спортивные - у 2 (0,9%) больных.

Переломы ребер имели место у 121 (56,8%), односторонние - у 67 (31,5%); двусторонние - у 54 (25,4%) больных. Осложнение гемопневмотораксом наблюдалось у 72 (33,8%) пострадавших, гемотораксом - у 30 (12,4%), пневмотораксом - у 19 (8,9%).

Малый гемоторакс встречался у 54 (25,4%), средний - у 43 (20,1%), большой - у 24 (11,4%) больных. Продолжающийся гемоторакс был у 13 (10,7%), состоявшийся - у 108 (89,3%) больных. Значительный пневмоторакс был у 12 (5,6%), средний - у 24 (11,3%), большой, т.е. тотальный пневмоторакс с коллапсом легкого (одного) - у 8 (3,8%).

Результаты и их обсуждение. Всем больным при поступлении проводили клинико-лабораторные, УЗИ, ЭКГ и рентгенологические исследования.

Клинические признаки и результаты лабораторных исследований позволяли оценить объем потекраниной крови и тяжесть шокового состояния, провести инфузионно-трансфузционную, медикаментозную и комплексную противошоковую терапию.

УЗИ помогало выявить количество свободной

жидкости (крови), повреждение перикарда, органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

При травмах грудной клетки наиболее ценную и достоверную информацию представляет рентгенологическое исследование, которое, кроме костно-структурных изменений позволяет обнаружить наличие и количество гемо- пневмоторакса, подкожную эмфизему, скопление жидкости и свободных газов в брюшной полости при торакоабдоминальных ранениях. При необходимости 32 больным было проведено МСКТ-исследование.

Оказание помощи пострадавшим включало адекватную анальгезию, катетеризацию магистральных сосудов, проведение комплексной противошоковой, инфузионно- трансфузационной терапии, устранение непроходимости дыхательных путей, меры, направленные на раннее расправление легкого и ДПП.

ДПП при осложненной травме груди имеет большое диагностическое и лечебное значение, дает возможность провести пробу Рувилуа-Грегуара, реинфузию взятой из плевральной полости крови (когда нет сомнений в ее инфицировании) и решить вопрос о дальнейшей тактике и выполнении своевременного хирургического вмешательства.

В нашей практике особое место занимает своеевременное и адекватное ДПП. Торакоцентез с ДПП выполнен 121 больному с травмами, осложненными гемо- и пневмотораксом.

У 24 из 121 пострадавшего обнаружен большой гемоторакс, у 6 определен продолжающийся гемоторакс, то есть сворачивание взятой из плевральной полости крови, выхождение крови более 300 мл из дренажа в течение одного часа после торакоцентеза с ДПП, что явилось показанием к экстренной торакотомии. Остальным 18 больным продолжали консервативную терапию с активным наблюдением за состоянием дренажа, гемодинамикой, проводили рентгенологическое исследование.

Несмотря на активную аспирацию у 3 больных сохранялось коллаборирование легкого с нарастанием подкожной эмфиземы более 5 дней. Больные были оперированы на 6-7 сутки. Во время торакоскопии обнаружены разрывы легкого с бронхоплевральными сообщениями, которые ликвидировали с помощью диатермокоагуляции.

Экстренная торакоскопия выполнена 7 пациентам, показанием к которой было выделение крови через дренажные трубы из плевральной полости в течение часа более 300 мл и положительная проба Рувилуа-Грегуара.

Заключение. Результаты наблюдений показали, что торакоскопия - самый ценный метод диагностики и лечения в экстренной хирургии при осложненных травмах грудной клетки. Показаниями к торакоскопии служат малый, средний гемоторакс, пневмоторакс, а показаниями к торакотомии - большой гемоторакс и продолжающееся кровотечение.

ПРЕИМУЩЕСТВО ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ ПРИ ПОЛИТРАВМАХ ПРЕВАЛИРУЮЩИМИ ТЯЖЕЛЫМИ ТРАВМАМИ ГРУДИ

*Рахимий Ш.У., Бекчанов Х.Н.
Хорезмский филиал РНЦЭМП*

Цель исследования - улучшить результаты лечения пострадавших с тяжелой травмой груди, в том числе при политравме.

Материалы и методы. Проведен анализ лечения 67 пострадавших с травмами груди в Хорезмском филиале РНЦЭМП в 2012-2017 годы. Были сформированы две группы: контрольная (34) и основная (33). В контрольной группе использовался рутинный подход к диагностике и лечению (дренирование и торакотомия). В основной группе применялась видеоторакоскопия. По возрасту, полу и объективной оценке тяжести полученной травмы пострадавшие были идентичны.

Всего выполнены 33 видеоторакоскопии (49,2%). В 3 случаях она выполнялась при ранениях (открытые повреждения) и в 30 - при закрытых травмах груди (политравма).

Первый порт устанавливали в четвертом межреберье по средней подмышечной линии под комбинированным эндотрахеальным наркозом. Остальные точки расположения торакопортов определяли в зависимости от результатов компьютерной томографии и обзорной торакоскопии.

Результаты исследования. В большинстве случаев (63,6%) видеоторакоскопия носила лечебно-диагностический характер. Основными преимуществами были быстрое эффективное устранение гемоторакса и остановка кровотечения (21 случай). Его объем составлял от 300 мл до 1,4 литра. В 12 случаях кровотечение носило интенсивный характер, и для его остановки приходилось осуществлять конверсию. В остальных наблюдениях кровотечение удалось остановить и провести радикаль-

ную санацию плевральной полости.

При политравме с тяжелым ушибом головного мозга (17 пациентов), требующей трепанации черепа, торакоскопию проводили в ходе одного наркоза. В большинстве случаев видеоторакоскопию осуществляли перед оперативным вмешательством на голове для устраниния гемоторакса, санации плевральной полости и ликвидации пневмоторакса, в том числе и напряженного.

При сложных переломах грудного отдела позвоночника и множественных переломах ребер (4 наблюдения) важно определить источник кровотечения в плевральную полость. После установки торакопортов устраивается гемоторакс. У семи пациентов источником кровотечения явились костные структуры грудного отдела позвоночника. Малотравматичным способом произведены санация плевральной полости, прицельная установка дренажей. Далее в ходе одного наркоза производили задний корпородез.

В случаях сочетанных травм или ранения груди (12 пострадавших) и живота видеоторакоскопия позволяла быстро и объективно оценить состояние диафрагмы. При обнаружении разрыва диафрагмы (2 пациента) дополнительно производили лапароскопию. Всем пациентам потребовалась лапаротомия. В ходе этих оперативных вмешательств осуществляли восстановление целостности диафрагмы.

Летальность в контрольной группе составила 29,4%, в основной - 12,1%.

Заключение. Основные преимущества видеоторакоскопии - малотравматичность и диагностическая эффективность, что особенно важно для данной категории пострадавших.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ТРАВМЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

*Хаджибаев А.М., Рахманов Р.О., Янгиев Б.А.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи*

Введение. Эпидемия травматизма стала одной из главных медико-социальных проблем в индустриально развитых странах, которая для своего решения требует огромных финансовых средств. Несмотря на значительные достижения в диагностике характера и объема отдельных видов травм, усовершенствование хирургической техники и анестезиологического пособия, летальность при этих травмах груди (ТГ) довольно высокой и составляет 17-30%.

Цель исследования - улучшить результаты хи-

рургического лечения ТГ путем широкого использования лечебно-диагностических возможностей видеоторакоскопии (ВТС).

Материалы и методы. Проанализированы результаты обследования и лечения 2073 пострадавших с ТГ. Мужчин было 1714 (82,7%), женщин - 359 (17,3%) в возрасте от 17 до 83 лет. Закрытая травма груди наблюдалась у 1466 (70,7%), открытая - у 607 (29,3%). Гемопневмоторакс выявлен у 683 (44,9%) пациентов, гемоторакс - у 387 (25,4%), пневмоторакс - у 296 (19,5%); подкожная эмфи-

зема грудной клетки - у 97 (6,4%), ушиб легких - у 33 (2,2%), расширение тени сердца - у 16 (1,1%), диафрагмальная грыжа - у 4 (0,3%), гемоторакс и инородное тело - у 2 (0,1%), пневмомедиастинум - у 1 (0,1%), подкожная эмфизема грудной клетки и инородное тело - у 1 (0,1%) и релаксация диафрагмы - у 1 (0,1%). Плевро-легочные осложнения выявлены у 1338 (64,5%) пациентов, из них 643 (48,1%) выполнена диагностическая ВТС. Остальным 735 (35,5%) пострадавшим в процессе диагностики и лечения вмешательства не требовалась, проводилась только консервативная симптоматическая терапия.

Результаты и обсуждение. Первую группу составили 695 (51,9%) пострадавших, у которых обследование и лечение проводили без применения ВТС. Вторую - 643 (48,1%), которым на этапе инициальной диагностики и хирургического лечения была использована ВТС. Пациенты I и II групп по полу, возрасту и по тяжести травмы достоверных отличий не имели. В первой группе больным с традиционной тактикой хирургического лечения были выполнены плевральные пункции 101 (14,5%) пациенту; дренирование плевральной полости - 454 (65,3%), торакотомия - 139 (20,0%) (ушивание раны легкого - 47, сердца - 23, диафрагмы - 24, удаление свернувшегося гемоторакса - 17, прошивание поврежденной межреберной артерии - 12, плеврэктомия с декортикацией легкого - 8, прошивание внутренней грудной артерии с ушиванием перикарда - 4, удаление инородного тела с ликвидацией гемоторакса - 2, верхняя лобэктомия с ликвидацией гемоторакса - 1, ушивание разрыва сердца и нижней полой вены - 1). Во второй группе больных характер и объем травмы позволили ВТС ограничиться дренированием плевральной полости в 528 (82,1%) случаях после удаления фрагментов свернувшейся крови, коагуляцией или ушиванием ран легкого, диафрагмы, грудной клетки, остановки кровотечения и аспирации излившейся крови в плевральную полость. Из 115 (17,9%) конверсий в 84 (73,0%) случаях выпол-

нены видеоассистированные вмешательства через миниторакотомный доступ, используя ту же торакоскопическую технику и в 31 (27,0%) - широкая торакотомия (ушивание разрывов легкого и резекция костных отломков ребер - 12, остановка внутриплеврального кровотечения - 7, ушивание раны легкого - 3, эхинококкэктомия из легкого - 2, ликвидация свернувшегося гемоторакса, плеврэктомия с декортикацией легкого - 2, ушивание раны сердца и легкого - 2, ушивание раны легкого и поврежденной внутренней грудной артерии - 2, ушивание раны сердца и удаление инородного тела - 1). Высокая диагностическая эффективность ВТС отличается широкими лечебными возможностями, что способствовало снижению частоты торакотомии до 4,8% (31 из 643 пациентов), тогда как при традиционной тактике торакотомию выполняли в 20,0% случаев (139 из 695 больных). Сочетанные травмы и ранения груди и живота выявлены у 251 (12,1%) пострадавшего. Из этой категории больных лапароскопия (ЛС) производилась 147 (58,6%) пациентам. В 87 (59,2%) случаях, используя эндоскопическую технику, нам удалось избежать лапаротомии, а в 60 (40,8%) - пришлось прибегнуть к конверсии. В остальных 104 (41,4%) случаях повреждений органов брюшной полости произведена лапаротомия без предварительной ЛС. Осложнения, непосредственно связанные с использованием миниинвазивных вмешательств, не отмечены. Умерли 29 больных. Общая летальность составила 2,2%.

Заключение. Таким образом, ВТС позволяет не только установить точный топический диагноз, но и быстро и надежно устраниТЬ не требующие открытого вмешательства повреждения с минимальной травмой для пострадавшего. При выявлении повреждения внутренних органов грудной клетки лучевые методы исследования необходимо дополнить ВТС больным со стабильной гемодинамикой. Применение ВТС у пострадавших с травмами груди приводит к снижению частоты широкой торакотомии с 20,0 до 4,8%, послеоперационных осложнений и сроков лечения и реабилитации.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИГАНТСКИХ И ЗАГРУДИННО РАСПОЛОЖЕННЫХ ФОРМ ЗОБА

*Худайбергенов Ш.Н., Ирисов О.Т., Эшонходжаев О.Д., Хаялиев Р.Я.,
Абдусаломов С.А., Эгамов Ф.И.*

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

Частота загрудинно расположенного зоба по данным различных авторов варьирует от 0,2 до 50%, в среднем 3-6%. По данным Б.В. Петровского, приблизительно, 12-20% всех зобов располагаются загрудинно. Среди опухолей и кист средостения на долю внутригрудных зобов приходится более 30%. Зоб медиастинальной локализации требует хирургического вмешательства ввиду угрозы раз-

вития или уже имеющихся проявлений компрессии органов средостения. Вопрос доступа и хирургической тактики часто вызывает дискуссию среди эндокринологов и торакальных хирургов и до сих пор остается актуальным.

Цель работы - улучшить результаты диагностики и усовершенствовать хирургическое лечение больных с загрудинным зобом.

Материалы и методы. В отделении хирургии легких и средостения АО "РСЦХ имени академика В. Вахидова" в 2009-2016 годы оперированы 38 больных с патологией щитовидной железы: 26 (68,5%) женщин и 12 (31,5%) мужчин в возрасте от 4 до 73 лет. Все больные до поступления к нам консультированы эндокринологом, им произведены исследование гормонов, сцинтиграфия и биопсия железы.

Результаты и обсуждение. Всем больным выполнены общеклинические исследования: анализы крови и мочи, ЭКГ, ЭГДФС, УЗИ, рентгенография грудной клетки, МСКТ, дооперационная тонкоигольная аспирационная биопсия, также МСКТ с внутривенным контрастированием. Рентгенологически расширение тени верхнего средостения определялось у 20 (76,9%) больных. Смещение трахеи выявлено у 24 (63,15%) больных, сужение за счет сдавления извне - у 26 (68,4%). Один (2,6%) пациент в возрасте 4 лет был оперирован по поводу гигантского кистозного зоба с синдромом сдавления верхней полой вены. В возрасте до 20 лет был 1 (2,6%) больной, 21-40 лет 6 (15,7%) больных, 41-60 лет 17 (44,7%) больных и 61 лет и выше 13 (34,2%) больных. 5 (13,1%) больных ранее были оперированы по поводу зоба в других учреждениях.

У всех больных имелись симптомы дыхательной недостаточности из-за сдавления трахеи. При выраженному сдавлении трахеи проводилась интубация под контролем ТБФС армированными интубационными трубками. Из всех оперированных больных по поводу патологии щитовидной железы у 19 (50%) выявлен многоузловой зоб, у 5 (13,1%) диффузный и у 8 (21%) - смешанная форма зоба. У 3 (7,9%) больных выявлен рак щитовидной железы, у 3 (7,9%) больных определена киста щитовидной железы.

У 24 (71%) больных зоб частично находился в загрудинно, у 5 (13,1%) целиком находился в сре-

достении. У остальных 9 больных - на шее. Доступ определяли исходя из расположения щитовидной железы. 29 (76,3%) больным операция выполнена через шейный доступ: 22 (75,8%) больным - воротникообразным разрезом по Николаеву; 7 (24,1%) - по Кохеру; у 7 (18,4%) больным выполнен шейно-грудинный доступ Т-образным разрезом. Одному больному - продольная стернотомия, и одному больному - боковая торакотомия справа и воротникообразный разрез на шее. Средние размеры образования - от 8 до 19 см. 17 (44,7%) больным выполнена субтотальная струмэктомия; 3 (7,9%) - удаление гигантской кисты щитовидной железы; 9 (23,7%) - гемиструмэктомия; 1 (2,6%) больному - опухоль щитовидной железы, 1 (2,6%) - тиреоидэктомия с фасциально футлярным иссечением клетчатки шеи с обеих сторон; 6 (15,7%) - тотальная струмэктомия; 1 (2,6%) - диагностическая стернотомия, ревизия, биопсия опухоли декомпрессия трахеи.

Во всех случаях образования сдавливали окружающие структуры. Особенно интраоперационные трудности возникали при выделении опухоли от сосудов средостения (от дуги аорты, верхней полой вены, поперечной вены, яремной вены). У всех больных послеоперационный период протекал гладко, осложнения не наблюдались.

Послеоперационный период осложнился в 2 (5,2%) случаях парезом голосовых связок, в 1 (2,6%) случае - тромбоэмболией мелких ветвей легочной артерии. Осложнения ликвидированы консервативным путем. Все больные выписаны в удовлетворительном состоянии, летальности не было.

Таким образом, хирургическое лечение гигантских и загрудинно расположенных форм зоба целеусообразно осуществлять в специализированных учреждениях, где имеются специалисты по торакальной и сосудистой хирургии, бронхологи.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Худайбергенов Ш.Н., Ирисов О.Т., Эшонходжаев О.Д., Хаялиев Р. Я., Миролимов М.М.
АО "Республиканский специализированный центр хирургии имени академика В.Вахидова"

В 2000-2016 г. в отделении хирургии легких и средостения АО "РСЦХ имени академика В. Вахидова" обследованы и пролечены 186 больных с бронхоэктазами; мужчин было 104, женщин - 82. В возрастном аспекте больные распределались следующим образом: до 14 лет - 31 больной; от 15-30 лет - 67; от 31-40 лет - 44; от 41-50 лет - 16; от 51 лет и старше - 28. По длительности заболевания: с детства - 93 (50,53%); 5-10 лет - 46 (24,73%); 2-5 лет - 16 (9,1%); 1-2 года - 10 (5,37%); до года - 8 (4,3%); до 3 месяцев - 13 (7%).

В 22 случаях в анамнезе выявлены оперативные вмешательства: пульмонэктомия - 5, лобэктомия

справа - 28, слева - 7, билобэктомия - 3, резекция язычковых сегментов - 11, поперечная резекция - 5.

Жалобы: от небольших по интенсивности болей до приступообразных у 32 больных; кашель с выделением гнойной мокроты - у 98 (70,43%); слизистой мокроты - у 12 (13,44%); сухой кашель - у 5 (4,83%). В 15 (16,12%) случаях отмечалось кровохарканье, повышение температуры тела 0 у 31 (32,25%) больного. Относительно частыми симптомами заболевания являются слабость - 87 (89,78%) и одышка при физической нагрузке - 59 (58,6%), в покое - 12 (13,44%).

Физикальные данные при бронхоэктазах доволь-

но отчетливы и могут служить отправным пунктом для постановки диагноза: укорочение перкуторного звука отмечалось у 42 больных; отставание в акте дыхания с пораженной стороны - у 12 больных; цианоз губ и ногтевых лож - у 45; деформация грудной клетки - у 14; ослабленное дыхание - у 56; сухие хрипы - у 25; влажные хрипы - у 61 и смешанные хрипы - у 22 больных. Пальцы в виде барабанных палочек и деформация ногтевых пластин по типу "часовых стекол" отмечены у 85 больных.

Рентгенологическая картина неспецифична и для постановки правильного диагноза не всегда достаточна. Усиление бронхиального рисунка отмечено в большинстве случаев - у 88, понижение прозрачности - у 54, инфильтративное затемнение - у 58 больных. МСКТ позволяет детально изучить характер поражения легких. Деформация бронхов выявлена у 33 больных, цилиндрические бронхоэктазы - у 31, мешковидные бронхоэктазы - у 22, кистозное расширение бронхов - у 25, сужение долевого бронха - у 1, пневмоцирроз - у 12 больных, смешанные бронхоэктазы - у 6. При ТБФС мы определили степень поражения бронхиального дерева: гнойный эндобронхит выявлен у 33 больных, деформирующий бронхит - у 22, катаральный эндобронхит - у 24, эрозивный эндобронхит - у 15 и культивит - у 4 больных.

У 62 больных отмечались распространенные формы поражения. После комплексной терапии они выписаны на амбулаторное наблюдение.

После предварительной противовоспалительной, бронхолитической и десенсибилизирующей терапии с включением санационных ТБФС и эндотрахеальных введений антибиотиков, ферментов 124 больным произведены 126 оперативных вмешательств. В

12 случаях произведена резекция пораженной доли, пульмонэктомия - 12; резекция оставшейся части легкого по типу пульмонэктомии - 1; билобэктомия - 29; лобэктомия - 24; поперечная резекция - 19; резекция язычковых сегментов - 31; краевая резекция - 4; торакотомия с остановкой кровотечения из межреберной артерии - 1; в 5 случаях с целью остановки легочного кровотечения произведена эмболизация бронхиальных артерий.

Предпочтение отдавали передне-боковому торакотомному доступу, который был применен в 32 случаях; боковая в 86 и задняя торакотомия применены в 8 случаях.

Послеоперационный период осложнился в 3 случаях эмпиемой плевры с бронхиальным свищем; нагноением операционной раны - в 3; внутриплевральным кровотечением - в 1 случае. Реторакотомия понадобилась в двух случаях: 1 - при внутриплевральном кровотечении, 2 - при пневмоциррозе и недорасправлении оставшейся верхней доли после правосторонней билобэктомии; в остальных случаях осложнения ликвидированы консервативно. При контрольных осмотрах через 1 месяц отмечался значительный прирост показателей спирографии, в 92% отмечено улучшение качества жизни.

Выводы. При распространенных двухсторонних поражениях БЭБ эффективно консервативное лечение санационной ТБФС с лаважом бронхиального дерева и небулайзерная терапия. При ограниченных поражениях легких радикальным методом лечения является резекционное вмешательство в комплексе с рееспираторной терапией. Показания к хирургическому лечению больных с распространенными формами двусторонней бронхоэктатической болезни - легочное кровотечение, не остановленные консервативными и инструментальными методами.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ УСОВЕРШЕНСТВОВАННЫХ МЕТОДОВ ПЛАСТИКИ ОБШИРНЫХ ДЕФЕКТОВ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ТРАХЕИ И МЯГКИХ ТКАНЕЙ ШЕИ ПОСЛЕ ЛАРИНГОТРАХЕОСТОМИИ ПО ПОВОДУ РУБЦОВЫХ СТЕНОЗОВ ТРАХЕИ

Худайбергенов Ш.Н., Каюмходжаев А.А., Эшонходжаев О.Д., Пахомов Г.Л.,

Турсунов Н.Т., Хаялиев Р.Я., Мирзаев Х.А.

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

Введение. Проблема закрытия обширных ларинготрахеальных дефектов является актуальной и продолжает оставаться предметом исследований и дискуссий микрохирургов, отоларингологов и торакальных хирургов.

Для восстановления проходимости дыхательного пути при критических и декомпенсированных стенозах гортани и трахеи больным используется трахеостомия с введением канюли в просвет трахеи ниже уровня стеноза. В некоторых случаях при хирургической коррекции стеноза выполняется широкая ларинготрахеостомия с иссечением тканей вокруг стеноза с последующим введением трубчатых дилататоров в

просвет дыхательного пути на длительный срок. После формирования стойких ларинготрахеостом возникает вопрос о закрытии дефекта без нарушения проходимости и рестенозирования трахеи. Сегодня существует большое количество различных тканей и материалов, вариантов операций направленных на ликвидацию дефектов данной области.

Материалы и методы. В отделении хирургии легких и средостения АО "РСЦХ им. акад. В.Вахидова" с 2008 по 2016 г. пролечены 32 пациента с дефектами передней стенки верхней трети трахеи, подсвязочного отдела гортани и мягких тканей шеи после ларинготрахеостомии или трахеостомии.

22 больным с дефектами передней стенки трахеи и мягких тканей размерами от 0,4 до 2,0 см в ширину и от 1,2 до 4,0 см в высоту без наличия протектора (Т-образного стента или трахеостомической канюли) произведена местная двух- и трехслойная кожно-мышечная пластика.

5 больным, в связи с наличием обширных дефектов передней стенки трахеи и мягких тканей передней поверхности шеи произведены реконструктивные операции с применением микрохирургической техники. В 1 случае произведена микрохирургическая пластика префабрикованным дельтапекторальным аутореберным лоскутом с аутодермопластикой, в 4 случаях произведена пластика обширного дефекта префабрикованными аутореберными хрящами. Во всех случаях получены хорошие непосредственные и отдаленные результа-

ты. Основными требованиями к лоскутам являются: достаточные размеры, обеспечение каркасной функции, возможность эвакуации секрета, устойчивость к инфекции. Предпочтение следует отдавать собственным тканям.

Выводы. Выбор способа пластики или реконструкции дефекта трахеи определяется в каждом конкретном случае индивидуально. Могут быть использованы местные кожно-мышечные лоскуты и сложные кожно-костно-мышечные трансплантаты из прилегающей области шеи и различных отделов грудной клетки.

Показанием к данной операции является наличие стойкого дефекта и сформированного просвета трахеи на данном уровне, без признаков рестенозирования дыхательного пути, отсутствие воспаления и инфицирования тканей вокруг стомы.

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЛЕГОЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Худайбергенов Ш.Н., Хаялиев Р.Я., Рихсиев З.Г.

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

Лёгочные кровотечения (ЛК) являются серьёзным, нередко смертельным осложнением различных воспалительных заболеваний органов дыхания. Причинами ЛК могут быть десятки заболеваний различных органов и систем. Если степень ЛК можно предположить по данным клинических методов обследования, то диагностика причин ЛК всегда вызывает большие сложности.

Цель исследования - разработать и усовершенствовать алгоритм диагностики и хирургического лечения легочных кровотечений.

Материал и методы исследования. В работе проведен анализ результатов хирургического лечения 50 больных с ЛК в 2010-2016 г. Лиц мужского пола было 32 (64%), женского - 18 (36%), 25 (50%) больных составили лица молодого и наиболее трудоспособного возраста - 24-50 лет. Пятерым больным ранее были проведены эхинококкэктомии из легких.

В зависимости от причины кровотечения все больные были разделены на 8 групп. В 1 группу вошли 11 больных с осложненным эхинококкозом легких. Во 2 группу включили 10 больных с эрозивным бронхитом. 3 группу составили 7 пациентов с объемными образованиями. В 4 группу вошли 6 пациентов, с бронхоэктазами. 5 группу составили 5 больных с пневмонией. В 6 группу включили пациентов с туберкулезом легких. 7 группу составили 2 больных с ложными кистами. В 8 группу включили больных различными заболеваниями, не более одного случая: поликистоз легких, ТЭЛА, бронхиальная астма, инородные тела бронхиального дерева, бронхонодулярный свищ, гипертоническая болезнь.

Кроме общеклинического исследования всем больным проведено полипозиционное рентгено-

логическое исследование, 33 больным выполнено ТБФС, 34 больным - МСКТ органов грудной клетки; 9 - ЭГДФС.

Длительность предоперационной подготовки зависела от характера и выраженности процесса, состояния больных.

Результаты. После клинико-инструментального обследования 17 (34%) больным выполнены оперативные вмешательства: в 7 (14%) случаях - эхинококкэктомия из легких; частичная резекция сегментов легких - 4 (8%), лобэктомия - 3 (6%), ушивание ложной кисты - 2 (4%) и в 1 (2%) случае - билобэктомия.

42 больных выписаны в удовлетворительном состоянии, 6 больным проведено консервативное лечение в связи с сопутствующими заболеваниями. Послеоперационные осложнения отмечались у 2 пациентов (11,7%). В одном случае на 4 сутки развилась пневмония оперированного легкого; в другом отмечалось нагноение раны - осложнения ликвидированы консервативным путем. Госпитальная летальность не отмечена.

Выводы. Всем больным для уточнения диагноза рекомендуется проведение ТБФС, которая также может служить и лечебным пособием для остановки кровотечений из мелких сосудов.

На высоте кровотечения при возможности проведения ангиографического исследования необходима контрастная аортография для выявления возможных источников кровотечения.

При органических поражениях ткани легкого у больных, ранее перенесших операцию, рецидивирующем кровотечении из области хирургического вмешательства показаны резекционные вмешательства.

PLASTIC SURGERY OF EXTENSIVE DEFECTS OF THE ANTERIOR WALL OF THE TRACHEA AND NECK SOFT TISSUES AFTER LARYNGO-TRACHEOSTOMY

Hudaybergenov Sh.N., Hayaliev R.Y., Eshonhodzhaev O.D., Amanov B.B., Miralimov M.M.

"Republican Specialized Center of Surgery named after academician V.Vakhidov" JSC

Introduction. In order to restore airway patency during critical and decompensated stenosis of the larynx and trachea in some patients using tracheostomy with the introduction of the cannula into the lumen of the trachea below the level of the stenosis. In some cases, surgical correction of stenosis laryngo-tracheostomy perform a wide excision with tissue around the area of stenosis, followed by the introduction into the lumen of the tubular airway dilators for a specified duration. The problem of the closure of large defects of laryngo-trachea is relevant and continues to be the subject of research and microsurgery discussions, otolaryngologists and thoracic surgeons.

Material and methods. We examined 26 patients with defects of the anterior wall of the upper third of the trachea, subglottic larynx and soft tissue of the neck after laryngotracheostomy or tracheostomy. Previously these patients had been carried out stages of endoscopic coagulation, bougienage tracheal stenosis, followed by plastics tracheal lumen with the formation on the T-shaped stent.

Results and discussion. Patients (n=22) with anterior tracheal wall posttracheostomy defects and soft tissue defects with sizes from 1.0 sm to 2.0 sm wide and 2.0 sm to 4.0 sm in height when the defect depth of 8 mm, i.e. anterior-posterior size of the tracheal lumen and the lumen formed persistent airway narrowing in the plastic zone without a tread (T-shaped stent or tracheostomy cannula) made the local three-layer or four-layer skin and muscle plastic defect.

Control bronchoscopic examinations were performed in patients on the 5th day after the operation. Then, after 1 month, 3 months, 6 months and one year after the operation. Two patients had a point failure joints skin and muscle plasticity to form a skin-tracheal fistula size of 2-3 mm, which closed on their own without surgery by conservative treatment with the imposition of aseptic dressings ointment. Six patients with extensive

defects in the anterior-lateral walls of the trachea and the distal part of the larynx, produced complex reconstructive surgery using microsurgical techniques.

To restore tracheal defects requires an adequate supply of high-grade, skin devoid of hair in the area of reconstruction. The absence of such sites in the neighborhood (or sharp dystrophic scarring) requires the use of tissue from skin taken from other areas of the patient's body (Filatov stem formation, moving skin-fascial flap on a vascular pedicle, autotransplantation complex flaps on microvascular anastomosis).

In 4 cases, the patients underwent extensive plastic defect prefabricated autorib cartilage. The technique is a two-stage closure of the tracheal defect extensive anterolateral wall of the trachea.

Two patients after skin-grafting and muscle in 1 case after autorib plastics in the early postoperative period, there was a partial failure of seams from the air intake of the zone created by skin-muscular front wall without differences external seams. In both cases, conservative methods achieved the elimination of signs of insolvency seams with the termination of air intake and phonation when coughing with a hermetic closure of the defect. In all other cases obtained good immediate and long-term results.

Conclusions. The large number of donor zones hinged flap near the neck defects allows to use them widely for plastics extensive and persistent tissue defects. Using an improved method of forming prefabricated flap, it allows to produce plastic large tracheal defects with the restoration of the cartilaginous skeleton. Formation of rotational flaps, in particular autorib cartilage and delta-pectoral flap for reconstruction of extensive persistent tracheal defects and soft tissues of the neck is technically simple, requires no additional microsurgical benefits to create a framing the front wall without violating the patency of the respiratory tract, without constriction and deformation lumen.

РЕЗЕКЦИОННЫЕ И РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ТРАХЕОГОРТАННЫХ, ПРОТЯЖЕННЫХ И МУЛЬТИФОКАЛЬНЫХ РУБЦОВЫХ СТЕНОЗАХ ТРАХЕИ

Худайбергенов Ш.Н., Эшонходжав О.Д., Турсунов Н.Т., Хаялиев Р.Я.,

Абдусаломов С.А., Миролимов М.М.

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

Актуальными вопросами лечения больных с рубцово-стенозирующими трахео-гортанными стенозами (РСТ) являются повышение эффективности и безопасности, определение показаний и противопоказаний к цирку-

лярной резекции и реконструктивно-пластическим вмешательствам на трахее у пациентов с протяженным поражением дыхательного пути со стенозами с вовлечением подскладочного отдела гортан-

ни, а также при мультифокальных сужениях трахеи, позволяющим улучшить результаты лечения и качество жизни больных, привести к восстановлению трудоспособности и снижению инвалидности и летальности.

Материалы и методы. Проведено комплексное хирургическое лечение 102 больных с РСТ в возрасте от 11 до 62 лет. Локализация стенозов: в верхней трети трахеи - в 51 (50%) случай, 14 (15,2%) больных - сужение грудного отдела трахеи; трахеогортанная локализация с поражением подсвязочного отдела гортани и в/з трахеи - 28 (23,9%) больных; сочетанное поражение гортани и грудного отдела трахеи - 6 (6,5%), в 7 случаях - рубцово сужены шейный и грудной отделы трахеи (7,6%). Среди них у 6 (6,5%) больных имелась полная рубцовая облитерация просвета трахеи над трахеостомической канюлей. 5 пациентов (5,4%) поступили из других медицинских центров с послеоперационными стенозами анастомозов трахеи после циркулярной резекции. Протяженность стенозированного участка у больных варьировалась от 0,3 до 7 см. Наиболее часто (64,2%), встречались РСТ протяженностью более 2 см. Результаты и обсуждение. При критических и декомпенсированных стенозах диаметром до 5 мм с угрозой асфиксии первым этапом проводилась эндоскопическая лазерная или диатермодеструкция сужения с последующим бужированием

зоны сужения. При необходимости в длительной реабилитации и отсутствии условий к выполнению циркулярной резекции трахеи устанавливались эндотрахеальные стенты типа Дюмон (12 больных). Циркулярная резекция трахеи проведена 24 больным. При противопоказаниях со стороны сопутствующих заболеваний 28 больным выполнены реконструктивно-пластические операции с рассечением зоны стеноза, иссечением рубцовых тканей и формированием просвета трахеи на Т-образном стенте. После удаления Т-образных эндопротезов проводилась пластика дефектов передней стенки трахеи мягких тканей шеи местными тканями, а также при помощи лоскутов с применением микрохирургической техники.

Выводы. Больным с РСТ необходим мультимодальный подход в зависимости от степени, локализации, протяженности и уровня поражения с учетом тяжести сопутствующей патологии с применением комплекса эндохирургических, резекционных и реконструктивно-пластических методов лечения.

При протяженном РСТ с вовлечением в процесс более 30-50% трахеи до 5-6 см, возможна циркулярная резекция трахеи при достаточной мобилизации на необходимых уровнях.

При мультифокальных РСТ в сочетании со стенозами подсвязочного отдела гортани целесообразно формирование просвета на Т-образном эндопротезе.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ДАННЫХ МСКТ, БРОНХОСКОПИИ И ИНТРАОПЕРАЦИОННЫХ ПАРАМЕТРОВ СУЖЕНИЯ В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ РУБЦОВЫХ СТЕНОЗОВ ТРАХЕИ

Эшонходжаев О.Д., Худайбергенов Ш.Н., Джураева Н.М., Турсунов Н.Т.

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

Проанализированы результаты обследования и лечения 112 пациентов с рубцовыми стенозами трахеи (РСТ) в АО "РСЦХ имени академика В.Вахидова" в 2008-2016 г. Больным выполнено комплексное обследование, включающее общеклинические и эндоскопические методы (фибробронхоскопия, ригидная бронхоскопия и комбинированная бронхоскопия), МРТ и МСКТ с 3D-реконструкцией и виртуальной бронхоскопией.

Прямая и боковая проекции, полученные МСКТ, 3D-реконструкция просвета трахеи и виртуальная бронхоскопия у больных с критическими РСТ, когда проведение тубуса бронхоскопа невозможно или представляет высокий риск в связи с резким затруднением дыхания в момент исследования, позволили точно и безопасно определить длину, диаметр, локализацию, протяженность рубцово-пораженного участка трахеи, деформации каркаса хрящевых полуколец и изменение перитрахеальной клетчатки.

Фибробронхоскопическое исследование также позволяет установить стеноз, определить его локализацию, степень и протяженность сужения, харак-

тер трахеобронхита и состояние слизистой.

Однако при в дооперационных инструментальных исследованиях зачастую показатели и характеристики стеноза трахеи, полученные при бронхоскопии, отличались, а иногда не соответствовали параметрам сужения, полученным при МСКТ. Вместе с тем интраоперационные метрические показатели могут отличаться от результатов предоперационного инструментального исследования.

Для определения информативности каждого метода в установлении предоперационного диагноза и планирования объема оперативного вмешательства нами проведен сравнительный анализ между показателями бронхоскопии, МСКТ и интраоперационными параметрами стеноза. Изучаемые и сравниваемые параметры включали дооперационно, установленные протяженность сужения трахеи и диаметр стеноза; интраоперационно установленную длину резецированного фрагмента трахеи или протяженность трахеотомии при пластике на Т-эндопротезе и диаметр просвета в области сужения.

Так протяженность РСТ, установленная при

бронхоскопическом исследовании, составила от 10 до 40 мм, в среднем, $22,3 \pm 1,1$ мм; специфичность исследования - 82,6%, чувствительность - 100%. Протяженность РСТ, установленная при МСКТ, составила от 12 до 50 мм, в среднем, $25,1 \pm 1,2$ мм. Специфичность метода - 92,9%, чувствительность - 100%. Интраоперационно установлена протяженность РСТ - от 10 до 55 мм, в среднем, $27,0 \pm 1,3$ мм.

Диаметр просвета трахеи в области сужения, установленный при МСКТ, составил от 4 до 8 мм, в среднем, $6,0 \pm 0,1$ мм. Диаметр трахеи в зоне стеноза, установленный при бронхоскопии составил, от 2 до 6 мм, в среднем $4,3 \pm 0,2$ мм. Эндохирурги-

чески установленный диаметр сужения трахеи составил от 3 до 6 мм, в среднем, $4,7 \pm 0,1$ мм.

Исследование показало, что чувствительность и специфичность бронхоскопии при определении диаметра РСТ составила 100% и 91,4%. Результаты анализа показали, что чувствительность и специфичность МСКТ при определении диаметра и протяженности РСТ составила 100% и 78,3%.

Таким образом, при определении протяженности стенозированной зоны трахеи установлено, что специфичность МСКТ выше чем ФБС, в то время как при определении диаметра сужения ФБС более специфична, чем МСКТ.

5. АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ

ПРИМЕНЕНИЕ ТАР-БЛОКА С УЗ-НАВИГАЦИЕЙ ДЛЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Абдуллаева Х.Н., Борисова К.Б., Бутова К.А., Ли В.В., Назаров К.Ш., Аблялимов И.Т.

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

Адекватная аналгезия в ближайшем послеоперационном периоде существенно улучшает состояние пациентов, способствует ранней активизации, предотвращает тромбоэмболические осложнения. Оптимизация послеоперационного обезболивания в абдоминальной хирургии до сих пор не теряет своей актуальности. Региональным методам обезболивания уделяется особое внимание. В этом ряду Transversus Abdominis Plane-Block (ТАР-блок) представляет определенный интерес. Рекомендации по его применению показывают преимущества, связанные с минимальными гемодинамическими сдвигами вследствие распределения анестетика в пределах брюшной стенки. Проведение ТАР-блока с ультразвуковой (УЗ) навигацией обеспечивает идентификацию анатомических структур, визуально контролирует саму манипуляцию, что снижает число осложнений.

Цель - представить возможность послеоперационного обезболивания ТАР-блоком пациентов в абдоминальной хирургии при помощи УЗ-поддержки.

Материалы и методы. 20 пациентам в возрасте от 25 до 76 лет с соматическим статусом по ASA II-III класса после абдоминальных вмешательств (резекция желудка - 4, холецистэктомия - 4, реконструктивные операции на желчных путях - 5, эхинококкэктомия из печени - 5, аллогеропластика - 2) использовали ТАР-блок с помощью УЗ-навигации. Операции выполнялись в условиях тотальной внутривенной анестезией (ТВА) с внутривенным введением фентанила, бензодиазепинов, барбитуратов и миорелаксации ардуаном в общепринятых дозировках; искусственной вентиляции легких (ИВЛ) в режиме IPPV, мониторинга (АД, ЭКГ, ЧСС, SpO₂, капнографии). Двусторонний ТАР-блок был проведен в операционной сразу после операции в состоянии постнаркозного сна 1% лидокаином по 20,0 мл. Все больные были переведены в ОРИТ: 35% (7) - на ПИВЛ, где в течение первых суток контролировали по 10-балльной визуальной аналоговой шкале боли степень болевого восприятия, показатели которого фиксировали через 1, 2, 4, 8, 12, 24 часов после ТАР-блока. При необходимости обезболивание осуществлялось наркотическими (промедол 2% - 1,0) или ненаркотическими аналгетиками (аналгин 50% - 2,0, диклофенак 75 мг), расход которых также регистрировался.

Результаты. Техника ТАР-блока под УЗ-навигацией включала несколько этапов. Первым этапом проводилась УЗ-визуализация анатомических структур передней брюшной стенки в зоне "треугольника Пти", ограниченного спереди внутренней косой мыш-

цей живота, сзади - широчайшей мышцей спины, а снизу - гребнем подвздошной ости. Линейный датчик 11L аппарата GE LOGIQ P6 устанавливался в по-перечной плоскости между 12 ребром и гребнем подвздошной кости по средней подмышечной линии; визуализировали кожу, подкожно-жировой слой, наружную косую мышцу, внутреннюю косую, поперечную мышцу живота, париетальную брюшину, петли кишечника. Определяли расположение афферентных нервов, исходящих из T₇-L₁, проходящих через нейро-фасциальную плоскость между внутренней косой мышцей и поперечной мышцами живота - transversus abdominus plane. При помощи Эхо-позитивной иглы G22 UPB-50 в асептических условиях проводился in-plane вкол с дальнейшим продвижением под УЗ-контролем до transversus abdominus plane. Введение 20 мл 1% раствора лидокаина визуально фиксировалось ультразвуком в виде расширения межфасциального пространства между внутренней косой мышцей и поперечной мышцей. После удаления иглы накладывалась асептическая повязка. В послеоперационном периоде на фоне гемодинамической стабильности (АДср. 96±3 мм.рт.ст., ЧСС, в среднем, 79±4 в мин., SpO₂ - 96±2%) в течение первых суток у 60% (12) больных не возникало потребности в наркотических аналгетиках. Через 1-2 часа нахождения в ОРИТ число баллов не превышало 2,7±2,0, лишь через 8 часов появились болевые ощущения, соответствующие 5,1±2,5 балла, что нивелировалось назначением ненаркотических аналгетиков, которые сохраняли болевые ощущения на уровне 2,8±1,7 балла. У остальных больных (8) значимые болевые ощущения наблюдались через 8 часов, что соответствовало 6,1±2,2 балла, потребовавших однократное введение наркотических аналгетиков. К сожалению, нам не удалось осуществить послеоперационное обезболивание пациентов только с помощью ТАР-блока. Тем не менее примененные дозы наркотических и ненаркотических аналгетиков значительно были снижены. Осложнений, связанных с ТАР-блоком, не отмечено. Все пациенты, получившие ТАР-блок были активны и переведены из ОРИТ в профильные отделения через 18-20 часов.

Заключение. Применение послеоперационного обезболивания ТАР-блоком с УЗ-навигацией обеспечило проведение безопасной адекватной аналгезии в первые часы после абдоминальных вмешательств уменьшило потребность в наркотических и ненаркотических аналгетиках, обеспечивало раннюю активизацию больных и перевод их в профильные отделения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РАСТВОРА "ФАРГАЛС" В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЭРОЗИВНО-ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Аблаев Э.А., Стрижков Н.А., Ибадов Р.А.

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

В настоящее время искусственная вентиляция легких и трахеостомия прочно вошли в повседневную врачебную практику. Установлено, что даже непродолжительная по времени ИВЛ, погрешности в технике трахеостомии отрицательное воздействуют на состояние слизистой оболочки гортани и трахеи, способствуют образованию эрозий.

Цель работы - изучить эффективность отечественного антисептика ФарГАЛС при лечебно-бронхоскопической санации пациентам с трахеобронхитом.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 92 больных в отделении реанимации и интенсивной терапии за 2013-2017 г.

Критерием включения являлась длительность ИВЛ более 48 часов. Для анализа отобраны 92 истории болезни пациентов с эрозивным поражением дыхательных путей, которые находились на пролонгированной ИВЛ по причине полиорганной недостаточности и сепсиса.

Все пациенты были разделены на 3 группы. В 1 группу включены 32 пациента, которым трахеостомия проводилась на 3 сутки ИВЛ. Во 2 группе - 40 (трахеостомия на 5 сутки); в 3 группе - 20 пациентам для осуществления респираторной поддержки была произведена оротрахеальная интубация. Всем пациентам выполняли перкутанную дилатационную трахеостомию по модификации, разработанной в нашем отделении. Эндоскопическое исследование выполняли больным 1 и 2 групп ежедневно (согласно рекомендациям ERS, 2016) с момента выявления трахеобронхита; больным 3 группы исследование выполняли 1 раз в 2 дня. Осуществляли патоморфологическое и микробиологическое исследования слизистой оболочки трахеи и бронхов в разные сроки ИВЛ. Антибиотики применяли в соответствии с результатами антибиотикограмм. Также осуществлялся динамический эндоскопический контроль состояния гортани, трахеи и бронхов.

В соответствии с классификацией трахеобронхита и в зависимости от фазы процесса, эндоскопическая картина слизистой оболочки трахеи из-

менялась стадийно: на 1-3 сутки у всех больных 1 и 2 групп мы выявляли катаральные изменения. Влияние различных патогенетических факторов, связанных с наличием трахеостомы, приводило к появлению на 5- 7 сутки эрозивно-язвенного поражения слизистой оболочки трахеи и бронхов у большинства пациентов этих групп (72 больных, 78,2%). Основную часть больных 3 группы составили пациенты с эрозивно-геморрагической формой (20 больных, 21,8%). В 1 и 3 группе при лечебно-санационной трахеобронхоскопии применяли отечественный раствор ФарГАЛС. Препарат ФарГАЛС готовился ех t?трога путём разведения стерильным физиологическим раствором до указанной концентрации. Во 2 группе использовали 1% раствор диоксидина. Также основным направлением в лечении являлась небулайзерная терапия с применением раствора ФарГАЛС в 3 группах.

Результаты. В 1-3 группах (48 больных, 52,1%) с эрозивно-язвенными и эрозивно-геморрагическими поражениями слизистой оболочки трахеи и бронхов акцент делали на лечебно-санационную бронхоскопию с использованием раствора ФарГАЛС. В динамике отмечалась положительная бронхоскопическая картина: уменьшение отека слизистой трахеобронхиального дерева (ТБД), восстановление дыхательной функции, эпителизация эрозий на 7 сутки. При комплексном лечении больным 2 группы (35 больных, 38%) лечебно-санационную бронхоскопию проводили с использованием 1% раствора диоксидина. Эпителизация эрозий и восстановление слизистой ТБД отмечается на 10 сутки.

Вывод. Эффективность ФарГАЛСа во время лечебно-санационной бронхоскопии связана с ускоренным восстановлением слизистой ТБД, дренажной функции легких. Лечебный алгоритм и динамический эндоскопический контроль позволяют выявить ранние проявления эрозивных изменений дыхательных путей, определить оптимальную тактику ведения больных и восстановить дыхательную функцию.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРОЛОНГИРОВАННОЙ ИНТРАПЛЕВРАЛЬНОЙ БЛОКАДЫ БОЛЬНЫМ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ОРГАНАХ ГРУДНОЙ ПОЛОСТИ

Аблялимов И.Т., Назаров К.Ш., Камбаров У.О.

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

Введение. Оперативные вмешательства на органах грудной полости требуют адекватной после-

операционной аналгезии, которая способствует ранней активизации больных, что значительно снижает

частоту послеоперационных осложнений.

Цель исследования - представить эффективность интраплевральных блокад (ИПБ) у пациентов, перенесших оперативные вмешательства на органах грудной полости.

Материалы и методы. ИПБ применяли 21 больному в возрасте от 20 до 62 лет. Мужчин было 12, женщин - 9, соматический статус которых соответствовал II-IV классу по ASA. Были выполнены оперативные вмешательства на органах грудной полости: видеоторакоскопические вмешательства (3), диагностические торакотомии (1), эхинококкэктомии из легких (9), лобэктомии (3), удаление кист из средостения (5) в условиях ингаляции изофлораном в комбинации с внутривенным введением в стандартных дозировках бензодиазепинов, барбитуратов, кетамина, фентанила с миоплегией ардуаном. Искусственная вентиляция легких (ИВЛ) проводилась наркозно-дыхательным аппаратом Drager Fabius в режиме IPPV VCV с дыхательным объемом 3-5 мл/кг., FiO_2 50-60%, PEEP 2-8 мм.вод.ст., I:E 1:1.5 - 1:2, PCO_2 на выдохе 32-50 мм.рт.ст. посредством одно и двухпросветных трубок. Интраоперационный мониторинг включал контроль электрокардиограммы (ЭКГ), плетизмографии, пульсоксиметрии, измерения неинвазивного артериального давления (нАД), капнограммы, измерение инвазивного артериального давления (иАД), центрального венозного давления (ЦВД), контроль почасового диуреза, фибробронхоскопии. Волемическая нагрузка составляла 3-10 мл/кг в час. Установка полиамидного катетера для эпидуральной анестезии размером 20 G осуществлялась после окончания основного этапа операции перед послойным ушиванием грудной клетки с выведением катетера через прокол в VII-VIII межреберье по задней подмышечной линии. Проведение ИПБ выполнялось 0,5% раствором лидокаина

гидрохлорида в объеме 20 мл, с последующим пролонгированием через 4-6 часов в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). Длительность операции составляла 150 ± 10 минут. 12 больных экстубированы на операционном столе, 9 переведены в ОРИТ на продленную ИВЛ. Учитывали потребность после операции в наркотических (омнопон, промедол) и ненаркотических аналгетиках (кетонал, диклофенак натрия).

Результаты. Использование ИПБ обеспечивало послеоперационное обезболивание пациентов в первые 6-8 часов нахождения в ОРИТ с сохранением гемодинамической (среднее АД 90 ± 5 мм.рт.ст., ЧСС 80 ± 5 ударов в минуту) и респираторной стабильности (SpO_2 - $96 \pm 2\%$). Пациенты были активны, жалоб не предъявляли. Однако в последующем вследствие появления болевых ощущений согласно визуально-аналоговой шкале (уровень составлял $6,8 \pm 0,5$ баллов), несмотря на применение пролонгированной ИПБ, 5 пациентам были назначены наркотические аналгетики в дозе 0,28 мг/кг омнопона и промедола, 3 пациентам НПВС в дозе 1,07 мг/кг диклофенака натрия. Остальные больные в дополнительном обезболивании не нуждались, ИПБ обеспечивала адекватную ноцицептивную защиту весь период нахождения в ОРИТ. Пролонгированная ИПБ продолжалась в профильном отделении, в среднем, 2,5-3 суток после операции. Катетер удаляли вместе с дренажем. Осложнения от применения ИПБ не наблюдали. Все пациенты переводились из ОРИТ через 12 ± 3 часа.

Выводы. Применение ИПБ в первые 6-8 часов после оперативных вмешательств на органах грудной полости обеспечивало адекватное обезболивание, способствовало ранней активизации пациентов, снижало использование обезболивающих средств, вплоть до полного их исключения более чем у 50% больных.

ВЛИЯНИЕ ВАРИАНТОВ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ И ОПЕРАЦИОННОГО СТРЕССА НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Аззамходжаев Т.С., Салиходжаев Ш.Н., Исмаилова М.У., Талипов М.Г.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Учитывая рост оперативных вмешательств и медицинских манипуляций, проводимых детям в условиях общей анестезии, случаи негативного влияния общей анестезии на когнитивные функции, исследование этих вопросов в педиатрической анестезиологии представляет научный интерес. Детский возраст - период интенсивного психического развития, развития эмоциональных и когнитивных дисфункций.

Цель работы - оценить влияние общей анестезии и операционного стресса на когнитивные функции детей с учетом вариантов общей анестезии.

Материалы и методы. В отделении кардиохирургии и кардиореанимации клиники ТашПМИ обследованы 38 больных (13 мальчиков и 25 девочек) в возрасте от 7 до 13 лет с диагнозом: ДМПП, ДМЖП, Тетрада Фалло, сужение легочной артерии. По объективному соматическому статусу относились III-IV классу по ASA. 21 пациенту с ВПС применяли ингаляционную анестезию (ИА) севофлораном 0,8-1,5 об% (1 группа); 17 - комбинированную общую анестезию (КОА) пропофолом 100-150 мкг/кг/мин (2 группа) с добавлением инфузии фентанила, ардуана. ИВЛ проводили

по полузакрытому контуру аппаратом Drager Fabius (Германия) в режиме SIMW Vol с Flow O₂, 0,5 L/min. Инфузионно-трансфузионная терапия была стандартной во всех группах и осуществлялась введением кристаллоидов, коллоидов; при необходимости применяли трансфузию крови и свежезамороженной плазмы.

Детей обследовали по различным психометрическим методикам. В том числе - по Краткой шкале оценки психического статуса (MMSE). Исследования состояния психики проводили до операции, на первый, третий и пятый день после операции.

Результаты и обсуждение. Сравнительный анализ влияния ингаляционной и внутривенной анестезии на когнитивные функции показал, что анестезия на основе севофлюрана оказывает достоверно меньшее влияние на эмоциональный статус, чем анестезия на основе пропофола.

Показатель внимания достоверно снижен во всех группах на третьи сутки после вмешательства без достоверных различий между группами. На пятые

сутки внимание восстановлено до исходного уровня во всех группах.

Наиболее информативным показателем когнитивных функций после общей анестезии оказалась ММД - долгосрочная механическая память. Она страдает больше, чем другие показатели. На третий день повреждение ММД достоверно снижено в обеих группах без существенного различия между ними. На пятые сутки показатель ММД достоверно не отличается от исходного уровня.

Выводы. Ингаляционная анестезия на основе севофлюрана обеспечивает наибольшую сохранность психических функций. Полное восстановление психического статуса происходит к пятому дню послеоперационного периода, также как при КОА на основе пропофола.

Оптимальный метод анестезии в клинической практике следует определять с учетом влияния общей анестезии на когнитивные функции ребенка в раннем послеоперационном периоде и травматичности вмешательства.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ АБДОМИНАЛЬНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

*Аззамходжаев Т.С., Юсупов А.С., Файзиев О.Я., Маматкулов И.А.
Ташкентский педиатрический медицинский институт*

Операции на грудной клетке по поводу воронкообразной деформации у детей относятся к травматичным вмешательствам. В связи с этим устранение боли в послеоперационном периоде при исследовании функций кровообращения с клиническим наблюдением детей во время анестезии и послеоперационном периоде является актуальной проблемой.

Цель исследования - определить влияние трамадола на центральную гемодинамику в послеоперационном периоде по методу контролируемой пациентом анальгезии (КПА).

Материалы и методы. В основу работы положены результаты клинических наблюдений 10 детей в возрасте от 8 до 15 лет, оперированных в плановом порядке по поводу воронкообразной грудной клетки 2-3 степени - операция Насса. Все больные распределены на группы. В первой группе 5 (50%) больным проводилось обезболивание по методу КПА трамадолом в дозе 1-2 мг/кг/сутки, внутривенно на специальном аппарате Fresenius "injektomat-Racoon" (Германия). Пациенты самостоятельно нажимали на кнопку когда чувствовали боль. Во второй группе 3 (30%) пациентам в послеоперационном периоде осуществляли плановое обезболивание трамадолом 1,5-2,0 мг/кг каждые 6 часов внутривенно. В третьей группе 2 (20%) больным в послеоперационном периоде применяли методику постоянной внутривенной инфузии на Линео MATESIGMA 6000 + programma bleinfusion pump (США), С внутривенным введением трама-

дола в дозе 4-6 мг/кг/сутки. Исследовали центральную гемодинамику методом эхокардиографии (ЭхоКГ): ударный (УИ) и сердечный (СИ) индексы, среднединамическое давление (СДД), удельное периферическое сопротивление (УПС), частота сердечных сокращений (ЧСС), фракция изгнания (ФИ); контролировали показатели АД среднее (АДср), частоту сердечной сократимости (ЧСС).

Результаты и их обсуждения. В первой группе изменения центральной гемодинамики на 1 этапе исследования: ЧСС - 98,6±4,56 уд. в мин.; АДсист. - 106,4±6,86 мм.рт.ст., АДдиаст. - 73,3±5,8 мм.рт.ст. В сравнении с исходными данными отмечается рост ЧСС на 6%, АДсист. - на 4%, АДдиаст. - на 3%. На 3 этапе исследования АДсист. и АДдиаст. практически не отличались от исходных (АДсист. - 97,2±5,03 мм.рт.ст., АДдиаст. - 60,5±4,86 мм.рт.ст.). В наиболее травматичные этапы операции отмечалось увеличение ЧСС на 7,42% и СИ - на 20,65%. При этом показатель УПС уменьшался на 21,19% ($P<0,05$). ФИ и СДД уменьшились соответственно на 3,88%, 1,92%.

Параметры центральной гемодинамики во второй группе изменились следующим образом: на 1 этапе исследования по сравнению с исходными ЧСС повысилась на 10%, АДсист. - на 5%, АДдиаст. - на 4%. На 2 этапе систолическое и диастолическое АД вернулись к исходным (АДсист. - 96,1±4,54 мм.рт.ст., АДдиаст. - 69,6±3,54 мм.рт.ст.). На 3 этапе отмечено уменьшению УПС на 14,06%. ФИ и СДД умень-

шились на 2,96% и на 6,07%. ЧСС и СИ увеличились на 3,94%, 3,0% и 6,97% соответственно.

Выводы. Показатели центральной гемодинамики при послеоперационном обезболивании трама-

долом у детей по методике ПКА оставались стабильными, больным не требовались дополнительно обезболивающие препараты и большую часть времени они находились в сознании.

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ В УСЛОВИЯХ КОМБИНИРОВАННОЙ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ИЗ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

Агзамходжаев Т.С., Юсупов А.С., Файзиев О.Я., Маматкулов И.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

В детской анестезиологической практике существуют специфические анестезиологические проблемы, касающиеся выбора метода анестезии и стабилизации жизненно важных функций организма. Обширные эхинококкэктомии печени отличаются травматичностью, большой продолжительностью и нередко массивной кровопотерей.

Цель настоящего исследования - оценить эффективность общей анестезии с комбинированной эпидуральной анестезией (КЭА) у детей при эхинококкэктомии печени путем оценки гемодинамики и клинического течения анестезии.

Материал и методы. Обследованы 32 ребенка в возрасте от 4 до 16 лет с эхинококкозом печени. Для обеспечения анестезиологической защиты 17 пациентам использована методика анестезии пропофолом в дозе 3,0 мг/кг и микродозами кетамина - 1 мг/кг, в сочетании с ЭА бупивакаином - 1 группа. В эпидуральное пространство введен 0,5% раствор бупивакаина в дозе 1,5 мг/кг. Анестезия поддерживалась в/в введением пропофола 7 мг/кг/час. Действие однократно эпидурально введенного раствора бупивакаина продолжалась до 3,5 часа. Больные были переведены на ИВЛ.

Вторую группу составляли 12 детей, которым проводилась общая анестезия фентанилом в сочетании с пропофолом. Анестезия поддерживалась в/в введением пропофола 7 мг/кг/час и фентанила каждые 15-20 минут 1/2 или 1/3 части от основной дозы.

Проводились следующие методы исследования: клиническое наблюдение течения анестезии с мониторингом ЧСС, АДсист., АДдист. и SpO₂; состояние центральной гемодинамики методом эхокардиографии.

Результаты и обсуждение. Клиническое течение анестезии у больных обеих групп характеризовалось стабильностью общих симптомов. В обеих группах больных показатели гемодинамики, как

АДсист. и АДдист. в период поддержания анестезии характеризовались тенденцией к уменьшению; сохранялись нормальные величины сатурации кислорода, определяемого методом пульсовой оксиметрии.

У больных 1 группы в наиболее травматичные периоды операции отмечалось увеличение ЧСС на 7,42% и СИ на 20,65%; УПС уменьшалось на 21,19% ($P<0,05$). ФИ и СДД имели тенденцию к уменьшению соответственно на 3,88% и 1,92%. УО имел тенденцию к увеличению на 5,61%. Травматичный этап характеризовался увеличением СДД на 3,72% и ЧСС на 4,34%. Другие показатели изменялись незначительно. Минимальное изменение показателей наблюдалось в конце операции.

Во 2 группе по сравнению с исходными данными в период поддержания анестезии отмечалось уменьшение УПС на 14,06%. ФИ и СДД уменьшились на 2,96% и 6,07%. УО, ЧСС и СИ увеличились на 3,94%, 3,0% и 6,97%. На этапе разреза кожи отмечались невыраженные отличия показателей центральной гемодинамики по сравнению с предыдущим этапом. Увеличились только ЧСС на 3,49% и СДД - на 4,12%. На всех последующих этапах операции показатели гемодинамики оставались стабильными.

Выводы. КЭА бупивакаином в сочетании с пропофолом характеризуется гладким клиническим течением, продленным аналгетическим действием (до 3,5 часа), ранним пробуждением больного от наркоза после эхинококкэктомии печени у детей.

В условиях КЭА с применением пропофола течение основных этапов операционного периода сопровождается незначительными компенсированными изменениями основных показателей ЦГ, что свидетельствует об обеспечении эффективной анестезиологической защиты детского организма от операционной травмы.

RESPIRATORY SUPPORT AND INTENSIVE THERAPY OF PATIENTS WITH ACUTE PANCREATITIS-ASSOCIATED ACUTE LUNG INJURY

Ibragimov S.Kh., Ibadov R.A.

"Republican Specialized Center of Surgery named after academician V.Vakhidov" JSC

Introduction. Acute lung injury (ALI) and acute respiratory distress syndrome (ARDS) in acute pancreatitis still represents a substantial problem, with a mortality rate in the range of 30%-40%. One of the main links in intensive care for ARDS is the timely and adequately conducted respiratory support. "Safe" ventilation is possible both in Pressure and in Volume modes.

Currently, there is no good reasons for the any of mechanical ventilation modes.

Purpose of the study: Comparison of Pressure and Volume modes ventilation in order to choice of optimal ventilator options for the patients with pancreatitis-associated ALI.

Material and methods. Retrospective study analysis. We analyzed the data of 76 patients with destructive forms of acute pancreatitis, severe clinical states (Ranson score more than 4), complicated by ALI and ARDS over a period of 15 years.

All patients were on prolonged ventilation. Criteria for diagnosis and determination of the severity of acute pancreatitis were based on the Atlanta classification. The diagnosis of ALI/ARDS based on the diagnostic criteria of the "Berlin Definition 2011" and LIS (Lung Injury Score).

In a comparative aspect, we divided all patients into two groups. Group A (n=40), where the controlled pressure ventilation was used, the inverse of exhalation

ratio was 1.5/1, Pinsp-20-26 cm of water, $\text{FiO}_2 < 60\%$. "Optimal" PEEP, Visp 40-60 l/min. AutoPEEP is not more than 50% of the total PEEP. Group B (n=36). Volume-mode with using the descending form of inspiratory flow, small Vt and low Pplat (<35 cm H₂O), Ppeak <35-40 cm H₂O, Vt 6-8 ml/kg, $\text{FiO}_2 < 60\%$ PEEP 8-10 mm hg, Visp 40-60 l/min.

The efficiency criteria were: $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ more than 300 mm hg (F/Vt) less than 105, the vital capacity of the lungs is more than 15 ml/kg, recovery of cough reflex and cough push.

Results. In-group A, we observed the improvement of $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ in comparison with group B (outcome - 108.7 ± 22.4 / 112.4 ± 20.2 , 5-day - 184.8 ± 22.4 / 120.4 ± 24.2 A/B, respectively). In-group A, the transition of ALI to ARDS was observed in 1 case (2.5%), in-group B - in 29 patients (74.3%). Mortality rate in-group A was 2.5%, in-group B - 38.8%.

Conclusion. Pressure-mode ventilation for patients with pancreatitis-associated ALI has the advantages of the Volume-mode regimes due to: a more even distribution of gas and better ventilation of the basal parts of the lung, effectiveness in correcting hypoxemia and reducing the negative effects of mechanical ventilation on the lung parenchyma, preventing the atrophy of respiratory muscles, shortening of the respiratory support.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КРИСТАЛЛОИДНОЙ КАРДИОПЛЕГИИ DEL NIDO ВЗРОСЛЫМ БОЛЬНЫМ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ НА СЕРДЦЕ В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Исламбекова Ш.А., Хайдаров А.Э., Мансуров А.А., Мамасиддиков С.М., Халилов Ш.Ж.
АО "Республиканский специализированный центр хирургии имени академика В. Вахидова"

Введение. Реперфузионный период проявляется повышением внутриклеточного уровня кальция, что приводит к необратимому повреждению кардиомиоцитов (Stacy B. et al., 2011). Кристаллоидная кардиоплегия Del Nido обеспечивает деполяризованный гиперкалиемический арест, продолжающийся до 60 минут. Препарат был первоначально разработан для использования младенцам для решения проблемы неспособности незрелого миокарда переносить высокие уровни внутриклеточного кальция после операции. Его применение взрослым больным в настоящее время изучается (Yerebakan et al., 2014).

Цель исследования - определить эффективность применения кристаллоидной кардиоплегии Del Nido у взрослых больных во время операции на сердце в условиях искусственного кровообращения.

Материалы и методы исследования. В 2013-2017 г. в АО "РСЦХ им акад. В. Вахидова" прооперированы 900 больных с коронарной патологией и 300 взрослых больных с врожденными пороками сердца. Из них 900 мужчин (75%) и 300 женщин (25%) в возрасте от 19 до 72 лет (средний возраст

- $45,5 \pm 4,8$ лет). 1176 (98%) больным применили кристаллоидную кардиоплегию Del Nido; 12 (1%) - кустадиол и 12 (1%) - охлажденную кровяную кардиоплегию. Больные были разделены на 2 группы с применением охлажденной (до 40°C) кристаллоидной кардиоплегии: кардиоплегия Del Nido (n=52) и стандартная кардиоплегия (n=50). Одна доза кристаллоидной кардиоплегии Del Nido содержала 1000 мл Рингер-Локка, 26 мг-экв/л хлорида калия, 130 мг 10% лидокаина, 23мл 15% маннита, 2 г 25% сульфата магния, 13 мэкв/л 4-8% бикарбоната натрия и 10 мл 20% глюкозы. Обычно мы назначаем дозу кардиоплегии 30 мл/кг в течение 1-2 минут со скоростью оборота роликового насоса АИК 300-350 мл/мин. Введение кардиоплегического раствора осуществлялся в основном антеградно (98% случаев).

Результаты исследования. Пациентам в группе Del Nido потребовался значительно меньший объем кардиоплегии ($1007,6 \pm 347,3$ мл против $2450,4 \pm 491,1$ мл, $p < 0,001$). Длительность асистолии после пережатия аорты в основной группе составила максимально до 180 мин. в отличие от

контрольной, где было необходимо вводить дополнительную дозу каждые 25-30 мин. в связи появлением спонтанной электрической деятельности сердца. Обе группы не отличались по времени наступления асистолии с момента введения кардиоплегии ($1,62 \pm 0,2$ мин. и $1,69 \pm 0,3$ мин.). Сердечная деятельность восстанавливалась через разрешение полной блокады либо через желудочковую фибрилляцию. Нарушения ритма (желудочковая тахикардия, фибрилляция) чаще наблюдались в

контрольной группе (25/50 - контрольной, 7/52 - основной, $p < 0,005$). Послеоперационная летальность в основной группе была ниже (5%) по сравнению с контрольной (13%).

Выводы. Кардиоплегия Del Nido обеспечивает адекватную защиту миокарда у взрослых больных. Снижает послеоперационное нарушение сердечного ритма (фибрилляция) и летальность. Более низкий общий объем кардиоплегии уменьшает гемодилиюцию во время ИК, снижая тем самым потребность в переливании.

ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ И ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РУБЦОВЫХ СТЕНОЗОВ ТРАХЕИ

Назирова Л.А., Буря Б.П., Бутова Е.А., Эшонходжаев О.Д.

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

Актуальность. Достижения современной анестезиологии и реаниматологии делают возможным спасение пациентов, считавшихся ранее инкурабельными и безнадежными. Однако ведение таких пациентов часто требует длительной искусственной вентиляции легких (ИВЛ) и/или трахеостомии, что может осложниться развитием рубцового стеноза трахеи. Хирургия стенозов трахеи требует особых анестезиологических подходов в обеспечении проходимости дыхательных путей для проведения ИВЛ, которые должны изменяться в зависимости от характера патологии и этапа операции.

Цель - представить варианты обеспечения проходимости дыхательных путей на различных этапах хирургического лечения рубцовых стенозов трахеи (РСТ).

Материалы и методы. Комплексное лечение с применением методов эндоскопической внутрипросветной хирургии, а также пластических и реконструктивных вмешательств произведено 108 пациентам с РСТ в отделении хирургии легких и средостения АО "РСЦХ им. акад. В. Вахидова" в возрасте от 11 до 68 лет. Диагностика РСТ основывалась на жалобах, данных анамнеза, объективного осмотра, комплексного обследования, включающего общеклинические и эндоскопические методы, мультислайсную компьютерную томографию.

В связи с тяжестью исходного состояния и необходимостью срочного оказания хирургической помощи сроки предоперационной подготовки минимизировались.

Пациенты согласно классификации ASA относились ко II-IV классам.

Всем больным предварительно проводилась лазерная фотодеструкция стенозированного участка трахеи. 92 пациентам с декомпенсированным РСТ первым этапом выполнялась экстренная реканализация. 12 больным выполнено бужирование трахеи тубусами жесткого бронхоскопа со стентированиемуженного участка трахеи силиконовыми

стентами типа "Дюмон"; 36 больным выполнена циркулярная резекция трахеи с наложением анастомоза "конец в конец".

Вариант анестезии зависел от характера вмешательства. Использовали местную анестезию с потенцированием кетамином и бензодеазепинами в стандартных дозировках; тотальную внутривенную анестезию (ТВА) пропофолом, кетамином, бензодиазепинами, фентанилом. 12 больным использовали ингаляционные методы анестезии (изофлюран, галотан, севофлюран). При бужировании трахеи миоплегия обеспечивалась дитилином с поддержанием ИВЛ инжекционной вентиляцией. При проведении ТВА использовался аркурон в стандартных дозировках, ИВЛ наркозно-дыхательным аппаратом Fabius (Drager, Германия) в режиме IPPV с применением системы "шунт-дыхание". Мониторировались показатели сатурации, неинвазивного АД, ЭКГ.

При резекции трахеи мониторинг включал инвазивное АД, измерение почасового диуреза, определение КЩС артериальной и венозной крови.

Результаты и обсуждение. В исходном состоянии все больные имели признаки дыхательной недостаточности, связанные с обструкцией. Пациенты нуждались в оксигенотерапии, проводившейся в 90% случаев в отделении реанимации. 70% больных нуждались в экстренных манипуляциях, обеспечивающих проходимость дыхательных путей.

Адекватная оксигенация при эндохирургических манипуляциях (лазерная фотодеструкция) больным с помощью фибрбронхоскопии обеспечивалась спонтанным дыханием 100% кислородом с подачей потока 4-5 л/мин через интраназальные канюли. Анестезиологическое пособие состояло из адекватной премедикации, включающей десенсибилизирующие препараты, бензодиазепины, местной анестезии 5-10% лидокаином. При необходимости проводилось внутривенное введение кетамина из расчета 0,5-1 мг/кг. Сатурация поддержи-

валась на уровне 85-95%. Осложнений при выполнении данных процедур не наблюдалось.

Бужирование трахеи проводили через тубус жесткого дыхательного бронхоскопа в условиях ТВА с использованием рекофола в дозе 2-4 мг/кг, дитилина 2 мг/кг, инжекционной вентиляции 100% O_2 с частотой 20-30 в мин. Течение анестезии у всех пациентов проходило стабильно, эпизоды снижения SpO_2 до 80% отмечались у 11 больных и имели кратковременный характер. С целью профилактики и лечения отека над- и подсвязочного пространства проводилась противоотечная и небулизерная терапия. Осложнений не наблюдалось.

При стентировании трахеи вентиляция также осуществлялась через дыхательный канал тубуса жесткого бронхоскопа с помощью инжектора в условиях ТВА рекофолом 2 мг/кг, кетамином 1-1,5 мг/кг, аркуроном. Мониторинг включал ЭКГ, пульсоксиметрию, НАД и КШС. 2 больным, у которых суженный участок трахеи не позволял провести установку жесткого бронхоскопа, производили микроконикотомию ниже места обструкции для обеспечения ИВЛ. Манипуляции стентирования трахеи проводились в условиях нормальных показателей гемодинамики и газообмена. В конце манипуляции для уменьшения кашлевого рефлекса и осуществления седатации всем больным вводили морфин из расчета 0,2 мг/кг веса.

Операции циркулярной резекции трахеи при РСТ требовали тщательной предоперационной подготовки, включающей все перечисленные этапы обеспечения необходимости дыхательных путей. Перевод больных на ИВЛ после традиционной премедикации и индукции в анестезию проводился установкой армированной интубационной трубки под контролем фибробронхоскопии. Выбор места расположения интубационной трубки, ее качество

и диаметр зависел от уровня и размеров стеноза трахеи. В большинстве случаев приходилось использовать трубки меньшего диаметра с установкой выше стенотической части трахеи и последующей индикацией границ стеноза с помощью бронхоскопа. В случаях предварительно разбуженного сужения интубационную трубку проводили ниже уровня стеноза трахеи.

После вскрытия трахеи в кратчайшие сроки налаживали систему "шунт-дыхание" с установкой интубационной трубки через операционную рану, а оротрахеальную трубку на этот период подтягивали в подсвязочное пространство для расширения хирургического доступа. Во время выполнения основного этапа операции применяли альтернирующие методы ИВЛ, включающие как инжекционную, высокочастотную и традиционную. Перед стягиванием швов передней стенки анастомоза удаляли шунт-дыхание и низводили под контролем фибробронхоскопа оротрахеальную трубку с обязательным исключением попадания раздувной манжетки в зону швов анастомоза. Голову больного приводили к грудной клетке, фиксировали швами между подбородком и передней грудной стенкой для уменьшения натяжения швов анастомоза сроком на 14 дней. Пробуждение и экстубацию пациентов осуществляли в отделении реанимации. Примененная perioperативная тактика позволяла обеспечить гемодинамическую стабильность, адекватную вентиляцию и метаболический статус. Осложнений не было.

Выводы. В профилактике серьезных гипоксических осложнений хирургической реконструктивной ликвидации РСТ большую роль играет выбор тактики обеспечения необходимости дыхательных путей, которая зависит от характера повреждения, этапности вмешательства, тяжести состояния пациента.

УЛЬТРАЗВУК-АССИСТИРОВАННАЯ КАТЕТЕРИЗАЦИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ВЕН У ПАЦИЕНТОВ С ТРУДНЫМ СОСУДИСТЫМ ДОСТУПОМ

Назирова Л.А., Ли В.В., Ким Л.Р., Сайдназаров А.М.

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

Сложный доступ к периферическим венам при их катетеризации часто встречается в анестезиологической практике, особенно в педиатрии и у больных ожирением. Современный метод решения данной проблемы - это проведение манипуляции с помощью ультразвук (УЗ) ассистирования. Использование УЗ во время катетеризации периферических вен (ПВ) относительно новая методика, которая обладает рядом преимуществ: позволяет катетеризовать вены с удовлетворительной визуализацией, снижает потребность в постановке центрального венозного доступа и его потенциальные осложнения. Данная техника безопасна, эффективна и осуществляется быстрее по сравнению с тра-

диционным подходом. Некоторые исследования показали, что после прохождения специального обучения средний медицинский персонал способен безопасно и эффективно провести катетеризацию периферических вен под контролем УЗ.

Цель - представить опыт использования ультразвука при катетеризации ПВ в анестезиологии у пациентов со сложным сосудистым доступом.

Материалы и методы. С помощью УЗ-навигации аппаратом GE Logic P6, оснащенным линейным датчиком 11L, осуществлялось ультразвуковое сканирование во время катетеризации ПВ при сложном сосудистом доступе у 67 пациентов кардиохирургического профиля в возрасте от 2 до 65

лет (40 (59,7%) мужчин и 27 (40,3%) женщин). Выполнялись вмешательства: аортокоронарное шунтирование (23), реконструкция клапанов (29), коррекция врожденных пороков сердца (7), сочетанные сердечно-сосудистые хирургические оперативные вмешательства (8) в условиях тотальной внутривенной анестезии фентанилом, кетамином, бензодиазепинами, миоплегия - ардуаном в стандартных дозировках, мониторинга инвазивного (иАД) и неинвазивного (нАД) артериального давления, центрального венозного давления (ЦВД), электрокардиографии (ЭКГ), температурных показателей, частоты сердечных сокращений, пульсоксиметрии (SpO_2), кислотно-щелочного равновесия и водно-электролитного баланса, гемоглобина и гематокрита, почасового диуреза, свертывающей системы. Использовали фторэтилен-пропиленовые (ФЭП) катетеры KD-FIX компании KDM диаметром от 24G до 18G, которые после инфильтрационной анестезии 1-2% раствором лидокаина или EMLA-пластыря устанавливали в v. basilica, v. cephalica, arcus v. dorsalis, v. brachialis, v. femoralis. Эксплуатация катетеров осуществлялась в течение 48-72 часов.

Результаты. Прогнозирование трудного сосудистого доступа (ТСД) с необходимостью УЗ-контроля при установке периферической линии было связано с: избыточной массой тела - 50 случаев, ранним детским возрастом - 4; отеками вследствие хронической сердечной недостаточности - 2, которое определялось при первичном осмотре врачом-анестезиологом. Пункция и катетеризация ПВ с помощью УЗ-навигации и ФЭП катетеров фирмы KDM производились в операционной после премедикации и установки мониторинга. Первым этапом выполняли УЗ-сканирование ПВ верхней конечности - v. basilica, v. cephalica, arcus v. dorsalis, v. brachialis с целью выбора сосуда для проведения манипуляции. Согласно данным сканирования было установлено: у 45 пациентов наиболее подходящей периферической веной являлась v. basilica: 5

пациентов обладали более узкой и извитой v. basilica, вследствие чего у них предпочтительной была катетеризация v. cephalica; 4 пациентам после УЗ-сканирования была осуществлена пункция и установка катетера в arcus v. dorsalis; 2 пациентам детского возраста проведена катетеризация v. brachialis под контролем УЗ. 11 пациентам данная методика использовалась после неудачных попыток катетеризации традиционным методом, когда неоднократные слепые канюляции вен приводили к ситуации ТСД вследствие множественных гематом. После УЗ диагностики возможности установки периферического венозного катетера 6 пациентам была успешна заканюлирована v. basilica проксиимальнее предыдущих пункций; 3 больным вследствие отсутствия доступов к v. basilica, v. cephalica, осуществили пункцию катетеризацию v. brachialis, в 2 случаях после неудачных попыток постановки периферического сосудистого доступа установлен центральный венозный катетер в v. femoralis под контролем УЗ-визуализации.

После определения сооанатомии ПВ, выбора сосуда и наложения турникета в асептических условиях осуществлялись пункция вены и установка катетера. По окончании катетеризации турникет снимали, катетер промывали, накладывали стерильную наклейку и подключали инфузию препаратов. После операции перед переводом пациента в отделение интенсивной терапии осуществляли контрольную УЗ-проверку функционирования периферического венозного катетера и промывание его раствором гепарина. Осложнений, неудачных пункций и катетеризаций ПВ под контролем УЗ не наблюдалось, процедура производилась с первой попытки в течение 2-3 минут.

Таким образом, применение УЗ-навигации пациентам с ТСД обеспечило полную визуализацию процедуры пункции и катетеризации ПВ, сократило время ее выполнения и повысило вероятность успеха до 100%.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ FAST ПРОТОКОЛА В УСЛОВИЯХ КАРДИОРЕАНИМАЦИИ

Назирова Л.А., Ли В.Н., Хайдаров А.Э., Суванов А.О., Галаутдинов А.Ф., Эшонов А.А.
АО "Республиканский специализированный центр хирургии имени академика В. Вахидова"

Ургентная сонография занимает важное место в современной медицине. Быстрое получение критически важной диагностической информации методами визуализации обеспечивает раннюю диагностику, способствует быстрому проведению адекватных лечебных мероприятий, улучшает прогноз жизни пациента. FAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma) - это ограниченное ультразвуковое исследование, направленное на выявление свободной жидкости в брюшной, перикардиальной, плевральных полостях и пневмоторакса.

Цель - представить эффективность FAST про-

токола в условиях кардиореанимации.

Материалы и методы. FAST протокол был применен 16 пациентам в возрасте от 56 до 74 лет (мужчин - 12, женщин - 2) после аортокоронарного шунтирования (АКШ) 3 сосудов в отделении реанимации и интенсивной терапии. Исследование выполнялось аппаратами "GENERAL ELECTRIC" и "PHILLIPS" с абдоминальным датчиком с частотой 5 MHz в 8 стандартных точках. При подозрении на внутреннее кровотечение, согласно протоколу, сонографически проводили поиск свободной жидкости в гепаторенальном кар-

мане и правой плевральной полости (1, 2 позиции). В левом верхнем квадранте (3, 4 позиции) обследовали спленоренальный карман и левую плевральную полость. В надлобковой области исследовались тазовую область (позиция 5) и субкостальную перикардиальную область (позиция 6). В верхней части грудной клетки (7, 8 позиции) осуществляли диагностику пневмоторакса. Процедуру FAST проводили в течение 3-4 минут.

Результаты. В 12 случаях, когда в первые 8 часов после операции АКШ, наблюдалось снижение АДср. до -60 ± 5 мм.рт. ст., с учащением пульса до 97 ± 5 уд. в минуту, увеличением ЦВД - 14 ± 2 мм.рт.ст., ЭКГ была без изменений в динамике. Для исключения тампонады сердца, наличия жидкости в плевральных полостях был применен FAST протокол. Сонография в рекомендуемых зонах не выявила значимого объема жидкости в полостях перикарда, плевральной и абдоминальной, однако было обнаружено снижение глобальной сократимости левого желудочка. Выполненная в дальнейшем эхокардиография показала снижение фракции выброса на $10 \pm 3\%$ от исходных показателей, которая была корrigирована инфузией добутамина в дозе $6,2 \pm 2,4$ мкг/кг/мин с достижением показателей гемодинамики АДср. до -74 ± 5 мм.рт.ст., пульс до 76 ± 5 уд. в минуту, ЦВД - 8 ± 2 мм.рт.ст. У 4 пациентов в первые 4-6 часов после АКШ с помощью FAST протокола было обнаружено снижение АДср. до -

60 мм.рт.ст., учащение пульса до 110 уд. в минуту, снижение ЦВД до 5 мм.рт.ст. несмотря на адекватную инфузионную терапию и отсутствие ухудшения коронарного кровообращения, обусловленное неадекватным функционированием дренажей и скоплением в плевральной полости жидкости в объеме до 400 мл со сгустками. По дренажам из средостения и плевральной полости поступала сепрозно-геморрагическая жидкость до 100 мл; а показатели Нв и Нт значимо не снижались. Рестернотомия выявила продолжающееся кровотечение, остановленное в 2 случаях. В двух случаях целенаправленная гемостатическая терапия (аминокапроновая кислота, СЗП, криопреципитат, этамзилат) позволила стабилизировать гемодинамику на цифрах АДср. до -70 ± 5 мм.рт.ст., пульс до 72 ± 5 уд. в минуту, ЦВД - 8 ± 2 мм.рт.ст. и нормализовать УЗ картину плевральной полости. Осложнений после данной процедуры не было. При удовлетворительной гемодинамике и стабильной работе сердца пациенты переводились в профильное отделение.

Выводы. FAST протокол является высокоэффективным быстрым методом диагностики гемоперикарда, гемоторакса.

Упрощенное эхокардиографическое исследование позволяет своевременно выявить причины нестабильного состояния кардиохирургического пациента, своевременно осуществлять адекватную коррекцию.

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ СОНОГРАФИЧЕСКОГО BLUE ПРОТОКОЛА

Назирова Л.А., Ли В.Н., Хайдаров А.Э., Суванов А.О., Галляутдинов А.Ф., Эшонов А.А.
АО "Республиканский специализированный центр хирургии имени академика В. Вахидова"

BLUE протокол стал революцией в практической пульмонологии и интенсивно осваивается врачами других специальностей для быстрой диагностики причин такого критического состояния, как острая респираторная недостаточность. Установлено, что ургентное ультразвуковое исследование легких по диагностической точности намного превосходит радиографическое исследование, выполняется у постели пациента и по чувствительности и специфичности приравнивается к компьютерной томографии, обеспечивая правильный диагноз в 90,5 % случаев у пациентов с острой респираторной недостаточностью.

Цель - представить опыт применения BLUE протокола пациентам после аорто-коронарного шунтирования (АКШ).

Материалы и методы. BLUE протокол применяли при исследовании 12 пациентам в возрасте от 66 до 87 лет после 3-сосудистого АКШ. В ближайшем постоперационном периоде у них появились признаки дыхательной недостаточности (снижение SpO_2 , pCO_2 , pO_2 артериальной крови, неадекватная механика дыхания). Использовали аппараты "GENERAL

ELECTRIC" и "PHILLIPS", с микроконвексными датчиками с частотой 5 MHz, для детализации и лучшей визуализации скольжения висцеральной плевры и поиска альвеолярной консолидации использовали линейный датчик с частотой 10 MHz.

Придерживался диагностический алгоритм BLUE протокола, при котором сначала исследовали передние зоны легких с определением наличия или отсутствия скольжения легкого, далее идентифицировали вертикальные артефакты (В-линии) с определением их количества. Это позволяло диагностировать наличие или отсутствие пневмоторакса и интерстициального синдрома. При выявлении ультразвуковых признаков пневмоторакса выполняли поиск точки легкого, позволяющей определить объем пневмоторакса. Этот маневр является наиболее специфичным (100%) признаком пневмоторакса. В случае обнаружения ультразвуковых признаков интерстициального синдрома легких дополнительно проводили эхокардиографию для уточнения его генеза (кардиального или не-кардиального). При подозрении на тромбоэмболию легочной артерии для быстрой диагностики ис-

следовали вены нижних конечностей с целью исключения или обнаружения наличия тромбов как ассоциированного признака ТЭЛА. Параллельно проводили эхокардиографию для визуальной оценки функционирования правого желудочка и выявления дилатации правых камер сердца. После сонографического сканирования легкого приступали к исследованию латеральных и задних сегментов для поиска альвеолярной консолидации и/или плеврального выпота. В случаях отсутствия патологических изменений легких, выявляемых с помощью BLUE протокола, респираторную недостаточность связывали с обострением ХОБЛ. Сонографическое обследование легких осуществлялось в ближайшем послеоперационном периоде в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), где пациентам проводилось постоянное стандартное мониторирование гемодинамики (инвазивное АД, ЦВД, ЧСС, ЭКГ), газообмена (SpO_2 , pCO_2 , pO_2 , КЩС и ЧДД), а также метаболического статуса (лактат, уровень ферментов)

Результаты. Применение данного протокола в послеоперационном периоде больным с АКШ выявило следующие ультрасонографические профили респираторных расстройств: интерстициальный синдром (2), плевральный выпот (4), обострение ХОБЛ (6). В первые 6 часов после оперативного вмешательства у 2 больных, находившихся на вспомогательных режимах ИВЛ, отмечалось снижение SpO_2 до 88%; увеличение спонтанных вдохов, но не адекватных по объему, снижение pCO_2 до 34 мм.рт.ст и pO_2 до 75 мм.рт.ст. в артериальной крови. Ультразвуковое исследование легких

выявило: множество В-линий более 7 мм, являющихся диагностическими критериями интерстициального синдрома и признаками отека легких. Эхокардиографические данные подтверждали снижение кинетической активности левого желудочка (ФВ менее 45%). Кардиотропная терапия (добутамина $6,2 \pm 2,4$ мкг/кг/мин) способствовала улучшению сердечной деятельности и нивелировала сонографические показатели респираторной недостаточности, что позволило успешно перевести пациентов через 7 часов на спонтанное дыхание. Применение BLUE протокола 4 пациентам обеспечило в ближайшем послеоперационном периоде осуществление раннего обнаружения плеврального выпота в объеме до 600 мл, не выявленного на контрольных рентгенограммах, что подтверждает высокую чувствительность (100%) и специфичность (99,7%) ультразвуковой диагностики. В 6 случаях ухудшение газообмена в первые 3 часа после АКШ при удовлетворительных показателях сердечно деятельности было расценено обострением ХОБЛ. Ультразвуковым подтверждением были: скольжение легкого с А-линиями и единичными В-линиями; отсутствие тромбоза глубоких вен нижних конечностей, плеврального синдрома и передней альвеолярной консолидации.

Заключение. Опыт применения в ближайшем послеоперационном периоде BLUE протокола, который выполнялся приковально в ОРИТ, показал высокую информативность, чувствительность в раннем определении генеза дыхательной недостаточности, что позволяло своевременно осуществлять целенаправленную респираторную коррекцию.

ПРИМЕНЕНИЕ ЧРЕЗПИЩЕВОДНОГО ЭХОКАДИОГРАФИЧЕСКОГО ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО МОНИТОРИНГА ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА МИТРАЛЬНОМ КЛАПАНЕ

*Назирова Л.А., Мухидинова Р.С., Ли В.Н., Фаязов Д.Т., Суванова А.О., Каримова А.А., Ли В.В.
АО "Республиканский специализированный центр хирургии имени академика В. Вахидова"*

Внедрение методики чрезпищеводной эхокардиографии (ЧПЭхоКГ) воздало новые качественные условия диагностики при кардиохирургическом лечении больных, предоставляя реальную возможность постоянного наблюдения за функциональным состоянием клапанного аппарата сердца, наличия опухолей и тромбов полостей сердца; инфекционного эндокардита, патологии аорты, врожденных пороков сердца. С помощью ЧПЭхоКГ интраоперационно на всех этапах операции можно постоянно фиксировать волемические и кинетические показатели работы сердца, а осуществлять профилактику воздушной и материальной эмболии.

Цель - определить роль ЧПЭхоКГ мониторинга во время анестезии при выполнении клапано-сохраниющих реконструктивных вмешательств на митральном клапане (МК).

Материалы и методы. 84 больных с митральным пороком возрасте от 31 до 56 лет (56,6% женщин и 43,4% мужчин) интраоперационно применяли ЧПЭхоКГ мониторинг на аппарате "GENERAL ELECTRIC", которым до операции эндоскопически исключались противопоказания к данному исследованию. Реконструктивные операции на МК и закрытую митральную комиссию-томию проводили в условиях ингаляционной анестезии изофлюраном с добавлением фентанила в общепринятых дозировках; гипотермической перфузии (32-34°C) аппаратом искусственного кровообращения (ИК) "Тегита". Осуществляли мониторинг инвазивного артериального давления, центрального венозного давления, ЭКГ, температуры, частоты сердечных сокращений, пульсоксиметрии, кислотно-щелочного равновесия и водно-элект-

ролитного баланса, гемоглобина и гематокрита, почасового диуреза, свертывающей системы. Искусственную вентиляцию легких осуществляли аппаратом "Primus" в режиме IPPV. Длительность ИК составляла 96 ± 18 мин., окклюзия аорты - 78 ± 16 мин., анестезии - 192 ± 17 мин. По окончании анестезии ЧПЭхоКГ датчик удаляли, пациентов переводили в реанимационное отделение на продленную ИВЛ.

Результаты. Применение ЧПЭхоКГ мониторинга больным приобретенным митральным пороком позволяло постоянно контролировать давление в легочной артерии (ДЛА) и полостях сердца, сердечную функцию, образования внутри сердца (тромбозы - 22, кальцинаты - 15), эффективность хирургического вмешательства. Контроль легочной гипертензии (ЛГ) у больных с МП выявил, что до коррекции порока у 28 больных была ЛГ I степени (ДЛА > 30 мм.рт.ст.); у 35 больных - ЛГ II степени (ДЛА > 45 мм.рт.ст.); и у 11 больных - III степени (ДЛА > 60 мм.рт.ст.). Пациенты со II и III степенью ЛГ нуждались в периоперативной медикаментозной терапии легочной циркуляции нитратами (перлингант в дозе 0,3-0,4 мкг/кг/мин). Контроль хирургической коррекции порока с помощью ЧПЭхоКГ мониторинга показал высокую эффективность вмешательства при закрытой митральной комиссуротомии (34); открытой митральной комиссуротомии (38) в результате которых

площадь митрального клапана была достигнута $2,7-3,4$ см². ЧПЭхоКГ мониторинг показал, что необходимости в дополнительной хирургической коррекции клапанной системы сердца не было; показатели внутрисердечной гемодинамики интраоперационно нормализовались. При многокомпонентной реконструкции МК в 19 случаях также ЧПЭхоКГ мониторинг подтверждал ее эффективность и показал уменьшение митральной регургитации с III степени до I или полной ликвидации с адекватным трансмитральным градиентом не более 6 ± 1 мм.рт.ст. У 7 пациентов в ближайшем постперфузионном периоде ЧПЭхоКГ выявляла снижение глобальной фракции выброса на 4-8%, которая была своевременно корригирована инфузией допамина в дозе $4 \pm 1,2$ мкг/кг/мин.

С помощью ЧПЭхоКГ определялась эффективность мероприятий по удалению воздуха из полостей сердца для профилактики воздушной эмболии при снятии зажимов с аорты и согревании пациентов.

Заключение. Применение ЧПЭхоКГ мониторинга во время реконструктивных вмешательств на митральном клапане позволяло выявить раннюю достоверную информацию о состоянии кровообращения, работе сердца, риске развития интраоперационных осложнений, что снижало риск осложнений хирургических вмешательств.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫМ МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РУКАВНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА

Назирова Л.А., Хон К.М., Фаязов Д.Т., Абдуллаева Х.Н.

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

Введение. Пациенты морбидным ожирением (МО) имеют низкие функциональные резервы организма. Поэтому при выполнении оперативных вмешательств у них высокий риск респираторных, тромбоэмбологических и сердечно-сосудистых осложнений. Своевременное выявление факторов риска на предоперационном этапе, их коррекция во время всего периоперативного периода являются гарантией безопасности хирургического вмешательства.

Цель - представить особенности анестезиологического обеспечения больным МО при выполнении лапароскопической рукавной резекции желудка (ЛРРЖ).

Материал и методы. Проведен анализ результатов анестезиологического обеспечения 16 больных (женщин - 15, мужчина - один) с МО со средним индексом массы тела - $40,1 \pm 6,1$ кг/м² в возрасте от 28 до 53 лет и соматическим статусом 2-3 класса по ASA.

Всем больным была выполнена ЛРРЖ. В трех случаях симультанно - лапароскопическая холецистэктомия по поводу желчекаменной болезни в условиях ингаляционной анестезии изофлюраном

с добавлением фентанила, ардуана с искусственной вентиляцией легких (ИВЛ). Во время операции применяли стандартный мониторинг инвазивного и неинвазивного АД, ЭКГ, ЧСС, SpO₂, pCO₂, газового состава артериальной крови, диуреза и ЦВД. Инфузионная программа включала применение кристаллоидных (NaCl 0,9%, Рингер-лактат и др.) и коллоидных растворов (рефортан, стабизол) с учетом физиологической и интраоперационной потребности. Время операции составило 165 ± 71 мин., время анестезии - 195 ± 35 мин.

Результаты. Для премедикации всем пациентам применяли дормикум внутримышечно по 0,1 мг/кг идеального веса тела (ИВТ), димедрол 1% - 1 мл, атропина сульфат 0,1% - 1 мл. Пациентам с обструктивным сонным апноэ гипнотики назначали с осторожностью под контролем SpO₂.

При оказании анестезиологического пособия при МО одним из важных моментов является обеспечение венозных и артериальных линий. Пункция и катетеризация периферической вены (ПВ) часто невозможны из-за трудного сосудистого доступа

(ТСД). Решение этой проблемы осуществлялось с помощью ультразвукового контроля ПВ, практически со 100% результатом катетерами 20-18G. Обязательной для всех пациентов МО, которым выполнялась ЛРРЖ, была установка катетера в центральную вену (v. jugularis), некоторым больным (10) - в а. radialis, которую так же осуществляли с сонографической навигацией. При прогнозируемом трудном дыхательном пути (ТДП) и высоком риске трудной интубации (Маллампати 3-4, окружность шеи - более 45 см) 3 больным интубацию трахеи осуществляли с бронхоскопической поддержкой под местной анестезией раствором лидокаина 10% (спрей) в состоянии легкой седации (дормикум - 0,01-0,1 мг/кг ИВТ). Для улучшения преоксигенации, масочной вентиляции, ларингоскопии и интубации трахеи пациентов укладывали на операционном столе с приподнятым на 30-45° головным концом. С учетом липофильности и растворимости газ/кровь в качестве базового наркоза применяли ингаляционный анестетик изофлюран (МАК - 0,8-1,0). Расчет дозы препаратов для анестезии осуществляли индивидуально на основании общего веса тела и ИВТ. При индукции применялся пофол (1-1,5 мг/кг ИВТ) в комбинации с дормикумом (0,1-0,4 мг/кг ИВТ), кетамином (2-2,5 мг/кг ИВТ) и деполяризующим миорелаксантом - дитилином в дозе 1-2 мг/кг ИВТ, с дальнейшей миоплегией ардуаном в дозе 0,01-0,06 мг/кг ИВТ. Фентанил применялся в дозах, из расчета 5-7 мкг/кг ИВТ.

Использовали ИВЛ с положительным давлением в конце выдоха (10-12 см.вод.ст.) с предва-

рительным рекрутирующим маневром непосредственно после интубации. Для предотвращения перерастяжения легких применяли дыхательный объем на уровне 6-10 мл/кг ИВТ при FiO_2 - 50%. Нормокапнию поддерживали за счет увеличения частоты дыхания при максимальном дыхательном объеме и пиковом давлении не более 30-35 см.вод.ст. Показатели газообмена были на удовлетворительных цифрах: SpO_2 - 98-99%, pCO_2 - 38-42 мм.рт.ст.

Инфузионный интраоперационный протокол включал применение кристаллоидных растворов (NaCl 0,9%, Рингер-лактат) из расчета 1 мл/кг/час с обязательным контролем диуреза. В 9 случаев на основных этапах операции в ситуациях снижения преднагрузки использовали коллоиды (реффортан, стабизол) в объеме 300-400 мл, вводимые со скоростью 50-100 мл/мин. Это обеспечивало гемодинамическую стабильность весь интраоперационный период (АДср. - 95 ± 15 мм.рт.ст., ЧСС - 72 ± 15 ударов в минуту).

После операции все пациенты были переведены в отделение реанимации на продленную ИВЛ в стабильном состоянии для дальнейшего наблюдения. Осложнений после операции не было, все больные были выписаны на 4-5 сутки после хирургического вмешательства.

Заключение. Тщательная предоперационная подготовка, безопасное обеспечение ТСД, ТДП, ИВЛ; правильный выбор и расчет доз препаратов, инфузионной программы, применение расширенного мониторинга минимизировали осложнения и способствовали положительному исходу.

ПЕРИОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА СОННЫХ АРТЕРИЯХ В УСЛОВИЯХ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ БЛОКАДЫ

Реймназарова З.Ж., Фаязов Д.Т, Ли В.В.

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

При выполнении оперативных вмешательств на артериях каротидного бассейна возникает риск осложнений, чаще всего связанных с мультифокальными атеросклеротическими поражениями сосудов. Поиск путей, оптимизирующих периоперативный период, обеспечивающих безопасность хирургических вмешательств очень актуален. Цервикальная блокада (ЦБ) в условиях постоянного ультразвукового (УЗ) контроля достаточно перспективна.

Цель исследования - представить вариантыperioperационных осложнений при хирургических вмешательствах на сонных артериях (СА) с применением ЦБ под УЗ-навигацией.

Материалы и методы. Проанализированы perioperационные осложнения у 102 больных в возрасте от 48 до 78 лет, (62,9% мужчин и 37,1% женщин) после реконструктивных операций на СА с применением ЦБ под УЗ контролем. Все боль-

ные страдали атеросклерозом и кинкингом СА: с односторонним процессом - 37 (33,7%); двусторонними поражениями - 65 (66,3%); с перенесенными инсультами - 25, инфарктами миокарда - 5. Выполняли каротидную эндартерэктомию (КЭЭ), ликвидацию кинкинга СА, КЭЭ и пластику внутренней СА в условиях блокады шейного сплетения 0,25% раствором бупивакаина с УЗ-навигацией. Пациенты по объективному соматическому статусу относились III-IV классу по ASA. Осуществляли постоянный мониторинг всех жизненно важных функций организма: измерение неинвазивного и инвазивного артериального давления, ЭКГ, температурных показателей, частоты сердечных сокращений, пульсоксиметрии (SpO_2), кислотно-щелочного равновесия и водно-электролитного баланса, гемоглобина и гематокрита. ЦБ осуществляли с помощью УЗ навигации аппаратом

LOGIQ с линейным УЗ-датчиком с частотой 11L при сохраненном самостоятельном дыхании с инсулляцией кислорода через маску (4-5 л/мин). На этапе выделения СА для предупреждения рефлекторных реакций при необходимости дополнительно производили интранаревную блокаду гломуса бифуркации arteria carotis communis 1% раствором лидокаина в объеме 3 мл.

Инфузионная терапия во всех случаях включала растворы кристаллоидов (3-5 мл/кг/ч). Длительность операции составляла от 1 до 2,5 часа, время пережатия общей СА - от 14 до 57 мин.; продолжительность анестезии - от 2,5 до 3,5 часа. По окончании вмешательства больных переводили в реанимационное отделение для двух-часового мониторинга.

Результаты исследования. В периоперационном периоде наблюдались 14 (13,7%) осложнений, которые были условно разделены на гемодинамические (10), обусловленные особенностями патологии и хирургические (4). Осложнений, непосредственно связанных с ЦБ не было. Гемодинамические расстройства проявились в виде гипертензии в 6 случаях, когда систолическое АД повышалось до 170-185 мм.рт.ст.; у 2 пациентов отмечалось снижение систолического АД до 75 мм.рт.ст., связанное с нарушениями ритма: брадикардия в 1 случае, мерцательная тахисистолическая аритмия с ЧСС 45-120 уд. в мин. - в другом. Чаще всего гемодинамические сдвиги наблюдались во время хирургических манипуляций в рефлексогенных зонах СА. Лишь в одном случае имело место непреднамеренное попадание лидокаина 1% в артериаль-

ное русло во время интранаревой блокады гломуса, что вызвало гипотонию с систолическим АД 75 мм.рт.ст., аритмию и появление судорог. Все гемодинамические расстройства нивелировали медикаментозно вазопрессорами, вазодилататорами (агонистами и антагонистами альфа-1 рецепторов). В одном случае при выполнении хирургических вмешательств в условиях блокады шейного сплетения интраоперационно во время выделения ствола внутренней СА произошла материальная эмболия в сосуды головного мозга с типичной клиникой острого нарушения мозгового кровообращения, появлением сопорозного сознания без гемодинамических расстройств. Это позволило завершить операцию, больной был переведен в ОРИТ для дальнейшего наблюдения с положительным исходом. В другом случае ишемический инсульт развился через 2 часа после операции с последующим лечением по протоколу. У одного больного при предварительном пережатии общей СА возникли судороги. Больной был признан неоперабельным. Представленные осложнения встречались нечасто, однако требовали интенсивных мероприятий и медикаментозной терапии. Летальных исходов не было.

Вывод. Анализ периоперационных осложнений показал, что несмотря на адекватное обезболивание реконструктивных вмешательств на СА ЦБ, выполненной с помощью УЗ-навигации, полностью исключить осложнения, связанные с хирургическими воздействиями на скомпрометированные сонные артерии, не возможно.

КОРРЕКЦИЯ ВОЛЕМИЧЕСКОГО СТАТУСА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА КЛАПАНАХ СЕРДЦА

Садыкова Н.А., Ибадов Р.А.

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

Нарушения волемического статуса являются одной из наиболее частых причин нестабильности гемодинамики. Снижение сердечного выброса, обусловленное гиповолемией, приводит к гипоперфузии тканей, нарушениям тканевого метаболизма. В то же время избыточная объемная нагрузка увеличивает напряжение миокарда желудочков, повышает работу сердца и потребление кислорода миокардом, вызывает гемодилатацию и накопление жидкости в интерстициальном пространстве.

Цель работы - определить возможность коррекции волемического статуса в раннем послеоперационном периоде после клапанных операций на сердце.

Материалы и методы исследования. Обследованы 68 пациентов в возрасте от 35 до 80 лет (средний возраст - $46,2 \pm 0,5$ лет), из них - 45 мужчин (70,5%), 20 женщин (29,41%) после сочетанных операций на клапанах сердца. Предоперационная диагностика основывалась на руководстве ведения

пациентов с клапанными пороками сердца American Heart Association. В послеоперационном периоде производился мониторинг ЦВД, ЭКГ, инвазивного АД, КЩС и эхокардиографию с оценкой фракции укорочения (ФУ) и конечного диастолического объема (КДО) для оценки внутрисердечной гемодинамики.

Результаты. В результате проведенного исследования выявлено, что при снижении ФУ ниже 25% у 30 пациентов (57,69%) КДО увеличивалось на 24,8% ($180,1 \pm 5,6$ мл). При уменьшении объема инфузионной нагрузки отмечалась нормализация гемодинамических параметров левого желудочка (ЛЖ) на фоне общей положительной клинической динамики.

При повышении ФУ выше 40% и одновременном уменьшении КДО более чем на 19% у 10 больных (20,25%) выявлялись признаки гиповолемической дисфункции ЛЖ, логическим следствием чего

являлось увеличение волемической нагрузки.

Анализ предоперационных факторов сердечно-сосудистого риска выявил достоверную зависимость между волемическим дисбалансом и величинами АД, пульсового АД, концентрацией глюкозы плазмы, при оценке функции почек - уменьшение скорости клубочковой фильтрации < 61 мл/мин/1,71 м² или снижение клиренса креатини-

на < 60 мл/мин (Кокрофта-Гаулта).

Выводы. В результате проведенных исследований выявлено, что ФУ является наиболее информативным диагностическим предиктором волемических нарушений. Для проведения оптимальной инфузционной терапии после сочетанных операций на сердце необходима суммарная оценка общего сердечно-сосудистого риска и поражения органов мишени.

ГИБРИДНАЯ МЕТОДИКА ПЛАЗМАФЕРЕЗА У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Сайдханов Б.А., Ибадов Р.А., Азимова М.Т., Халикулов Х.Г.

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

Цель исследования - повышение эффективности экстракорпоральной детоксикации и контроль за безопасностью антикоагуляции при проведении лечебного мембранных плазмафереза.

Мембранный плазмаферез выполнен 20 пациентам, поступившим в отделение реанимации и интенсивной терапии после оперативных вмешательств на органах грудной (4) и брюшной (16) полости. Возраст больных составил, в среднем, 45,4 года у мужчин и 51,2 - у женщин.

Из-за неблагоприятного течения заболевания и нарастания синдрома эндогенной интоксикации в послеоперационном периоде пациенты нуждались в экстренном включении в протокол терапии курса детоксикационных мероприятий. Всем пациентам проведен курс плазмафереза из 2 сеансов ежедневно (в отдельных случаях - 3 сеанса) по разработанной методике (Патент РУЗ № IAP 03988). 13 пациентам лечебный плазмаферез проводили в ранние сроки (на 2-3 сутки), 5 больным на 5-6 сутки и 2 больных на 12 сутки пребывания в реанимационном отделении.

Данная методика заключается в том, что на первом этапе эксфузируемая кровь в экстракорпоральном контуре смешивается с раствором нейтрального анионита в соотношении 1:4, который заменяет обычный антикоагулянт (глюцир, гемасин или 4% цитрат натрия). На втором этапе после прохождения крови через мембранный плазмафильтр

отделившаяся эритроцитарная масса дополнительно смешивается с раствором нейтрального анионита в соотношении 10:1 и поступает в кровеносное русло больного.

Критериями эффективности методики проведения плазмафереза служили лабораторные показатели и время пребывания больного в ОРИТ. Исследованы динамика биохимических показателей крови. Выявлено заметное снижение таких маркеров эндотоксемии, как малоновый диальдегид на 39,7%, С-реактивный белок - на 35,6%, каталаза - на 30,4%, СМП - на 40% и глутатионредуктаза - на 33,4%. Позитивная динамика прослеживалась и при изучении ферментов крови: АСТ снизился в 1,5 раза, АЛТ - в 2 раза. Уровень мочевины снизился достоверно на 37,6%. Также наблюдалось резкое снижение уровня билирубина до нормальных показателей.

Таким образом, данная методика, включающая сочетание мембранных плазмафереза с окислительной детоксикацией, позволяет повысить эффективность детоксикации при синдроме эндогенной интоксикации различной этиологии. Воздействует на разные звенья патогенеза путем элиминации токсинов, циркулирующих в плазме, дополнительного внеклеточного окисления токсинов, поступающих из тканевых депо. Снижение основных показателей эндогенной интоксикации достигается при меньшем количестве сеансов плазмафереза.

ОСОБЕННОСТИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ БОЛЬНЫХ МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РУКАВНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА

Хон К.М., Абдуллаева Х.Н., Фаязов Д.Т.

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

Введение. По данным ВОЗ, пациенты с морбидным ожирением (МО) вследствие снижения адаптационных возможностей к любой операционной агрессии относятся к группе повышенного

анестезиологического и операционного риска с высокой частотой послеоперационных осложнений и летальности.

У этих больных часто встречаются артериаль-

ная гипертензия, гипертрофия левых отделов сердца, замедление скорости кровотока, ухудшение реологических свойств крови; высок риск развития тромбоэмболических осложнений. Поэтому при планировании лапароскопических вмешательств пациенты с МО требуют специфических подходов уже на этапе предоперационной подготовки.

Цель - представить особенности предоперационной подготовки больных с МО при выполнении лапароскопической рукаской резекции желудка (ЛРРЖ).

Материалы и методы. Проведен анализ результатов предоперационной подготовки 16 больных с МО. Женщин было 15, мужчина - 1 в возрасте от 28 до 53 лет (средний показатель - $42,3 \pm 3$ года) со средней массой тела - $113,9 \pm 21,34$ кг (110-187 кг) и средним индексом массы тела - $40,1 \pm 6,1$ кг/м² (30,1-59,5 кг/м²). Все пациенты страдали ожирением 3 степени. Соматический статус соответствовал 3 классу по ASA.

До операции кроме стандартных клинических методов исследования дополнительно анализировали ЭхоКГ, доплерографию сосудов нижних конечностей; ЭГДФС, рентген-исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта с контрастированием; показатели спирометрии, липидного спектра крови (холестерин, липопротеиды высокой и очень низкой плотности).

При необходимости перед операцией пациентов с МО консультировали эндокринологом, кардиологом, пульмонологом и другими узкими специалистами.

При выявлении сопутствующей патологии сердечно-сосудистой, дыхательной систем, сахарного диабета, синдрома обструктивного сонного апноэ осуществляли их коррекцию.

За неделю до госпитализации больным назначали специальную низкокалорийную диету. Накануне перед операцией разрешали прием жидкостей в объеме 1,5-2 литра в сутки.

Результаты. Данные предоперационного обследования показали, что у всех пациентов был высокий гематокрит ($45,5 \pm 1,7$), вызванный хронической гипоксемией ($\text{SpO}_2 - 92 \pm 2\%$). Показатели свертывающей системы крови находились на нормальном уровне. Тем не менее, все больные получали низкомолекулярные гепарины в дозе, рекомендованной протоколом ACCP (American College of Chest Physicians, 2012) для больных III степени риска интраоперационных тромбозов за 2 дня перед операцией. Непосредственно перед оперативным вмешательством выполняли эластичную компрессию нижних конечностей.

Дооперационное исследование ЭКГ выявило горизонтальное положение ЭОС у 9 больных, с эхокардиографическим увеличением объема обоих желудочков сердца - у 7. Это требовало дополнительной диагностики и кардиотропной терапии, назначенной кардиологом.

У всех пациентов до операции имелась артериальная гипертензия (АДсис.ср. - 156 ± 17 мм.рт.ст., АДдист.ср. - 92 ± 15 мм.рт.ст.), которая нивелировалась назначением ингибиторов АПФ, блокаторов кальциевых каналов, В-блокаторов. Адекватная предоперационная медикаментозная терапия артериальной гипертензии обеспечивала во время всего периоперативного периода гемодинамическую стабильность (АДсист.ср. - 134 ± 13 мм.рт.ст., АДдист.ср. - 72 ± 11 мм.рт.ст.

Дополнительное исследование функции внешнего дыхания в дооперационном периоде проводилось в обязательном порядке всем пациентам. Обнаружено, что в 50% случаев у больных с МО имеются рестриктивные расстройства со снижением жизненной емкости легких на 15-20%, ФОЕ - на 5-10%, что требовало назначения дыхательной гимнастики с повышенным давлением в конце выдоха, антибактериальной и небулайзерной терапии до операции.

Такая предоперационная тактика респираторной подготовки обеспечивала адекватную искусственную вентиляцию легких во время операции: pCO_2 - $38-42$ мм.рт.мт., SPO_2 - 98-99% при FiO_2 - 50%.

При сопутствующих заболеваниях со стороны желудочно-кишечного тракта: гастрит (6), недостаточность физиологической кардии (3) для профилактики интраоперационных осложнений за сутки до операции назначались антисекреторные и антацидные препараты, желудочное зондирование непосредственно перед операцией.

Благодаря тщательной предоперационной подготовке больных МО нам удалось перевести 50% пациентов с 3 класса соматического статуса во 2 (ASA).

Заключение. Учитывая факторы, отягощающие проведение общей анестезии больным МО при ЛРРЖ проведенная комплексная многокомпонентная предоперационная подготовка с тщательной коррекцией выявленных расстройств позволила создать благоприятные условия для выполнения хирургического вмешательства, обеспечивала стабильное течение анестезии без осложнений. Все больные были выписаны в удовлетворительном состоянии на 4-5 сутки после операции.

6. РАЗНОЕ

ВЛИЯНИЕ ФОТОТЕРАПИИ НА ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С БИОТКАНЯМИ ИСКУССТВЕННЫХ МАТЕРИАЛОВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ В ХИРУГИИ

Байбеков И.М.

АО "Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В.Вахидова"

Прогресс современной медицины в значительной степени связан с разработкой и внедрением в практику различных синтетических материалов. Хирургические нити составляют значительную часть этих материалов. В настоящее время существует около 300 видов хирургических нитей различных фирм-производителей. Помимо шовного материала в хирургии используют различные сетки для герниопластики, заплаты, стенты, сосудистые протезы и другие изделия из синтетических материалов. Это позволяет расширить показания к оперативным вмешательствам. Реакция тканей на искусственные материалы, их интеграция в ткани реципиента изучены недостаточно.

Известно, что низкоинтенсивное лазерное излучение (НИЛИ), широкое применяемое в последнее время светодиодное излучение (СДИ), так называемая фототерапия (ФТ) оказывают выраженное противовоспалительное действие. Влияние же ФТ на взаимодействие биотканей с искусственными материалами, используемыми в хирургии, не изучено.

Цель исследования - изучить с помощью методов морфологии взаимодействие искусственных материалов с биологическими тканями и влияние на эти процессы фототерапии.

Материал и методы. Исследовано взаимодействие сеток PTFE, PROCEED, PROLEN на 7, 14 и 30 сутки после имплантации. Опытная группа облучалась ежедневно в течение 10 дней с помощью аппаратов "Матрикс-ВЛОК" или "Милта", контрольная группа животных не подвергалась лазерному облучению. Изучалось заживление линейных ран кожи крыс, ушитых с помощью нитей Ethibond, Prolene капрон после облучения инфракрасными лазерами "Матрикс-ВЛОК" и "Милта" или светодиодными матрицами "Барва-Флекс/СИК", и "Барва-Флекс/ЗИК" с использованием комплекса морфологических методик. Облучение проводили ежедневно по 3 мин. в течение 10 дней. Контрольная группа не подвергалась фотовоздействию. Микроциркуляцию кожи ран оценивали с помощью аппаратов ЛАКК-01 или АЛТ-Восток ЛДФ-01. Раны изучали на 3, 7, 10, 15 и 30 день после нанесения.

Исследования показали, что имплантированные сетки вызывают в ранние сроки наблюдения слабо выраженные воспалительные реакции. Пролиферативная фаза воспаления в отдалённые сроки наблюдения завершается формированием соединительнотканной капсулы.

Эти реакции в большей мере выражены при имплантации сетки PROCEED. Наименее выраженные воспалительные реакции отмечены при имплантации сетки PTFE.

Характерным отличием взаимодействия сеток и шовного материала, который используется при имплантации сетки, является наличие вокруг хирургических нитей кровоизлияний. Сами волокна шовного материала значительно меньше в диаметре, чем фрагменты сеток.

Лазерное воздействие снижает проявления альтеративной фазы воспаления и способствует формированию на поверхности сеток нежной соединительнотканной капсулы; уменьшает образование очагов кровоизлияний в зоне расположения хирургических нитей.

Сканирующая электронная микроскопия нитей показала, что нередко на поверхностях нитей выявляются различные дефекты. Изучение взаимодействия нитей с биотканями показало, что мононити и особенно, мультифиламентные (капрон, Ethibond), уже в ранние сроки вызывают воспалительные реакции: отёк и кровоизлияния, полиморфонклеточную инфильтрацию в коже и прилежащих мышцах. Воспалительные реакции при использовании мультифиламентных нитей обусловлены наличием многочисленных щелей между филаментами. Отмечаются скопления клеток инфильтрата в этих щелях, появление в соединительной ткани, окружающей нити, гигантских клеток ино-родных тел. В отдельных случаях отмечено скопление кальциновых депозитов. Эти реакции более выражены в участках повреждения поверхности нитей. Чрез 2-3 сеанса фототерапии с использованием НИЛИ и СДИ отмечено существенное снижение воспалительных реакций. Изменения микрососудов соединительной ткани и внутрисосудистых эритроцитов в сторону увеличения дискоцитов и снижения доли патологических форм эритроцитов являются структурной основой интенсификации микроциркуляции.

Лазерное и светодиодное воздействие оказывают существенное влияние на взаимодействие клеток с шовным материалом, снижая проявления воспалительных реакций уже через 2-3 сеанса. Курс фотовоздействий приводит к ускорению заживления ран. Ни в одном случае в группах с использованием фототерапии не отмечалось нагноение ран.

INFLUENCE OF LASER AND LED IRRADIATION ON INTERACTION OF ETHIBOND SUTURES WITH TISSUES OF THE WOUNDS

Ibadov B.K., Butaev A.Kh.

"Republican Specialized Center of Surgery named after academician V.Vakhidov" JSC

The success of surgical interventions largely depends on type of used suture material. At present monofilament and poly (multi-) filament types are the most commonly used synthetic sutures and Ethibond is one of the most widely used type among multifilament. Any type of surgical suture material, eventually, causes inflammatory response in biologic tissues. It is known that low intensive laser and light-emitting diode irradiation (LILI, LEDI) have the ability to reduce the intensity of inflammatory reactions, stimulate microcirculation, which contributes to the acceleration of healing of surgical wounds. However, the influences of LILI and LEDI on the healing of wounds closed by Ethibond were not studied.

The latter determined the objectives of the present study.

Material and methods. The healing of linear skin wounds stitched with Ethibond sutures and irradiated with infrared lasers ("Matrix-VLOK", "Milta") and LED matrices (Barva-Flex/BIR and Barva-Flex/GIR) LED matrices were studied on the backs of rats, using complex of morphological techniques. The wounds in the experimental group were irradiated during 10 days, for 3 minutes daily, while animals in the control group were not exposed to irradiation. Microcirculation in the skin wounds was evaluated with the help of LAKK-01 or ALT-Vostok LDF-01. Wounds were studied on

the 3rd, 7th, 10th, 15th and 30th days after they had been induced.

Results. The study of Ethibond sutures with scanning electron microscopy revealed that often there can be various defects on the surfaces of the filaments and spacious gaps between the filaments. A study of the morphology of the interaction of filaments with skin tissues showed that the suture, already in the early periods of observation, causes pronounced inflammatory reactions in the biologic tissues. In the early periods (3-7 days), the reaction is expressed as the clusters of fibrin on the surface of filaments, especially in the gaps between the filaments, with the presence of edema and polymorphic cell infiltration of skin and adjacent to wound muscles. Inflammatory changes are more pronounced in the areas adjacent to the surface defects of filaments. LILI and LEDI cause marked decrease of inflammation after 2-3 sessions. Structurally, this is seen as intensified microcirculation, which is confirmed by the measurements with laser Doppler flowmetry. The courses of phototherapy lead to a significant acceleration of wound healing. The actions of LILI and LEDI, especially the Barva-Flex/BIR, are comparable.

Conclusion. Laser and LED radiation reduce inflammatory reactions in the wounds, caused by the contact with them of multi-filament sutures of Ethibond, improve microcirculation and accelerate the healing of wounds.

ПРИМЕНЕНИЕ НОВОГО ГЕМОСТАТИЧЕСКОГО ИМПЛАНТА ГЕПРОЦЕЛ НА РАЗЛИЧНЫХ ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Исмаилов Б.А., Садыков Р.А.

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

В современной хирургии растет количество оперативных вмешательств на органах, которые могут вызвать активное кровотечение (операции на сердце, сосудах, печени, поджелудочной железе, почках). Наряду с такими хирургическими методами остановки кровотечения как тампонирование, лигирование, электроагуляция применяются различные гемостатические средства местного назначения.

Местные гемостатические средства обычно используют при повреждениях паренхиматозных органов, диффузно-капиллярных кровотечениях. Несмотря на выполнение всех требований по изучению биологической совместимости и токсичности, результаты, полученные у мышей и крыс, не могут быть экстраполированы на человека. Перед применением имплантата необходимо его испытания на крупных лабораторных животных: собаках, свиньях или овцах. Эти исследования дают возможность объективно

оценить эффективность и последствия применения в условиях максимально приближенных к человеку.

Цель работы - испытание нового композиционного гемостатического материала "Гепроцел" на органах брюшной полости при различных видах кровотечения.

Материалы и методы. Материалом для исследования послужил гемостатический, биоразлагаемый поликомпозиционный имплантат "Гепроцел" (Патент РУз IAP 20160273). Имплантат разработан сотрудниками экспериментального отдела АО "РСЦХ им. акад. В.Вахидова" и Научно-исследовательского центра химии и физики полимеров при НУУз. Экспериментальные исследования проведены в соответствии с ГОСТ ИСО 10993-6-2011 на модели раны печени с последующим применением имплантата. Были использованы 6 беспородных собак весом $9,5 \pm 1,8$ кг, содержащихся в условиях

вивария в соответствии с требованиями ГОСТ ISO 10993-11-2011 о надлежащих условиях подготовки и наблюдения подопытных животных. Операции проводились под общей анестезией и мониторированием основных жизненных показателей. После верхнесрединной лапаротомии длиной разреза до 15 см в рану выводилась печень, и в области правой доли моделированы различные виды повреждения печени: поверхностная рана печени с паренхиматозным кровотечением; глубокое ранение печени с венозным кровотечением; краевая резекция печени с интенсивным венозным кровотечением; паренхиматозное кровотечение селезенки; кровотечение десерозированного участка тонкого кишечника.

Результаты и их обсуждение. Время остановки кровотечения после применения гепроцела при паренхиматозном кровотечении составило $2,0 \pm 0,3$ мин.; при глубоком ранении печени с венозным кровотечением - $6,0 \pm 1,5$ мин.; при краевой резек-

ции печени с интенсивным венозным кровотечением - $7,2 \pm 1,4$ мин. Время остановки кровотечения при паренхиматозном кровотечении из селезенки составило - $2,5 \pm 1,2$ мин.; из десерозированного участка тонкого кишечника - $3,5 \pm 1,0$ мин. Интраоперационно в течение 10-15 мин. возобновление кровотечения не отмечалось.

При контакте с влажной средой гепроцел образует тонкую эластичную пленку, которая плотно адгезируется к раневой поверхности. Гемостатический эффект зависит от количества порошка, площади раневой поверхности, интенсивности и характера кровотечения, влияющих на его биодеградацию. Эксперименты показали, что биодеградация гепроцела происходит на 14-21 сутки.

Таким образом, отечественный имплантат гепроцел обладает выраженным гемостатическим эффектом, является биодеградируемым и может применяться в хирургии органов брюшной полости, при различных ранениях печени.

ТҮҚИМА ЖАРОҲАТЛАРИДА ҚЎЛЛАНИЛАДИГАН PROLENE ИПЛАРИ ТАЪСИРИДА ЖАРОҲАТ ТҮҚИМАЛАРИДА КУЗАТИЛАДИГАН ЎЗГАРИШЛАРГА ЛАЗЕР ВА ЁРУГЛИК ДИОДЛИ (LED) НУРЛАНТИРИШЛАРНИНГ ТАЪСИРИ

Мардонов Ж.

"Академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослашган хиругия маркази" АЖ

Жарроҳликнинг турли бўлимларида турли синтетик тикув материалларини жорий этиш, жарроҳлик амалиётида даволаш имкониятини янада кенгайтириди ва асоратлар сонини камайишига олиб келди. Амалиётда деярли ҳар қандай тикув материали биотўқималарда яллиғланишли жавоб реакциясини чакирувчи ёт жисм хисобланади. Жарроҳликда ишлатиладиган кўп турли жарроҳлик тикув материалларининг мавжудлиги бир томондан кенг танлаш имконини берса, иккинчи томондан уларнинг сифатидан тўла қониқмасликни юзага келтиради. Маълумки, паст интенсив лазер ва ёруглик диодли нурлантиришлар (ПИЛН, LED) яллиғланиш реакциялари жадаллигини камайтириш ва репаратив жараёнларни тезлаштириш хусусиятларига эгадир. Аммо, кенг қўлланиладиган Prolene тикув материали таъсирида жароҳат тўқималарида бўладиган ўзгаришларга ПИЛН ва LED таъсири ўрганилмаганлиги қўйидаги тадқиқот ишининг мақсадини белгилади.

Тадқиқот ишининг мақсади: биологик тўқима жароҳатларида қўлланиладиган Prolene иплари таъсирида жароҳат тўқималарида кузатиладиган ўзгаришларга ҳамда жароҳат битиши жараённига ПИЛН ва LED ни кўрсатадиган таъсирини ўрганиши.

Материаллар ва усуллар. Каламушлар елка террисида ҳосил қилинган ва Prolene иплари билан тикилган чизикли жароҳатларнинг битишига, ин-

фрақизил лазерлар ("Матрикс-ВЛОК", "Милта") ҳамда LED матрицалари ("Барва-Флекс/КИҚ" ва "Барва-Флекс/ЯИҚ") билан нурлантиришнинг аҳамияти комплекс морфологик усуллар ёрдамида ўрганилди. Нурлантириш ҳар куни 3 дакикадан, 10 кун мобайнида амалга оширилди. Назорат гуруҳидаги ҳайвонларда фототаъсир ўтказилмади. Тери жароҳатларининг микроциркуляцияси ЛАКК-01 ва АЛТ-Восток ЛДФ-01 қурилмалари ёрдамида баҳоланди. Экспериментал яралар улар юзага келганидан бошлаб 3, 7, 10, 15 ва 30 кун ўтган муддатларда ўрганилди.

Натижалар. Сканерловчи электрон микроскоп ёрдамида Prolene монофиламент ипларини ўрганиш уларнинг сиртида турли камчиликлар тез-тез учрашини кўрсатди. Prolene монофиламент ипларининг тери тўқималари билан таъсири оқибатида юзага келдиган ўзгаришлар морфологиясини кузатиш эса тўқималарда жиддий яллиғланиш реакцияси жуда эрта босқичларда пайдо бўлишини кўрсатди. Бу ўзгаришлар, айниқса, нуксонлар бор жойларда, толалар юзасида фибрин қопламаларининг пайдо бўлиши, шиш ва жароҳат атрофидаги тери ҳамда мушакда бўладиган полиморф хужайрари инфильтрация кўринишида намоён бўлади. Яллиғланишли ўзгаришлар кўпинча иплар атрофифа, бириктирувчи тўқима ўсган зоналарда кальций йигилмалари пайдо бўлиши билан кузатила-

ди. ПИЛН ва LED нинг 2-3 сеансларидан сўнг яллигланиш белгиларининг сезиларли даражада камайиши қайд этилади. Бу, шунингдек, микроциркуляция жараёнининг жаддаллашувидан дарак берувчи томирларнинг структур ўзгаришлари билан намоён бўлиб, буни лазер допплер флюметрияси ёрдамида бажариладиган функционал тадқиқотлар хам тасдиқлайди. Фототерапия курслари яралар битиши жараёнини сезиларли жаддалланишига олиб келади.

ПИЛН ва LED эфектларининг, айниқса, "Барва-Флекс/КИК", жиҳатлари қиёс қилинганида, улар ўзаро ўхаш таъсирга эга эканлиги маълум бўлди.

Хулоса. Лазер ва LED нурлари тўқималарнинг Prolene иплари билан ўзаро таъсиrlашувидан келиб чиқадиган тери яраларидаги яллигланиш реакциясини камайтиришга, микроциркуляцияни жаддалластиришга ва охир оқибатда яра битиши жараёнининг тезлашишига олиб келади.

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕМОСТАТИЧЕСКОЙ ПЛЕНКИ "ГЛИАГИЛ" ПРИ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Сайдханов Б.А., Махмудов К.О., Далимов Д.Н., Алимов М.М., Матчанов О.Д.

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

Национальный университет Узбекистана

Цель - обосновать применение новых форм гемостатических коллагеновых пленок из местного сырья при паренхиматозных кровотечениях органов грудной и брюшной полости.

В экспериментальном отделе АО "РСЦХ им. академика В.Вахидова" проведены предварительные доклинические исследования гемостатической пленки из местного сырья. Экспериментальные исследования специфической активности были проведены на модели паренхиматозного кровотечения у беспородных собак (травматическое кровотечение из печени и легких, атипичные резекции печени).

Результаты исследования. Механизм гемостатического действия препарата связан с влиянием на сосудисто-тромбоцитарный гемостаз, увеличением в крови количества и адгезивно-агрегационной способности тромбоцитов. Наряду с активацией тромбоцитарной системы снижается проницаемость капилляров, что приводит к повышению ретрактивности образовавшегося сгустка. Он останавливает кровотечение у экспериментальных животных за 1,5-2,0 минуты. Этот препарат относится к VI классу практически нетоксичных соединений. Сканирующая электронная микроскопия показывает, что уже через 3 часа между плёнкой и поверхностью органа формируются микротромбы, состоящие, преимущественно, из патологических форм эритроцитов. Сама же плёнка в этих сроки начинает подвергаться резорбции. Через 14 дней и более фрагменты плёнки на раневой поверхности не определяются.

Заключение. Новый гемостатический материал в виде гемостатической коллагеновой плёнки может быть применен для остановки паренхиматозных кровотечений при травмах и операционных кровопотерях. Он не обладает местно-раздражающим, аллергогенным действием, не оказывает токсического действия на показатели периферической крови, функцию почек и печени (Патент на изобретения IAP №05109).

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ПРАКТИКЕ ЭКСТРЕННОГО ЦЕНТРА

Туйчиев Б.А., Махмудов Н.И., Хоҗиев Х.М.

Ферганский филиал РНЦЭМП

В последнее время все большее значение в диагностике неотложной патологии приобретает ультразвуковое исследование: доступный, миниинвазивный и объективный метод, не связанный с лучевой нагрузкой. В диагностике целого ряда заболеваний методики УЗИ обладают максимальной информативностью.

УЗИ в Ферганском филиале РНЦЭМП в 2016 г. выполнено 16530 больным. Больных с хирургической патологией было 6331 (34,8%), с гинекологической и патологией беременности - 5718 (38%), с урологической патологией - 2887 (14,7%), 1594

больных (12,5%) направлены терапевтом.

Аппарат УЗИ (LOGIK-400) оснащен доплером, поэтому эффективность ультразвукового исследования возросла при сердечно-сосудистой патологии.

За прошедший год в практике филиала были случаи таких редких заболеваний, как кавернозная гемангиома печени с нарушением целостности, давшая кровотечение в брюшную полость; два случая аневризмы брюшной аорты; эхографическая диагностика которых не представляла затруднений: по ходу аорты определялся расширенный участок с характерными изменениями стенок. В обоих слу-

чаях брюшная аорта на всем протяжении была склеротически изменена. Диагностирован разрыв подвздошной вены при тяжелом переломе костей таза. Следует упомянуть о случае саркомы бедра со сдавлением бедренных сосудов, при котором ультразвуковое исследование оказалось решающим.

В течение прошедшего года хирурги нашего филиала стали шире применять оперативные вмешательства под контролем УЗИ и методику интраоперационного УЗИ. В частности, было проведено дренирование абсцессов печени под контролем УЗИ трем больным, одна лечебно-диагностическая пункция осумкованного выпота над печенью.

Немалую часть в центре составляют больные с травмами внутренних органов. При повреждениях паренхиматозных органов брюшной полости ультразвуковое исследование обладает большой информативностью и является решающим. Разрывы и гематомы определяются на УЗИ уже в самые ближайшие сроки (в течение первого часа и даже

минут травмы). Два случая разрыва мочевого пузыря были связаны с тяжелыми автотравмами. Визуализация мочевого пузыря при этом неочтетливая, а в брюшной полости определяется большее или меньшее количество жидкости. Большую часть повреждений почек при травмах составили ушибы паренхимы, которые проявляются в виде участков повышенной эхогенности в корковом слое. Отрыг сосудистой ножки почки проявляется тотальной ишемией коры - почка "белая", в паранефрии определяется крупная гематома.

Определенную сложность вызвали два случая разрыва эхинококковых кист печени, так как спавшаяся киста не имела четких характерных признаков. Но в обоих случаях определялась свободная жидкость в брюшной полости.

Таким образом, в диагностике целого ряда заболеваний ультразвуковое исследование является оптимальным, не требующим больших затрат времени, что важно в практике экстренной помощи.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Умаров О.М., Сирожиддинов У.К., Ахрапов Б.М.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Вопросы гнойно-септических осложнений в хирургическом лечении воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области приобретают актуальность в связи с увеличением числа больных с этой сложной патологией. Нередко одонтогенные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области ухудшают общее состояние больных, часто приводят к летальному исходу.

По данным литературных источников, только комплексное лечение может обеспечить благоприятный исход заболевания и уменьшить различные осложнения и летальность. Среди методов введения антибиотиков с позиций адекватной фармакокинетики предпочтение отдаётся региональному лимфатическому их введению в подчелюстную область. Именно при введении таким способом значительно быстрее создаётся и длительно удерживается наибольшая концентрация антибиотиков в интерстиции данного органа. По данным Джумабоева С.У. и соавт. (1991), региональная лимфостимуляция усиливает отток лимфы на 25-38%, улучшает кровоток в данных органах, что, в свою очередь, приводит к уменьшению воспалительного отека и инфильтрации тканей.

Под нашим наблюдением находился 41 больной с острыми гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области, которому применили региональную лимфотропную антибиотикотерапию (РЛАТ). Больные были с одонтогенными флегмонами - 10 (24,3%); одонтогенным абс-

цессом - 7 (17,1%); острым одонтогенным остеомиелитом - 6 (14,6%); посттравматическим остеомиелитом - 4 (9,7%); одонтогенным гайморитом - 3 (7,3%); адонофлегмоной - 6 (14,6%); сиалодениами околоушной слюнной железы - 5 (12,2%).

Целенаправленное ведение больных с общими проявлениями гнойной инфекции являлось основным условием успешного хирургического лечения. В комплекс лечебных мероприятий наряду с дезинтоксикационной терапией и лечением функциональных нарушений были включены РЛАТ, иммуномодулирующая терапия. РЛАТ осуществляли путём введения лимфостимулятора и соответствующего антибиотика в подчелюстную область лимфатическим путём 1 раз в сутки в течение 4-5 дней. Использовались следующие антибиотики: цефатоксин, зинацеф, цефобит. Введение лимфатическим путём гепарина по 5000 единиц в сутки осуществлено для снижения гиперкоагуляции. Иммунологические изменения корректировали лимфатическим введением Т-актогена по 100 мг в 1, 2 и 5 сутки.

Комплексные лечебные мероприятия позволили в течение 5 дней снять явления интоксикации, снизить температуру до нормальных цифр, нормализовать картину периферической крови, в которой до лечения отмечены лейкоцитоз, сдвиг влево, эозинофилия, ускорение СОЭ. Распространение гнойного процесса при флегмонах лица и шеи на средостения не наблюдалось.

Таким образом, комплексные лечебные мероп-

риятия для больных с острыми гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области с использованием лимфатической терапии

позволяют снизить интоксикацию, ускорить выздоровление больных, провести профилактику одонтогенных медиастинитов.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭМБРИОНАЛЬНЫХ ГЕПАТОЦИТОВ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Уразметова М.Д., Хаджибаев Ф.А., Мирзакулов А.Г.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Актуальность. Острая печеночная недостаточность (ОПН) является результатом гибели печеночных клеток, обусловленная целом рядом причин. Неуклонный прогрессивный рост больных с заболеваниями печени по всему миру ведет к увеличению числа пациентов, у которых развивается ОПН. Консервативная терапия при данной патологии не всегда дает желаемый положительный эффект. Органная трансплантация печени является радикальным методом лечения, однако дефицит трансплантиционного материала, развитие иммунологических реакций отторжения, послеоперационные осложнения и ряд других проблем ограничивают применение этого метода. Применение эмбриональных гепатоцитов является перспективным направлением современной гепатологии, которая может рассматриваться как эффективный метод лечения больных с ОПН, позволяющий стабилизировать состояние больных, которым в последующем будет планироваться органная трансплантация.

Цель - проанализировать динамику биохимических и иммунологических показателей при лечении острой печеночной недостаточности с использованием трансплантации эмбриональных гепатоцитов в эксперименте.

Материалы и методы. ОПН в эксперименте получали путем внутрибрюшинного введения СС14. Эмбриональные гепатоциты получали из плодов крыс по модифицированному способу. Экспериментальные группы разделены на следующие: здоровые крысы (контрольная группа); крысы с моделью ОПН; крысы с моделью ОПН, леченные

трансплантацией гепатоцитов.

Результаты. У животных с экспериментальной моделью ОПН отмечалось выраженное нарушение содержания биохимических показателей: подавление белково-синтетической функции печени (снижение содержания альбумина и общего белка), выраженный цитолитический синдром (повышение содержания АлАТ, АсАТ, билирубина, щелочной фосфатазы). Применение трансплантации эмбриональных гепатоцитов оказывало протективное влияние на поврежденную печень, способствовало восстановлению белково-синтетической функции печени, снижению концентраций ферментов печени.

При ОПН развивающаяся воспалительная реакция имеет также иммунологический характер, что проявляется повышением уровня провоспалительных цитокинов и менее выраженными показателями противовоспалительных цитокинов. Применение трансплантации эмбриональных гепатоцитов способствует менее выраженному повышению уровня провоспалительных цитокинов, более быстрому их снижению в динамике, повышению уровня противовоспалительных цитокинов.

Установлено, что при развитии ОПН у крыс отмечается выраженный дисбаланс показателей биохимического и иммунологического спектров. Применение трансплантации эмбриональных гепатоцитов способствует нормализации и стабилизации содержания основных биохимических и иммунологических показателей, что свидетельствует о протективной и стимулирующей роли клеточных технологий при острой печеночной недостаточности.

О ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОГНЕСТРЕЛЬНЫМИ РАНЕНИЯМИ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Усманов Б.С., Махмудов Н.И., Исмаилов Ж.Т., Дадабоев Х.Р.

Ферганский филиал РНЦЭМП

Ферганский филиал ТМА

Огнестрельные ранения конечностей отличаются особой тяжестью повреждений с картиной отрывов дистальных сегментов конечностей, многоскользящими переломами костей, вывихами суставов, разрушениями сухожильно-мышечного аппарата, нервов, сосудов и дефектами мягких тканей.

При всех ранениях отмечается контузия мягких тканей. Дополнительную травму причиняют находящиеся в тканях осколки. Практически во всех случаях наблюдается ожог кожи и мягких тканей.

С 2012 по 2016 г. в отделении экстренной сосудистой хирургии и микрохирургии ФФРНЦЭМП

находились на лечении 11 больных с огнестрельными ранениями верхних конечностей. В 4 случаях (36,4%) отмечены взрывные ранения конечностей петардами в период новогодних праздников, в 3 (27,3%) - травма получена в результате небрежного обращения со стрелковым оружием, в 4 (36,4%) - в руке взорвались охотничьи или боевые патроны, самодельные взрывчатые вещества. Среди пострадавших мужчин было 9 (81,9 %), женщин - 2 (18,2 %), в том числе детей до 15 лет - 2. Средний возраст больных составил 29 лет.

Ранение на уровне плеча имело место у 1 (9,1%) пострадавшего, предплечья - у 5 (45,5 %), кисти и пальцев - у 5 (45,5%). В 3 наблюдениях наряду с ранениями верхних конечностей отмечены ранения и ожоги лица, груди и живота.

Мы придерживались этапного принципа лечения больных. На догоспитальном этапе осуществляли иммобилизацию конечности, временную остановку кровотечения, обезболивание и восполнение кровопотери. На первом этапе выполняли органо-сохраняющие вмешательства на конечности с сохранением оставшихся структур; профилактику гнойно-септических осложнений, создавали условия для следующих восстановительных вмешательств.

Первичная хирургическая обработка при повреждении функционально значимых структур конечности сводилась к максимальному иссечению сомнительных в жизнеспособности и явно нежизнеспособных тканей. Раны тщательно промывали растворами антисептиков, удаляли инородные тела, осуществляли маркировку поврежденных структур. Во всех случаях ранений кисти производилось вскрытие карпального и Гийонового каналов для предупреждения сдавлений сосудов и нервов в послеоперационном периоде. Данная методика позволяет улучшить микроциркуляцию кисти в по-

леоперационном периоде. При ранениях плеча и предплечья по тем же соображениям выполняли декомпрессионные фасциотомии. При выполнении разрезов учитываем направление кожных складок, формирование возможности перемещений кожно-жировых лоскутов с созданием запаса тканей для последующих корригирующих вмешательств.

Остеосинтез переломов и вывихов костей кисти производили спицами Киршнера. При переломах костей предплечья выполняли интрамедуллярный остеосинтез. При переломах плечевой кости использовали штифтование.

По окончании остеосинтеза выполняли шов нервных стволов по общепринятой методике. При нарушенном кровообращении в сегменте конечности осуществляли обходное шунтирование. Большое значение придавали оптимальному дренированию ран для их активной санации в послеоперационном периоде или рана велась открытым способом. После операции травмированную конечность иммобилизовали гипсовой лангетой и придавали возвышенное положение. Особое внимание уделяли борьбе с инфекцией, улучшению микроциркуляции в конечности и профилактике отека.

7 (63,6%) пострадавшим провели повторные вмешательства: 2 (28,6%) выполнили аутодермопластику; 1 (14,3%) - аутокостную пластику; 1 (14,3 %) - наложили аппарат Илизарова; 3 (42,9 %) - этапные некрэктомии в связи с краевым некрозом кожи или дистальных отделов кисти.

Результаты лечения огнестрельных травм верхних конечностей в сроки от 3 мес. до 5 лет, показали полное восстановление функции конечности в случаях, когда не повреждались функционально значимые структуры. При их повреждении отмечено снижение функции конечностей, степень которого определялась тяжестью полученной травмы.

ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ КОСТНО-СОСУДИСТОЙ ТРАВМЫ ГОЛЕНИ

Усманов Б.С., Махмудов Н.И., Камбаров Б.С.

Ферганский филиал РНЦМП

Гнойно-некротические осложнения костно-сосудистых травм нижних конечностей отличаются особой тяжестью и распространенностью. Развитию данных осложнений чаще способствуют: несвоевременная и некачественная первичная хирургическая обработка раны, посттравматический ишемический отек конечности, нерациональная антибактериальная терапия, снижение реактивности организма и др.

Цель исследования - разработать лечебные мероприятия по максимальному предупреждению развития гнойно-некротических осложнений у больных с костно-сосудистой травмой голени, направленные на сокращение неблагоприятных результатов лечения.

За истекшие 10 лет в отделении экстренной сосудистой хирургии ФФРНЦЭМП проведено лечение 62 больных с костно-сосудистой травмой голени. Большинство пострадавших были мужчины - 46 (74,2%). Возраст пациентов колебался от 1,5 до 60 лет и, в среднем, составил 32 года. Преобладала дорожно-транспортная травма - 45, бытовая травма отмечена у 10, производственная травма - у 7 больных. Открытые травмы голени выявлены у 49 (79%) пациентов, закрытые - у 13 (21%). 53 (85,5%) пострадавших доставлены с явлениями травматического шока.

Все 62 пациента с костно-сосудистой травмой голени были оперированы в экстренном порядке,

причем 43 (69,4%) из них - в течение первых 2 часов с момента поступления. У остальных 19 (30,6%) больных задержка операции составила более 2 часов в связи с тяжестью состояния и нестабильностью гемодинамических показателей, потребовавших интенсивных реанимационных мероприятий перед операцией.

Больным с открытыми повреждениями голени производилась первичная хирургическая обработка раны с её расширением, ревизией и маркировкой поврежденных магистральных сосудов. Затем приступали к фиксации костных отломков. Остеосинтез штифтами применен 22 (35,5%) пострадавшим, с помощью спиц - 29 (46,8%); 9 (14,5%) пациентам применен аппарат внешней фиксации, в 2 (3,2%) - гипсовая повязка.

Наложение сосудистого анастомоза "конец в конец" выполнено 33 (53,2%) пациентам, когда целостность артерии удавалось восстановить без значительного натяжения. 12 (19,4%) пострадавшим был наложен боковой шов сосудов. 11 (17,7%) больным произведено аутовенозное протезирование поврежденной артерии. 6 (9,7%) пациентам выполнены лигатурные операции. Показаниями к перевязке поврежденных сосудов явились обширное повреждение мягких тканей и крайне тяжелое состояние больного.

Из 62 случаев в 44 (71%) раны зажили первичным натяжением. У 18 (29%) больных в послеоперационном периоде отмечались следующие инфекционные осложнения: поверхностное нагноение ран, включавшее инфицирование кожи и подкожной клетчатки - у 8 (44,4%); краевой некроз кожи - у 6 (33,3%); глубокое нагноение с распространением гнойно-некротического процесса на мышцы вплоть до сосудистого пучка - у 4 (22,2%), осложнившееся

аррозивным кровотечением в 3 случаях. Ампутации конечностей выполнены 4 (6,5%) больным. У 6 (9,7%) пациентов имели место ложные суставы и дефекты большеберцовой кости.

Летальный исход отмечен в 1 (1,6%) случае с тяжелой сочетанной травмой, осложненной геморрагическим шоком и гнойно-некротическими процессами в конечности.

Опыт лечения костно-сосудистых травм голени позволил сделать определенные заключения. Для снижения количества гнойно-некротических осложнений лечебно-профилактические методы должны проводиться на каждом этапе оказания помощи больным. На догоспитальном этапе необходимы иммобилизация нижней конечности и адекватное обезболивание. На госпитальном этапе - качественная первичная хирургическая обработка раны с иссечением нежизнеспособных тканей, надежная фиксация костных отломков и восстановление кровотока путем ушивания сосудов или аутовенозного протезирования. Также необходимо раннее применение антибиотиков широкого действия или комбинации антибактериальных препаратов, чтобы обеспечить терапевтическую концентрацию их в тканях и организме. Назначение непрямых антикоагулянтов значительно снижает количество некрозов и нагноений путем профилактики тромбозов сосудов. Проведение этапных хирургических обработок ран с иссечением некротических тканей в послеоперационном периоде позволяет ускорить процесс заживления ран.

Таким образом, применение указанного лечебно-профилактического метода больным с костно-сосудистой травмой голени позволяет снизить число гнойно-некротических осложнений, процент выхода на инвалидность.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОЛИМЕРНЫХ ПОДЛОЖЕК ИЗ ХЛОПКОВОЙ И МОДИФИЦИРОВАННОЙ ЦЕЛЛЮЛОЗЫ КАК ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ ФИЛЬТРОВ ДЛЯ СОРБЦИОННЫХ СИСТЕМ

Хайбуллина З.Р., Садыков Р.А., Азимова М.Т., Ахмеджанова Л.М.

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

Актуальность. Сегодня в Узбекистане ведутся исследовательские работы по созданию сорбентов для экстракорпоральной детоксикации из местного сырья. Разработка и дальнейшее развитие сорбционных систем невозможно без специальных отечественных фильтров, функция которых состоит в удержании частиц сорбентов и предохранении от их попадания в кровяное русло. Фильтры должны строго обеспечивать предотвращение микроэмболии частицами сорбента, активацию свертывания крови; быть биологически инертными и биосовместимыми с кровью; апирогенными, не вызывать аллергических реакций, обладать прочностью и эластичностью; не

выделять токсических веществ, обладать способностью сохранять эксплуатационные качества в течение всего сеанса экстракорпоральной детоксикации (ЭД). В настоящее время зарубежные аналоги фильтров для ЭД изготавливаются из гидрофильных и гидрофобных материалов (ацетат целлюлозы, полиметилметакрилат, поливинилэтанол; полипропилен, поливинилхлорид (P.S. Malchesky, Y. Nos et al., 2009)). Производные хлопковой целлюлозы являются дешевым легкодоступным материалом для создания подобных фильтров при разработке отечественных систем для ЭД.

Материалы и методы. Образцы хлопковой и мо-

дифицированной целлюлозы были получены в лаборатории химии, технологии целлюлозы и ее производных в Институте химии и физики полимеров АН РУз. Использована хлопковая целлюлоза (ХЦ) "марки-150". Модификация хлопковой целлюлозы производилась введением дополнительных карбоксильных групп. Полимерная подложка из модифицированной целлюлозы (МЦ) была изготовлена посредством гидролитического расщепления хлопковой целлюлозы "марки-150" в растворе гипохлорита натрия, содержащего 160 г/л активного хлора и последующей обработкой 0,05% водным раствором карбоксиметилцеллюлозы. Затем смесь фильтровали и готовили образец фильтра на бумажно-отливочной машине. Суспензию угольного сорбента готовили на дистиллированной воде из расчета 25 мг/л активированного угля. Суспензию угольного сорбента пропускали через полимерную подложку из ХЦ и МЦ, после чего оценивали оптическую плотность фильтрата (E), которую измеряли при длине волны 540 нм на КФК-3.

Результаты. Фильтры из ХЦ и МЦ были исследованы на предмет удержания частиц угольного сорбента. Обнаружено, что фильтр из ХЦ не обладает способностью удерживать в достаточной степени частицы угольного сорбента, тогда как фильтр из модифицированной целлюлозы полностью удерживает частицы угля. Оптическая плотность фильтрата, полученного после пропускания суспензии угольного сорбента через образец хлопковой целлюлозы, составила $0,380 \pm 0,049$, тогда как при использовании модифицированной целлюлозы - $E = 0,033 \pm 0,007$; экстинкция эталонного образца - суспензии угольного сорбента 25 мг/л составила $0,900 \pm 0,018$, контролем служила дистиллированная

вода ($E=0,000$). Изучение фильтрата в камере Горяева показало, что при использовании хлопковой целлюлозы было обнаружено $15,362 \pm 2,576 \times 10^{12}$ /л частиц угля, а при использовании модифицированной целлюлозы - $0,380 \pm 0,04 \times 10^{12}$ /л микрочастиц частиц угля в фильтрате. Световая микроскопия выявила наличие 20-30 частиц угля в поле зрения в фильтрате при использовании хлопковой целлюлозы и отсутствие частиц угля в поле зрения при использовании модифицированной целлюлозы. Обсуждая полученные результаты, отметим, что диаметр пор у фильтров из хлопковой целлюлозы был достаточно крупным, вследствие чего и произошло пропускание частиц угольного сорбента, тогда как у модифицированной целлюлозы диаметр пор был значительно меньше, что и обусловило задержку частиц угольного сорбента. Частицы активированного угля имеют средний размер 30-100 мкм. Сравнительный анализ данных световой микроскопии, оптической плотности и подсчета в камере Горяева фильтратов, полученных при использовании инертных фильтров из боросиликатного стекла различного диаметра, показал, что полимерная подложка из хлопковой целлюлозы по свойствам удержания частиц сорбента сравнима с таковыми у фильтра S1-P160 с диаметром пор 100-160 мкм; результаты исследования модифицированной целлюлозы были сравнимы с таковыми при использовании стеклянного фильтра S4-P16 с диаметром пор 10-16 мкм.

Вывод. Модифицированная целлюлоза, функционализованная дополнительными карбоксильными группами, удерживает частицы угольного сорбента, что удовлетворяет требованиям к фильтру для сорбционных систем.

COTTON CELLULOSE AND ITS DERIVATES AS POTENTIAL FILTERS FOR SYSTEMS OF EXTRACORPOREAL DETOXICATION

Khaybullina Z.R., Sadykov R.A., Azimova M.T., Kim O., Li Yu.B., Ahmedzhanova L.M.

"Republican Specialized Center of Surgery named after academician V.Vakhidov" JSC

Urgency of problem. Various types of adsorbents have been designed for extracorporeal removal of endogenous poisons from blood. Nonselective and selective sorption can be performed by using of sorption systems. Nonselective systems contains charcoal; charcoal with cation exchange resin or polystyrene such as "Plasorba BR-350" (Asahi Medical, Japan), "Adsorba 150C" and "Adsorba 300C" (Gambro, Sweden), "YTS" (Aier, China), "Selecta" (Bellco SpA, Italy). Selective sorption systems usually contains cellulose or agarose with polyclonal antibodies for specific components sorption (sorption of bilirubin, low density lipoproteins (LDL), protein A, autoimmunne antibodies): "DALI" (Fresenius, Germany), "Li posorber L" (Kaneka, Japan), "Li posorber D" (Kaneka, Japan), "LDL Lipopak" (POKARD, Russia), "LDL TheraSorb" (Milteney,

Germany) systems; "LDL-300" (State scientific research institute of very pure biological products, Russia) and "LNP 45" (Tosoh, Japan). These systems are very expensive. The comparison of different sorbents for plasma purification indicates that sorption systems on the base of polyclonal antibodies have high selectivity, biocompatibility, and stability, but antibodies can cause complications because they are not native for the organism. Sorbents on the base of the charcoal or agarose are not so effective, whereas sorbents on the base of cellulose derivates are effective for selective and nonselective sorption. There are some cellulose derivates, produced in Institute of Chemistry and physics of polymers in Uzbekistan. It can be used for creation sorption systems, which will be cheaper and easy available. Cotton cellulose derivates can be used both

as sorbents and as filters for sorption systems.

Materials and methods. The samples of cotton cellulose (CC) and modified cellulose (MC) were prepared in the Laboratory of the chemistries, technologies of the cellulose and its derivates in Institute of chemistry and physicists of polymers (Tashkent, Uzbekistan). The Cotton cellulose "Mark-150" characterizes by level-off-DP = 200-300; its macromolecules are 25-35 mm length. Modification of cotton cellulose was made by introduction of additional carboxyl groups into the its molecule. Filters from CC and MC were prepared by paper-preparing machine. Filters from CC and MC were tested to filtration ability. Different methods of sterilization were used to evaluate the most optimal manner, when filter does not changes of its chemical structure and chemical and physical characteristic. The Initial lots of filters were packed in two-layer paper packages and glass test tubes, then they were incubated 60 minutes 180°C or 20 minutes 132°C under pressure 2,2 atmosphere; cool gas sterilization was done too. Standard filters from borosilicate glass were used as control. There were 3 different filters from borosilicate glass: S1-P160 glass filter with diameter of the pores 100-160 mkm and thickness of the plate 3,3 mm with permeability for water of 2×10^{-4} ml/(sm²s x Pa); S3-P40 glass filter with diameter of the pores 16-40 mkm and thickness of the plate 2,8 mm with permeability for water 2×10^{-4} ml/(sm²s x Pa); S4-P16 with diameter of the pores 10-16 mkm and

thickness of the plate 2,3 mm with permeability for water 5×10^{-5} ml/(sm²s x Pa).

Results. The comparative analysis of the data of the light microscopy, absorbances at 540 nm and count in Goryaev chamber indicates that filtration ability of the CC filter was similar with borosilicate glass filter S1-P160 with diameter of the pores = 100-160 mkm. Filtration ability of MC filter was similar with glass filter S4-P16 with diameter of the pores of 10-16 mkm. Probably, filtration ability of the CC may be caused by its molecular structure characteristics. Cotton cellulose consists of fibrils in diameter 3,5 nm, which form macromolecular associates (600-1500 macromolecules) and cross-sections from 4 before 10-20 nm; it has developed capillary-pores system, channels and macro-pores in filament, as well as cross-febrile pores. Modification of cotton cellulose by adding of carboxyl groups promoted increasing density of its fibrils and decreasing diameter of its interfibrillar macropores, that became similar on glass filter S4-P16 with diameter of the pores = 10-16 mkm.

Among the sterilization methods only cool gas sterilization does not cause changes of its chemical structure and chemical and physical characteristic.

Conclusion. MC according its filtration ability can be used as potential polymeric substrate for preparing filters for extracorporeal detoxification. Optimal method of sterilization of cotton and modified cellulose is cool gaze sterilization.



**АГЗАМХОДЖАЕВ САИДМАЛЬЮФ САИДМАХМУДОВИЧ
(к 100-летию со дня рождения)**

С.М. Агзамходжаев родился 5 ноября 1917 года в городе Ташкенте.

Закончив в 1936 году Ташкентское медицинское училище, он проработал один год фармацевтом и поступил в Ташкентский медицинский институт, который закончил в 1941 году. Был оставлен клиническим ординатором на кафедре общей хирургии, которую возглавлял известный профессор С.А. Масумов. В 1943 году С.М. Агзамходжаев становится ассистентом кафедры общей хирургии.

В 1951 году С.М. Агзамходжаев защитил кандидатскую диссертацию, в 1975 году - докторскую диссертацию на тему: "Диагностика и хирургическое лечение портальной гипертензии при циррозе печени".

В 1953 году Ученым советом Ташкентского медицинского института он избран на должность доцента. В 1962 году он возглавил кафедру госпитальной хирургии педиатрического факультета, которой руководил три десятилетия, и в 1992 году перешел на должность профессора-консультанта этой кафедры и работал в этой должности практически до своей кончины.

С 1967 по 1992 год он являлся главным консультантом по хирургии медико-санитарной службы железной дороги.

В 1970 году С.М. Агзамходжаев был назначен главным врачом Центральной клинической больницы №1 IV Главного управления при министерстве здравоохранения Узбекистана, где проработал до 1978 года.

С 1978 по 1985 год Сайдмальюф Сайдмахмудович являлся проректором по лечебной работе Ташкентского медицинского института.

Его перу принадлежат более 250 научных трудов, большинство из которых посвящено абдоминальной хирургии. В центре внимания ученого на протяжении всей его многолетней исследовательской деятельности находились вопросы патогенеза, диагностики и хирургического лечения портальной гипертензии при циррозе печени, хронического неспецифического язвенного колита.

Клиника профессора С.М. Агзамходжаева в течение многих лет была ведущей в Узбекистане по хирургическому лечению больных с этими патологиями. Но, не менее детально он изучал вопросы хирургии травматических, опухолевых, бактериальных поражений желудка, поджелудочной железы, желчных путей, грыжевых и воспалительных заболеваний абдоминальных структур.

Свой богатый хирургический опыт он скрупулезно анализировал и отражал в научных статьях.

Под его руководством успешно защищены 11 кандидатских диссертаций.

Самоотверженный труд профессора С.М. Агзамходжаева был по достоинству отмечен государственными наградами. Он удостоен почетных званий Заслуженного деятеля науки и Заслуженного врача Узбекистана.

Жизненный путь Сайдмальюфа Сайдмахмудовича Агзамходжаева завершился 8 февраля 2005 года.

A. С. Бабаджанов



АСРАРОВ АСКАРХОН АСРАРОВИЧ (к 70-летию со дня рождения)

Асраров Аскархон Асрарович родился 5 июля 1947 года в Ташкентской области в семье колхозника.

В 1971 году окончил Ташкентский государственный медицинский институт. Затем проходил интернатуру на кафедре факультетской хирургии Ташкентского медицинского института. Это предопределило будущее Асрарова А.А. Именно в этот период он проявил большой интерес к абдоминальной хирургии и в течение всей трудовой жизни предан любимому направлению в медицине.

В 1979 году была организована кафедра госпитальной хирургии, где Асраров А.А. начал педагогическую деятельность и прошел путь от ассистента до профессора кафедры, где продолжает работать по сей день.

Наряду с педагогической деятельностью активно занимался научной работой. В 1986 году Асраров А.А. защитил кандидатскую диссертацию на тему: "Совершенствование путей патогенетического лечения разлитого гнойного перitonита".

После защиты кандидатской диссертации он продолжил научный поиск. Усовершенствованные им подходы к хирургическому лечению разлитого перитонита получили международное признание и легли в основу докторской диссертации "Хирургические и эндovаскулярные методы профилактики и лечения гнойно-септических осложнений и полиорганной недостаточности у больных разлитым гнойным перитонитом", которую он успешно защитил в 1994 году.

Асраров А.А. получил 10 авторских свидетельств на изобретение, опубликовал более 200 научных работ,

3 монографии, 2 учебника, 14 методических рекомендаций. Подготовил 3 кандидатов медицинских наук.

Свидетельствами признания хирургической деятельности Асрарова А.А. являются бронзовая медаль и диплом ВДНХ СССР, нагрудной знак изобретателя СССР, звание заслуженного деятеля науки Республики Узбекистан.

Асраров А.А. является участником республиканских и международных симпозиумов и конгрессов.

На протяжении более 40 лет врачебной, научной, педагогической и общественной деятельности А.А. Асраров умело сочетает напряженную лечебную и педагогическую работу с активной научной деятельностью. Будучи человеком неиссякаемой энергии и работоспособности он продолжает руководить подготовкой докторских диссертаций. Аскар Асрарович - яркий самобытный врач, высококвалифицированный хирург широкого профиля, требовательный педагог, блестящий лектор.

Аскархон Асрарович пользуется большой любовью и уважением коллег, учеников и многочисленных пациентов.

Свой юбилей Аскархон Асрарович встречает с большими творческими планами. Он продолжает передавать свой большой педагогический, хирургический и научный опыт молодому поколению хирургов.

Коллектив кафедры, Ташкентской медицинской академии, друзья, коллеги и ученики сердечно поздравляют юбиляра, желают ему крепкого здоровья и дальнейших творческих успехов.

Ташкентская медицинская академия



АХМЕДОВ ЮСУФЖОН МАХМУДОВИЧ (к 60-летию со дня рождения)

Ахмедов Юсуфжон Махмудович родился 17 августа 1957 года в Самарканде в семье врачей. После окончание средней школы поступил в Самаркандский медицинский институт, где проявил интерес к детской хирургии, вел научно-исследовательскую работу в кружке при кафедре детской хирургии. После окончания с отличием института в 1980 году проходил интернатуру по хирургии, с 1981 по 1983 год обучался в клинической ординатуре по детской хирургии на кафедре детской хирургии.

В 1983 году был зачислен в целевую аспирантуру НИИ педиатрии АМН СССР по специальности "детская хирургия", в 1986 году защитил кандидатскую диссертацию на тему "Клиническое значение иммунологических и бактериологических показателей при хроническом обструктивном пиелонефrite у детей". В 1992 году успешно защитил докторскую диссертацию на тему "Динамика клинических и параклинических симптомов при хирургическом лечении хронического обструктивного пиелонефрита у детей". В 1995 году избран профессором кафедры детской хирургии СамМИ.

Ю.М.Ахмедов - одаренный ученый, многогранный хирург, передающий свой опыт молодым коллегам. В последние годы успешно развивает приоритетные направления в детской урологии, абдоминальной, торакальной и колоректальной хирургии детского возраста. Под его руководством разрабатываются и внедряются в клиническую практику малоинвазивные хирургические и эндоскопические методы лечения детей. Им внедрены ре-

конструктивно-пластиические операции на мочеполовой системе, желудочно-кишечном тракте и грудной клетке в практику Самаркандского областного многопрофильного детского центра.

Ахмедов Ю.М. активно совмещает научную, организаторскую и клиническую деятельность. Является автором 770 научных статей по хирургии, 10 патентов на изобретения, 10 монографий. Под его руководством и консультированием защищены 10 кандидатских и 2 докторские диссертации.

Ученики профессора Ю.М.Ахмедова работают во многих медицинских учреждениях Узбекистана и за его пределами.

Ахмедов Ю.М. является членом редколлегии журналов "Вестник врача общей практики", "Проблемы биологии", "Хирургия Узбекистана", "Медицинский научный и учебно-методический журнал". В течение 10 лет являлся членом специализированного совета по хирургии при АО "Республиканский центр хирургии имени академика В.Вахидова". В 2008 году избран членом-корреспондентом Российской академии Естественных наук, в 2010 - академиком "Academician Antique World". Награжден медалями и почетными знаками "15 лет независимости Республики Узбекистан", "20 лет независимости Республики Узбекистан", "За заслуги в здравоохранении".

Коллектив Самаркандского медицинского института, редколлегия журнала "Хирургия Узбекистана" сердечно поздравляет Юсуфжона Махмудовича с 60-летним юбилеем, желает крепкого здоровья, счастья, благополучия, активной творческой жизни.

*Самаркандский медицинский институт
Редакция журнала "Хирургия Узбекистана"*

Академик Васит Вахидович Вахидов (к 100-летию со дня рождения) "ДЕЛО ВСЕЙ ЖИЗНИ".....	3
------------------------------------------------------------------------------------------	---

I. АБДОМИНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

<i>Абдуллаев У.Р.</i> ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАН.....	7
<i>Абдурахманов М.М.</i> СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ ОСТРЫХ ПЕРИПАНКРЕОТИЧЕСКИХ ЖИДКОСТНЫХ СКОПЛЕНИЯХ.....	7
<i>Абдурахманов М.М., Муродов Т.Р., Сафаров С.С.</i> КОРРЕКЦИЯ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ.....	8
<i>Абдурахманов М.М., Ураков Ш.Т., Абдурахманов Ш.М., Сафаров С.С.</i> ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА.....	9
<i>Акилов Х.А., Примов Ф.Ш.</i> ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ.....	10
<i>Акилов Х.А., Урманов Н.Т., Примов Ф.Ш., Ходжасяров Н.Р.</i> ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УРГЕНТНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ.....	11
<i>Алтиев Б.К., Хаджибаев Ф.А., Рахимов О.У.</i> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВНУТРИБРЮШНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ.....	12
<i>Аслонов З.А.</i> НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ВИДЕОАССИСТИРОВАННЫХ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ.....	13
<i>Аслонов З.А., Расулов Х.К.</i> ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОПУХОЛЕВОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ.....	13
<i>Аслонов З.А., Сайфуллаев Ш.Б.</i> НЕОТЛОЖНЫЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ.....	14
<i>Ахмедов Ю.М., Мавлянов Ф.Ш., Хайитов У.Х., Ахмедов И.Ю.</i> ОПЕРАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЕ КИСТЫ ХОЛЕДОХА У ДЕТЕЙ.....	15
<i>Ахмедов Ю.М., Мавлянов Ф.Ш., Хайитов У.Х., Ахмедов И.Ю.</i> АНАЛИЗ ПРИЧИН ПРИОБРЕТЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ.....	15
<i>Baumakov S.R., Matkuliev U.I., Yunusov S.Sh.</i> THE ROLE OF ENTERAL MEASURES IN THE TREATMENT OF ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION.....	16
<i>Беркинов У.Б., Сахибаев Д.П.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ И РЕТРОПЕРИТОНЕОСКОПИЧЕСКОЙ АДРЕНАЛЭКТОМИИ.....	16
<i>Гуламов О.М., Музafferov Ф.УГуламов О.М., Музafferov Ф.У.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПИЩЕВОДНЫХ АНАСТОМОЗОВ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПИЩЕВОДА.....	17
<i>Дадаев Ш.А., Мельник И.В., Хасанов С.М., Исаков Ш.Ш.</i> ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ХРОНИЧЕСКИХ ЯЗВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ.....	18
<i>Дадаев Ш.А., Мельник И.В., Хасанов С.М., Исаков Ш.Ш., Джуманов А.К.</i> ПРИНЦИПЫ И ОБОСНОВАНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ.....	19
<i>Ещанов А., Артыкнязов С..</i> ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ И РЕЦИДИВНЫХ ГРЫЖ ЖИВОТА.....	20
<i>Ещанов А., Артыкнязов С.</i> СИМУЛЬТАННЫЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ.....	20
<i>Зохидова С.Х., Карабаев Х.К., Рузиев П.Н., Авазов А.А., Сайдов Ш.А.</i> ЖЕЛЧЕКАМЕННАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА	21

<i>Калиш Ю.И., Аметов Л.З., Кабулов М.К., Хан Г.В., Шаюсупов А.Р.</i>	
ВОЗМОЖНОСТЬ ПОВТОРНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РЕЦИДИВОМ ГРЫЖИ, ОСЛОЖНЕННЫМ КОЖНО-ПРОТЕЗНЫМ СВИЩЕМ.....	22
<i>Калиш Ю.И., Аметов Л.З., Шаюсупов А.Р., Кабулов М.К., Рузиматов М.Х.</i>	
ПРОТЕЗНАЯ ПЛАСТИКИ: ПРИЧИНЫ РЕЦИДИВА ГРЫЖИ.....	22
<i>Калиш Ю.И., Байбеков И.М., Аметов Л.З., Шаюсупов А.Р.</i>	
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДВУХКОМПОНЕНТНОГО ПРОТЕЗА ДЛЯ ПЛАСТИКИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ.....	23
<i>Калиш Ю.И., Хан Г.В., Шаюсупов А.Р., Ахмедов А.Р.</i>	
РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РЕЦИДИВНЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ НА ФОНЕ ЛИГАТУРНЫХ И КИШЕЧНЫХ СВИЩЕЙ.....	24
<i>Калиш Ю.И., Хан Г.В., Шаюсупов А.Р., Йигиталиев С.Х.</i>	
СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПРОТЕЗНОЙ ПЛАСТИКЕ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ.....	25
<i>Калиш Ю.И., Хан Г.В., Шаюсупов А.Р., Эгамов Б.Ю.</i>	
НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОТЕЗНОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ III СТЕПЕНИ.....	26
<i>Карабаев Х.К., Тагаев К.Р., Юнусов О.Т., Эгамов Б.Т., Мухаммадиев М.Х.</i>	
ПЕРФОРАЦИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ, ОСЛОЖНЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЕМ.....	26
<i>Карабаев Б.Б., Ходжиматов Г.М., Хамдамов Х.Х., Мамадиев А.М., Касимов Н.А., Бобаев У.Н.</i>	
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ В ОТДЕЛЕНИИ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ.....	27
<i>Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Маткулиев У.И., Хасанов В.Р.</i>	
ЧРЕСПЕЧЕНОЧНАЯ ЭМБОЛИЗАЦИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫХ ВЕН В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С КРОВОТЕЧЕНИЕМ ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ.....	28
<i>Лигай Р.Е, Низамходжаев З.М., Шагазатов Д.Б., Цой А.О., Музаффаров Ф.У., Нигматуллин Э.И.</i>	
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ КАРДИОСПАЗМА И АХАЛАЗИИ КАРДИИ.....	29
<i>Маликов Ю.Р., Маматов К.С., Давронов А.У., Кандов Ф.Н.</i>	
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ АППЕНДЭКТОМИЯ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ ОСТРОГО АП- ПЕНДИЦИТА.....	30
<i>Маликов Ю.Р., Сафаров Н.Н., Азимов А.А., Утаев Л.Х.</i>	
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА.....	30
<i>Маткулиев У.И., Ашурев Ш.Э., Нормухамедов С.Г., Гулямов Ш.З.</i>	
ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С КРОВОТЕЧЕНИЕМ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ.....	31
<i>Маткулиев У.И., Баймаков С.Р., Юнусов С.Ш.</i>	
ЭНТЕРАЛЬНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ КИШЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ.....	32
<i>Маткулиев У.И., Рахманов С.У., Холматов Ш.Т., Джуманиязова Д.О.</i>	
ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СОСУДОВ ГЕПАТОЛИЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ У БОЛЬНЫХ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.....	32
<i>Махмудов Н.И., Ботиралиев А.Ш., Хожиев Х.М.</i>	
РОЛЬ НЕОТЛОЖНОЙ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМАХ ЖИВОТА.....	33
<i>Мельник И.В., Дадаев Ш.А., Хасанов С.М.</i>	
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С УЩЕМЛЕННЫМИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ.....	34
<i>Мехманов Ш.Р.</i>	
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОБТУРАЦИОННОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ.....	35
<i>Мирсадиков М.А., Халилов А.С.</i>	
ПРОБЛЕМЫ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ДИВЕРТИКУЛЕЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ.....	35
<i>Мусоев Т.Я., Аюбов Б.М., Болтаев Н.Р., Ганиев А.А.</i>	
ЛАПАРОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ.....	36
<i>Мусоев Т.Я., Аюбов Б.М., Эгамов У.М.</i>	
МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА.....	37
<i>Мусоев Т.Я., Ходжаев К.Ш., Хамдамов У.Р., Эгамов У.М.</i>	
МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ЭКСТРЕННОЙ ГЕРНИОЛОГИИ.....	38
<i>Назиров Ф.Г., Акбаров М.М., Девятов А.В., Нишанов М.Ш., Сайдазимов Е.М., Хакимов Ю.У.</i>	

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА.....	38
<i>Назиров Ф.Г., Акбаров М.М., Нишанов М.Ш., Сайдазимов Е.М.</i>	
ОСЛОЖНЕНИЯ И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЕКТОМИИ.....	39
<i>Назиров Ф.Г., Акбаров М.М., Нишанов М.Ш., Сайдазимов Е.М., Авезов А.М.</i>	
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ МИРИЗИ.....	40
<i>Назиров Ф.Г., Акбаров М.М., Омонов О.А., Саатов Р.Р., Каменев А.А.</i>	
ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ КЛАТСКИНА.....	41
<i>Назиров Ф.Г., Акбаров М.М., Саатов Р.Р., Туракулов У.Н., Струссский Л.П.</i>	
РОЛЬ И МЕСТО ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ЯТРОГЕННЫХ ТРАВМ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ И НАРУЖНЫХ ЖЕЛЧНЫХ СВИЩЕЙ.....	41
<i>Назиров Ф.Г., Акбаров М.М., Сайдазимов Е.М., Нишанов М.Ш., Хакимов Ю.У.</i>	
АНАЛИЗ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ АНАТОМИЧЕСКИХ РЕЗЕКЦИЯХ ПЕЧЕНИ.....	42
<i>Назиров Ф.Г., Акбаров М.М., Сайдазимов Е.М., Сирожитдинов К.К.</i>	
ОЦЕНКА МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ.....	43
<i>Назиров Ф.Г., Акбаров М.М., Струссский Л.П., Туракулов У.Н., Султанов А.И.</i>	
РЕНТГЕНЭНДОБИЛИАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ РУБЦОВЫХ СТРИКТУРАХ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ.....	43
<i>Назиров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Джуманиязов Д.А., Байбеков Р.Р., Хакимов Д.М.</i>	
ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ КОНТРОЛЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА ЭТАПАХ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ СИНДРОМА ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ.....	44
<i>Назиров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Джуманиязов Д.А., Нуритдинов У.С., Байбеков Р.Р., Салимов У.Р.</i>	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРОФИЛАКТИКЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.....	45
<i>Назиров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Раимов С.А., Салимов У.Р., Хакимов Д.М.</i>	
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ТОТАЛЬНОГО РАЗОБЩЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО КОЛЛЕКТОРА ПО МОДИФИЦИРОВАННОЙ МЕТОДИКЕ У ПАЦИЕНТОВ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.....	45
<i>Назиров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Султанов С.А., Раимов С.А., Байбеков Р.Р.</i>	
АНАЛИЗ БЛИЖАЙШИХ РЕЗУЛЬТАТОВ У БОЛЬНЫХ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПЕРЕНЕСШИХ ПОРТОСИСТЕМНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ.....	46
<i>Назиров Ф.Г., Девятов А.В., Ибадов Р.А., Бабаджанов А.Х., Ирматов С.Х., Байбеков Р.Р.</i>	
ПОКАЗАТЕЛИ ПОРТОПЕЧЁНОЧНОГО КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ФОНЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ.....	47
<i>Назиров Ф.Г., Девятов А.В., Ибадов Р.А., Бабаджанов А.Х., Ирматов С.Х., Султанов С.А.</i>	
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ШУНТИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ С ВАРИКОЗНЫМ РАСШИРЕНИЕМ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА И ОТЕЧНО-АСЦИТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.....	47
<i>Назиров Ф.Г., Хашимов Ш.Х., Махмудов У.М., Джуманиязов Ж.А., Садыков Н.С., Кабулов Т.М., Ташкенбаев Ф.Р.</i>	
БАЛЛОННЫЙ МЕТОД В ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ.....	48
<i>Назиров Ф.Г., Хашимов Ш.Х., Махмудов У.М., Садыков Н.С., Кабулов Т.М., Ташкенбаев Ф.Р.</i>	
ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПРОДОЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА (LAPAROSCOPIC SLEEVE GASTRECTOMY) В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ В УЗБЕКИСТАНЕ.....	49
<i>Назиров Ф.Г., Хашимов Ш.Х., Махмудов У.М., Садыков Н.С., Кабулов Т.М., Ташкенбаев Ф.Р.</i>	
ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ НЕФРЭКТОМИИУ ЖИВОГО РОДСТВЕННОГО ДОНОРА В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН.....	50
<i>Назиров Ф.Г., Хашимов Ш.Х., Махмудов У.М., Садыков Н.С., Кабулов Т.М., Ташкенбаев Ф.Р.</i>	
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ НАДПОЧЕЧНИКОВ.....	51
<i>Назирова Л.А., Низамходжаев З.М., Ибадов Р.А., Лигай Р.Е., Арифжанов А.Ш.</i>	
БРОНХОЛЕГОЧНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ЭКСТИРПАЦИИ ПИЩЕВОДА С ОДНОМОМЕНТНОЙ ГАСТРОЭЗОФАГОПЛАСТИКОЙ.....	52
<i>Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Омонов Р.Р., Цой А.О., Нигматуллин Э.И.</i>	
АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПИЩЕВОДНЫХ АНАСТОМОЗОВ ПРИ	

ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНЫМ РАКОМ.....	52
<i>Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Хаджибаев Ж.А., Цой А.О.</i>	
РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С ПОСТОЖОГОВЫМИ РУБЦОВЫМИ СТРИКТУРАМИ ПИЩЕВОДА	53
<i>Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Цой А.О., Музаффаров Ф.У., Омонов Р.Р.</i>	
СТРУКТУРА ОСЛОЖНЕНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РАКА.....	54
<i>Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Цой А.О., Хаджибаев Ж.А., Нигматуллин Э.И.</i>	
РЕЗУЛЬТАТЫ ПОВТОРНЫХ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ БОЛЕЗНЯХ ИСКУССТВЕННОГО ПИЩЕВОДА.....	55
<i>Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Шагазатов Д.Б., Цой А.О.</i>	
РЕЗУЛЬТАТЫ НОВОГО СПОСОБА ГАСТРОЭЗОФАГОПЛАСТИКИ В РЕКОНСТРУКТИВНО- ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ПИЩЕВОДА.....	56
<i>Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Шагазатов Д.Б., Цой А.О.</i>	
ГАСТРОЭЗОФАГОПЛАСТИКА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПРИ КАРДИОСПАЗМЕ И АХАЛАЗИИ КАРДИИ.....	57
<i>Низамходжаев З.М., Лигай Р.Е., Шагазатов Д.Б., Цой А.О., Хаджибаев Ж.А., Нигматуллин Э.И.</i>	
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ЭКСТИРПАЦИИ ПИЩЕВОДА С ГАСТРОЭЗОФАГОПЛАСТИКОЙ.....	57
<i>Нишинов Х.Т., Субхонкулов Р.И., Зиядуллаев Н.Э., Абдурахмонов Б.М.</i>	
ПУНКЦИОННО-ДРЕНАЖНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОДДИАФРАГМАЛЬНЫХ АБСЦЕССОВ И ПОЛОСТНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ.....	58
<i>Оразалиев Б.Х, Кабулов М.К, Оразалиев Г.Б., Кабулов Т.М.</i>	
СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ.....	59
<i>Петрашенко И.И., Паникова Т.Н.</i>	
НОВЫЕ ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ У БЕРЕМЕННЫХ	59
<i>Пулатов Д.Т., Хаджибаев Ф.А., Тилемисов С.О.</i>	
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПРИКРЫТЫХ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ.....	60
<i>Рузобеев С.А., Карабаев Х.К., Тагаев К.Р., Кенжемуратова К.С., Даминов Ф.А.</i>	
ИНТРААБДОМИНАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ КАК ГРОЗНЫЙ СИНДРОМ ПРИ ОСТРОМ РАСПРОСТРАНЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ.....	61
<i>Струссский Л.П., Лигай Р.Е., Омонов Р.Р., Джуманиязов Д.А.</i>	
ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ В ПАЛЛИАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПРИ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНЫХ СТАДИЯХ ОПУХОЛЕЙ КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ.....	62
<i>Струссский Л.П., Цой А.О., Омонов Р.Р., Джуманиязов Д.А., Нигматуллин Э.И.</i>	
АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНЫХ СТАДИЯХ КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РАКА.....	62
<i>Туйчиев А.М., Ахрапов Б.М., Расулов А.Ф., Самсаков Ф.Т., Ортиков А.Б.</i>	
РЕЛАПАРАТОМИЯ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ПЕРИТОНИТАХ.....	63
<i>Туйчиев Б.А., Ахрапов Б.М., Расулов А.Ф., Сирожитдинов У.К.</i>	
РОЛЬ ЛАПАРОСКОПИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА.....	64
<i>Турсунова М.У., Мемджанова А.Н., Махмудов Н.И.</i>	
МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭКССУДАТА ПРИ ПЕРИТОНИТЕ.....	64
<i>Тухтасинов М.А., Ахмедов К.Р., Жаханов Д.Ж., Холматов Х.Р.</i>	
ЭНДОСКОПИЯ ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА.....	65
<i>Умаров О.М., Расулов А.Ф., Султанов А.А., Сирожиддинов У.К.</i>	
ДИАГНОСТИКА ВНУТРЕННИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ТРАВМАХ ЖИВОТА.....	66
<i>Хаджибаев А.М., Янгиров Б.А., Хашимов М.А., Янгиров Р.А.</i>	
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ТАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ПИЩЕВОДА ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ.....	67
<i>Хаджибаев Ф.А., Гуломов Ф.К., Тилемисов С.О.</i>	
ПРОФИЛАКТИКА АБДОМИНАЛЬНОГО КОМПАРТМЕНТ-СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С УЩЕМЛЕННЫМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ.....	68
<i>Хаджибаев Ф.А., Тилемисов С.О., Хашимов М.А., Тилемисов Р.О.</i>	
ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА.....	68
<i>Хакимов М.Ш., Беркинов У.Б., Саттаров О.Т., Холматов Ш.Т.</i>	
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ	

ПУПОЧНЫХ ГРЫЖАХ.....	69
Хакимов М.Ш., Беркинов У.Б., Холматов Ш.Т., Саттаров О.Т.	
РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЕ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ УЩЕМЛЕННЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ.....	70
Ходжиматов Г.М., Мамадиев А.М., Хамдамов Х.Х., Касимов Н.А., Бобаев У.Н., Мамадиева М.С.	
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ.....	71
Шиленок В.Н., Зельдин Э.Я., Пух А.П.	
ОБТУРАЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ВЫЗВАННАЯ БЕЗОАРАМИ.....	72
Эгамов Ю.С., Худайбергенов П.К., Эгамов Б.Ю.	
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ПРОФЛАКТИКА СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ С ПЕРИТОНИТОМ В РЕЗУЛЬТАТЕ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ.....	73
Эргашев У.Ю., Исаков П.А., Сафаров Ф.А.	
РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МИНИДОСТУПОВ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА.....	74
Эргашев У.Ю., Эшниязов Ж.Н., Исаков П.А., Сафаров Ф.А.	
ТАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТУЧНЫХ БОЛЬНЫХ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ.....	75
Эргашев У.Ю., Эшниязов Д.Н., Сафаров Ф.А.	
МЕСТО ДВУХЭТАПНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ.....	76
Эргашев У.Ю., Юсупов М.Ш., Сафаров Ф.А.	
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ КРОВОТОЧАЩИХ ЯЗВ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ.....	77
Эргашев У.Ю., Юсупов М.Ш., Шохайдаров Ш.И.	
ВОЗМОЖНОСТИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ЧЕРЕСКОЖНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ХИРУРГИИ ПОЛОСТНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ.....	77
Юлдашев А.Х., Махмудов Н.И., Султанов А.А.	
ОПЕРЦИЯДАН КЕЙИНГИ ДАВРДА БЕМОРЛАРДА ЎПКА АСОРАТЛАРИНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ВА ДАВОЛАШДА РЕГИОНАЛ ЛИМФАТИК ТЕРАПИЯ.....	78

2. КАРДИОХИРУРГИЯ

Абдумаджидов Х.А., Буранов Х.Ж., Алимджанова Н.Ю., Хужакулов И.К., Ли В.Н., Мирходжаев И.И. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ТРЕХКЛАПАННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА.....	80
Абдумаджидов Х.А., Буранов Х.Ж., Хужакулов И.К., Мирходжаев И.И	
ВЫБОР ТАКТИКИ В ХИРУРГИИ МНОГОКЛАПАННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА С ИНФЕКЦИОННЫМ ЭНДОКАРДИТОМ	80
Абдумаджидов Х.А., Назирова Л.А., Буранов Х.Д., Мирходжаев И.И.	
КОРРЕКЦИЯ ТРИКУСПИДАЛЬНОГО ПОРОКА ПРИ МНОГОКЛАПАННОЙ ПАТОЛОГИИ СЕРДЦА.....	81
Абдумаджидов Х.А., Назирова Л.А., Мухиддинова Р.С., Буранов Х.Д., Мирходжаев И.И.	
ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ТРАНСПИЩЕВОДНАЯ ЭХОКАРДИОГРАФИЯ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ХИРУРГИИ МНОГОКЛАПАННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА.....	82
Абролов Х.К., Инагамов С.А.	
ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ АТРЕЗИИ ТРИКУСПИДАЛЬНОГО КЛАПАНА.....	83
Абролов Х.К., Алиев А.Б.	
НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КАВОПУЛЬМОНАЛЬНЫХ АНАСТОМОЗОВ ПРИ ФИЗИОЛОГИИ ЕДИНОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА И АНОМАЛИИ ЭБШТЕЙНА.....	83
Абролов Х.К., Алиев А.Б., Муродов У.А., Мирсаидов М.М.	
НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ АНЕВРИЗМЕ СИНУСА ВАЛЬСАЛЬВЫ И ВОСХОДЯЩЕГО ОТДЕЛА АОРТЫ.....	84
Абролов Х.К., Алиев А.Б., Муродов У.А., Мирсаидов М.М., Ахмедов М.Э., Инагамов С.А..	
РЕЗУЛЬТАТЫ АНАТОМИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРИ ДВОЙНОМ ОТХОЖДЕНИИ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ ОТ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА.....	85
Абролов Х.К., Алиев А.Б., Муродов У.А., Мирсаидов М.М., Пирназаров Ж.Т.	
АНАТОМИЧЕСКИЕ КОМПОНЕНТЫ АНЕВРИЗМ СИНУСА ВАЛЬСАЛЬВЫ	85
Абролов Х.К., Ибрагимов Н.Ш., Мирсаидов М.М., Акбархонов Б.К., Холмуратов А.А. ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ С АНОМАЛИЕЙ ЭБШТЕЙНА.....	86

<i>Алиев Ш.М., Илхомов О.Э., Пулатов Л.А.</i>	
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЮ СЕРДЦА, ОСЛОЖНЕННОЙ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.....	86
<i>Алиев Ш.М., Илхомов О.Э., Пулатов Л.А.</i>	
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С УМЕРЕННОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.....	87
<i>Алиев Ш.М., Илхомов О.Э., Пулатов Л.А., Мухтаров С.С.</i>	
ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРЫХ ТРОМБОЗАХ ИСКУССТВЕННЫХ КЛАПАНОВ СЕРДЦА.....	88
<i>Алиев Ш.М., Матанов Р.М., Пулатов Л.А., Шарапов Н.У.</i>	
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ КЛАПАНОВ СЕРДЦА И КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ.....	88
<i>Алиев Ш.М., Мухтаров С.С., Аманов А.А., Пулатов Л.А.</i>	
ПОВТОРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ХИРУРГИИ КЛАПАННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА.....	89
<i>Алиев Ш.М., Пулатов Л.А., Илхамов О.Э., Мухтаров С.С.</i>	
ВЫБОР ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПРОЛАПСЕ ЗАДНЕЙ МИТРАЛЬНОЙ СТВОРКИ.....	90
<i>Алиев Ш.М., Шарапов Н.У., Пулатов Л.А.</i>	
ВЫБОР ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПРОЛАПСЕ ПЕРЕДНЕЙ МИТРАЛЬНОЙ СТВОРКИ.....	90
<i>Ахмедов У.Б., Мансуров А.А., Халикулов Х.Г., Муртазаев С.С., Собиров Ф.К., Эгамбердиев Ш.И., Чернов Д.А.</i>	
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ГРУППЫ РИСКА С ПОСТИНФАРКТНОЙ АНЕВРИЗМОЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА, ОСЛОЖНЕННОЙ ТРОМБОЭНДОКАРДИТОМ.....	91
<i>Ахмедов У.Б., Мансуров А.А., Халикулов Х.Г., Муртазаев С.С., Чернов Д.А., Собиров Ф.К., Эгамбердиев Ш.И.</i>	
АУТОАРТЕРИАЛЬНАЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ МИОКАРДА БОЛЬНЫХ ИБС ГРУППЫ РИСКА.....	92
<i>Ахмедов У.Б., Мансуров А.А., Халикулов Х.Г., Муртазаев С.С., Эгамбердиев Ш.И., Собиров Ф.К., Чернов Д.А.</i>	
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ГРУППЫ РИСКА С АНЕВРИЗМОЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА.....	92
<i>Буранов Х.Ж., Абдулмаджидов Х.А., Алимджанова Н.Ю., Хужакулов И.К., Ли В.Н.</i>	
ХИРУРГИЯ СОЧЕТАННОГО ЭХИНОКОККОЗА СЕРДЦА	93
<i>Зуфаров М.М., Ахмедов Х.А., Исакдаров Ф.А., Бабаджанов С.А.</i>	
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С РАННЕЙ ПОСТИНФАРКТНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ.....	93
<i>Зуфаров М.М., Бабаджанов С.А., Им В.М.</i>	
СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ ВЕРХУШКИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА И МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ У БОЛЬНЫХ С ПОЛНОЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДОЙ.....	94
<i>Зуфаров М.М., Бабаджанов С.А., Им В.М.</i>	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И РАДИОЧАСТОТНОЙ КАТЕТЕРНОЙ АБЛАЦИИ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНЫХ ТАХИКАРДИЙ.....	95
<i>Зуфаров М.М., Исакдаров Ф.А., Журалиев М.Ж., Ахмедова Д.Ш.</i>	
РЕЗУЛЬТАТЫ БАЛЛОННОЙ МИТРАЛЬНОЙ ВАЛЬВУЛОПЛАСТИКИ У БЕРЕМЕННЫХ.....	96
<i>Зуфаров М.М., Исакдаров Ф.А., Махкамов Н.К., Журалиев М.Ж.</i>	
ТРАНСКАТЕТЕРНОЕ ЗАКРЫТИЕ ДЕФЕКТОВ МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ С ПОМОЩЬЮ ОККЛЮДЕРОВ.....	96
<i>Зуфаров М.М., Махмудова М.М.</i>	
ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ ИБС.....	97
<i>Исакдаров Ф.А., Журалиев М.Ж.</i>	
ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЭТАПНОМ ЛЕЧЕНИИ ЦИАНОТИЧЕСКИХ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА.....	98
<i>Lazorishinets V.V., Abrolov Kh.K., Karimov Kh.O.</i>	
SURGICAL RESULTS IN PATIENTS WITH DOUBLE-OUTLET RIGHT VENTRICLE WITH NON-COMMITTED VENTRICULAR SEPTAL DEFECT: A 25-YEAR EXPERIENCE.....	98
<i>Лазоришинец В.В., Абралов Х.К., Каримов О.Х., Еришова Е.Б.</i>	
РОЛЬ ЭХОКАРДИОГРАФИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДВОЙНОГО ОТХОЖДЕНИЯ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ ОТ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ТЕТРАДНОГО ТИПА.....	99

<i>Лазоришинец В.В., Абрагалов Х.К., Каримов О.Х., Сиромаха С.О.</i>	
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДВОЙНОГО ОТХОЖДЕНИЯ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ ОТ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ТЕТРАДНОГО ТИПА (ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА).....	100
<i>Мансуров А.А., Ахмедов У.Б., Халикулов Х.Г., Муртазаев С.С., Эгамбердиев Ш.И., Собиров Ф.К., Чернов Д.А.</i>	
КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ ЧЕРЕЗ МИНИСТЕРНОТОМИЮ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.....	101
<i>Муртазаев С.С., Мансуров А.А., Ахмедов У.Б., Халикулов Х.Г., Собиров Ф.К., Эгамбердиев Ш.И., Чернов Д.А.</i>	
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИБС ПРИ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ.....	101
<i>Муртазаев С.С., Мансуров А.А., Халикулов Х.Г., Собиров Ф.К.</i>	
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ИБС В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА ИНВАЗИВНЫМИ МЕТОДАМИ.....	102
<i>Назаров Н.Н., Гафуров З.К., Сиддиков М.П., Меликузинев Э.Б., Косимов Ф.П., Убайдуллаев Ф.К.</i>	
ТОРАКОСКОПИЯ КАК ВЫБОР ДИАГНОСТИЧЕСКОГО СТАНДАРТА РАНЕНИЙ СЕРДЦА.....	103
<i>Обейд М.А., Абдурахманов А.А., Машрапов О.А., Рахимов Н.М.</i>	
ПОСТПЕРИКАРДИОТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ.....	104
<i>Обейд М.А., Абдурахманов А.А., Машрапов О.А., Рахимов Н.М.</i>	
РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИЙ АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С МНОГОСОСУДИСТЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНОГО РУСЛА	105
<i>Обейд М.А., Абдурахманов А.А., Машрапов О.А., Султанов Н.М.</i>	
РЕЗУЛЬТАТЫ ОДНОМОМЕНТНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ СОЧЕТАННОМ ПОРАЖЕНИИ КАРТИДНОГО И КОРОНАРНОГО РУСЛА.....	105
<i>Ошакбаев А.А., Тулеутаев Р.М., Енин Е.А.</i>	
ЭХИНОКОККОЗ СЕРДЦА. МЕТОДЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО И ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ.....	106
<i>Раимжанов А.А., Ахмадалиев Б.К., Махмудов Н.И.</i>	
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА.....	107
<i>Рахимиев Ш.У., Бекчанов Х.Н.</i>	
ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНИХ ПРИ ОТКРЫТЫХ ТРАВМАХ СЕРДЦА.....	108
<i>Тулеутаев Р.М., Ибрагимов Т.Ю., Енин Е.А., Садыкова Р.Ж.</i>	
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОБСТРУКТИВНОЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ.....	108
<i>Тулеутаев Р.М., Ошакбаев А.А.</i>	
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИЗОЛИРОВАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ. ПЕРВЫЙ ОПЫТ В КАЗАХСТАНЕ.....	109
<i>Тулеутаев Р.М., Сагатов И.Е., Имаммырзаев У.Е.</i>	
РЕЗУЛЬТАТЫ КЛАПАНОСОХРАНЯЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА	109
<i>Халикулов Х.Г., Мансуров А.А., Ахмедов У.Б., Муртазаев С.С., Егамбердиев Ш.И., Собиров Ф.К., Чернов Д.А.</i>	
КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ БОЛЬНЫХ ВЫСОКОГО РИСКА	110
<i>Халикулов Х.Г., Мансуров А.А., Муртазаев С.С., Собиров Ф.К., Чернов Д.А.</i>	
ГИБРИДНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ИБС ХИРУРГИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ.....	111
<i>Шарипов И.М.</i>	
О БЕЗОПАСНОСТИ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ У БОЛЬНЫХ С СИСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЖ.....	111
<i>Шарипов И.М., Ярбеков Р.Р., Омонов С.Х., Вахидов Т.З.</i>	
РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ МИОКАРДА НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ У БОЛЬНЫХ С EUROSCORE > 5.....	112
<i>Юлдашев Н.П., Каримов Б.Х., Юлдашев Б.А., Атамуратов Б.Р.</i>	
НАШ ОПЫТ ТРАНСКАТЕТЕРНОГО ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТА У БОЛЬНЫХ С ДЕФЕКТОМ МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ	113

3. СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ

<i>Абдурахманов М.М., Жумаева Н.Х., Дустова Н.К., Холиков Ф.Ю.</i>	
УЛЬТРАЗВУКОВОЙ МОНИТОРИНГ ПРИ ФЛЕБОТРОПНОЙ И КОМПРЕССИОННОЙ ТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН С ВАРИКОЗНЫМ РАСШИРЕНИЕМ ВЕН МАЛОГО ТАЗА.....	114
<i>Абдурахманов М.М., Мусаев Т.Я., Умаров Б.Я.</i>	
ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.....	115
<i>Абдурахманов М.М., Мусаев Т.Я., Умаров Б.Я., Дустова Н.</i>	
МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН МАЛОГО ТАЗА.....	116
<i>Абдурахманов М.М., Мусаев Т.Я., Умаров Б.Я., Сафаров С.С., Жумаева Н.Х.</i>	
УЛЬТРАЗВУКОВОЙ МОНИТОРИНГ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ТРОМБОЗОВ ГЛУБОКИХ ВЕН.....	117
<i>Абдурахманов М.М., Сафаров С.С., Холиков Ф.Ю.</i>	
МОНОТЕРАПИЯ НОВЫМ ОРАЛЬНЫМ АНТИКОАГУЛЯНТОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН.....	118
<i>Абдурахманов А.А., Обейд М.А., Машрапов О.А., Рахимов Н.М., Ганиев У.Ш., Полвонов А.А.</i>	
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АНЕВРИЗМОЙ АОРТЫ В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕННОГО ЦЕНТРА.....	118
<i>Абролов Х.К., Муротов У.А., Алимов А.Б., Мирсаидов М.М., Кобилжонов Б.Х.</i>	
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНЕВРИЗМ ВОСХОДЯЩЕГО ОТДЕЛА И ДУГИ АОРТЫ.....	119
<i>Асатов Ф.Ш., Суюмов А.С.</i>	
АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОРАЖЕНИЕМ ВЕТВЕЙ ДУГИ АОРТЫ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ АОРТОАРТЕРИИТЕ.....	119
<i>Баймаков С.Р., Суюмов А.С., Асатов Ф.Ш.</i>	
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТРАВМАМИ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ.....	120
<i>Бахритдинов Ф.Ш., Маткаримов З.Т., Рузибакиева М.Р., Арипова Т.У.</i>	
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА В И С У РЕЦИПИЕНТОВ ПОЧЕЧНОГО ТРАНСПЛАНТА.....	121
<i>Бахритдинов Ф.Ш., Собиров Ж.Г., Сафаров А.</i>	
ВЫБОР ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ВЕТВЕЙ ДУГИ АОРТЫ.....	121
<i>Бахритдинов Ф.Ш., Собиров Ж.Г., Сафаров А.</i>	
ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ПОРАЖЕНИЙ АРТЕРИАЛЬНЫХ БАССЕЙНОВ ПРИ СОЧЕТАННОМ ПОРАЖЕНИИ ВЕТВЕЙ ДУГИ АОРТЫ И АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.....	122
<i>Бахритдинов Ф.Ш., Собиров Ж.Г., Сафаров А.</i>	
АНГИОСЕМИОТИКА ПОРАЖЕНИЙ ВЕТВЕЙ ДУГИ АОРТЫ У БОЛЬНЫХ С МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ.....	123
<i>Бахритдинов Ф.Ш., Собиров Ж.Г., Сафаров А., Нурмухамедов М.Р.</i>	
РЕЗУЛЬТАТЫ ОДНОМОМЕНТНЫХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ВЕТВЕЙ ДУГИ АОРТЫ И АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.....	124
<i>Бахритдинов Ф.Ш., Суюмов А.С., Асатов Ф.Ш., Узокова С.Г., Нурмухамедов М.Р.</i>	
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ВИЗУАЛИЗАЦИИ ПОРАЖЕНИЙ АОРТЫ И ЕЁ ВЕТВЕЙ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИИТОМ ТАКАЯСУ	125
<i>Джумабаев Э.С., Джумабаева С.Э., Сайдходжаева Д.Г., Михайлевич И.Э., Назаров Н.Н.</i>	
ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДОВ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ХИРУРГИИ.....	126
<i>Зуфаров М.М., Искандаров Ф.А., Шерматов М.М., Махкамов Н.К.</i>	
РЕЗУЛЬТАТЫ РЕНТГЕН-ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ПОРАЖЕНИИ АРТЕРИЙ ГОЛЕНИ У БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.....	126
<i>Зуфаров М.М., Махкамов Н.К., Бабаджанов С.А., Искандаров Ф.А.</i>	
АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОРАЖЕНИЯМИ КОРОНАРНЫХ И КАРОТИДНЫХ СОСУДОВ ПРИ МУЛЬТИФОКАЛЬНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ	127
<i>Икрамов А.И., Джсураева Н.М., Абдукадыров Д.А., Пирназаров М.М.</i>	
РОЛЬ МСКТ-АНГИОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ПРОГНОЗИРОВАНИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ ДУГИ АОРТЫ И ЕЕ ВЕТВЕЙ.....	128
<i>Икрамов А.И., Джсураева Н.М., Бахритдинов Ф.Ш., Зулина Т.А., Амирхамзаев О.Т.</i>	

АНЕВРИЗМА АОРТЫ: РОЛЬ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ПЛАНИРОВАНИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ.....	129
Каюмходжаев А.А., Аблоханов Л.Б., Гуламов А.Б., Расулов Ж.Д.	
ПЛАСТИКА ОБШИРНЫХ СКВОЗНЫХ ДЕФЕКТОВ ОКОЛОГЛАЗНИЧНО-СКУЛОВОЙ ОБЛАСТИ.....	130
Махмудов Х.А., Аббосхонов Г.Х., Жалолов Х.А., Эминов Б.Ж.	
ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ЦЕНТРАЛЬНЫХ ВЕН.....	130
Муминов Ш.М., Асамов Р.Э., Шукуров Б.И., Йулдошев А.Х.	
ПРИМЕНЕНИЕ КАВА-ФИЛЬТРОВ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ.....	131
Мурадов М.И., Мухамеджерим К.Б., Байгузева А.А., Казантаев К.Е., Кошкарбаев Д.Ж.	
ДВУХЭТАПНАЯ АУТОСУХОЖИЛЬНАЯ ПЛАСТИКА СУХОЖИЛИЙ СГИБАТЕЛЕЙ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОКСИМАЛЬНОГО ПРЕВЕНТИВНОГО СУХОЖИЛЬНОГО АНАСТОМОЗА.....	131
Мусоев Т.Я., Хамдамов У.Р., Ходжаев К.Ш., Аюбов Б.М., Хайдаров Ф.Н.	
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ.....	132
Мусоев Т.Я., Хамдамов У.Р., Ходжаев К.Ш., Хайдаров Ф.Н.	
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ТРОМБОФЛЕБИТА ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ.....	133
Назиров Ф.Г., Бахритдинов Ф.Ш., Ибадов Р.А., Суюмов А.С., Маткаримов З.Т.	
РЕЗУЛЬТАТЫ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН.....	133
Расулов Ж.Д., Аблоханов Л.Б.	
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОКАЗАНИЙ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ ВАРИКОЦЕЛЕ.....	135
Расулов Ж.Д., Низамходжаев Ш.З.	
ЗАКРЫТИЕ ТОТАЛЬНОГО СКВОЗНОГО ДЕФЕКТА МЯГКИХ ТКАНЕЙ НОСА.....	136
Умаров О.М., Юлдашев А.А., Усманов Б.С., Махмудов Н.И., Дадабаев Х.Р.	
БҮЙИН МАГИСТРАЛ ҚОН-ТОМИРЛАРИ ШИКАСТЛАРИДА ХИРУРГИК ДАВО ТАДБИРЛАРИ.....	136
Усманов Б.С., Юлдашев А.А., Исмаилов Ж.Т.	
ОКАЗАНИЕ УРГЕНТНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ТЯЖЕЛЫМИ ТРАВМАМИ ПЕРВОГО ПАЛЬЦА КИСТИ.....	137
Усманов Б.С., Юлдашев А.А., Махмудов Н.И., Султанов А.А.	
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЭПИЗОДАМИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ.....	138
Хамдамов У.Р., Мусоев Т.Я., Ганиев А.А., Кенжасев Л.Р.	
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ЭМБОЛИЯМИ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ СЕРДЦА.....	139
Хамдамов У.Р., Мусоев Т.Я., Жумаева Н.Х., Мухидов У.Р.	
ДИАГНОСТИКА ТРОМБОЗОВ МАГИСТРАЛЬНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.....	140
Хамдамов У.Р., Мусоев Т.Я., Чулиев А.Т., Саидов С.С.	
МУЛЬТИСПИРАЛЬНАЯ КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКАЯ АНГИОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ БРЮШНОЙ АОРТЫ И АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.....	140
Хомиджонов И.Б., Юлдашев А.А., Усманов Б.С., Махмудов Н.И.	
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА.....	141
Shakirov B.M., Karabaev H.K., Tagaev K.R., Hakimov E.A., Nekbaev H.S., Karabaev G.S.	
TROPHIC ULCERS AND SOME SURGICAL TREATMENT OF THE FOOT.....	141
Юлдашев А.А., Дадабаев Х.Р., Усманов Б.С., Махмудов Н.И.	
ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РАННИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ РЕПЛАНТАЦИЙ КРУПНЫХ СЕГМЕНТОВ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ.....	142
Юлдашев А.А., Усманов Б.С., Махмудов Н.И.	
КАТТА ТЕРИ ОСТИ ВЕНАСИНИНГ ЮҶОРИГА ҚЎТАРИЛУВЧИ ТРОМБОФЛЕБИЛЛАРИДА ЎПКА АРТЕРИЯСИ ТРОМБОЭМБОЛИЯСИНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШДА ЖАРРОҲЛИК ТАКТИКАСИ.....	143
Юлдашев Н.П., Каримов Б.Х., Юлдашев Б.А., Атамуратов Б.Р.	
ОПЫТ СТЕНТИРОВАНИЯ СОННЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С СИМПТОМНЫМИ СТЕНОЗАМИ.....	144

4. ТОРАКАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

<i>Ирисов О.Т., Худайбергенов Ш.Н., Эшонходжаев О.Ж., Турсунов Н.Т., Миролимов М.М.</i>	
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ВНУТРИПЛЕВРАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ЛЕГКИХ И ОРГАНАХ СРЕДОСТЕНИЯ.....	146
<i>Ирисов О.Т., Худайбергенов Ш.Н., Эшонходжаев О.Д., Турсунов Н.Т., Миролимов М.М.</i>	
РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВНУТРИПЛЕВРАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ.....	147
<i>Карабаев Х.К., Кулиев Й.У., Арзиев Ш.Н., Тагаев К.Р.</i>	
НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С "РЕБЕРНЫМ КЛАПАНОМ" ПРИ ПОЛИТРАВМЕ ГРУДИ.....	148
<i>Назаров Н.Н., Гафуров З.К., Касимов Ф.П., Меликузиеv Э.Б., Убайдуллаев Ф.К.</i>	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТОРАКОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ РАЗРЫВОВ ДИАФРАГМЫ.....	148
<i>Назаров Н.Н., Гафуров З.К., Махмудов А.Б., Косимов Ф.П., Хабибуллаев Х.А.</i>	
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ДВУСТОРОННЕМ ЭХИНОКОККОЗЕ ЛЕГКИХ.....	150
<i>Назаров Н.Н., Гафуров З.К., Махмудов А.Б., Косимов Ф.П., Хабибуллаев Х.А.</i>	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ СПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ БРОНХОЭКТАЗОВ ЛЕГКОГО.....	150
<i>Назаров Н.Н., Гафуров З.К., Усманов А.К., Меликузиеv Э.Б., Косимов Ф.П., Махмудов А.Б., Убайдуллаев Ф.К.</i>	
ЛЕЧЕБНЫЕ СТАНДАРТЫ ПРИ ТРАВМАХ ГРУДИ В УСЛОВИЯХ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ.....	151
<i>Назаров Н.Н., Джумабаев Э.С., Гафуров З.К., Махмудов А., Хабибуллаев Х.А.</i>	
КОМБИНИРОВАННЫЙ МЕТОД УШИВАНИЯ КУЛЬТИ БРОНХА ПОСЛЕ УДАЛЕНИЕ ЛЕГКОГО ИЛИ ЕГО ДОЛИ.....	153
<i>Нишонов Х.Т., Зиядуллаев Н.Э.</i>	
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЗАКРЫТЫХ ТРАВМАХ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЫ.....	153
<i>Рахимий Ш.У., Бекчанов Х.Н.</i>	
ПРЕИМУЩЕСТВО ВИДЕОТОРАКОСКОПИИ ПРИ ПОЛИТРАВМАХ ПРЕВАЛИРУЮЩИМИ ТЯЖЕЛЫМИ ТРАВМАМИ ГРУДИ.....	155
<i>Хаджибаев А.М., Рахманов Р.О., Янгиев Б.А.</i>	
ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ТРАВМЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ.....	155
<i>Худайбергенов Ш.Н., Ирисов О.Т., Эшонходжаев О.Д., Хаялиев Р.Я., Абдусаломов С.А., Эгамов Ф.И.</i>	
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИГАНТСКИХ И ЗАГРУДИННО РАСПОЛОЖЕННЫХ ФОРМ ЗОБА.....	156
<i>Худайбергенов Ш.Н., Ирисов О.Т., Эшонходжаев О.Д., Хаялиев Р. Я., Миролимов М.М.</i>	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ.....	157
<i>Худайбергенов Ш.Н., Каюмходжаев А.А., Эшонходжаев О.Д., Пахомов Г.Л., Турсунов Н.Т., Хаялиев Р.Я., Мирзаев Х.А.</i>	
РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ УСОВЕРШЕНСТВОВАННЫХ МЕТОДОВ ПЛАСТИКИ ОБШИРНЫХ ДЕФЕКТОВ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ТРАХЕИ И МЯГКИХ ТКАНЕЙ ШЕИ ПОСЛЕ ЛАРИНГОТРАХЕОСТОМИИ ПО ПОВОДУ РУБЦОВЫХ СТЕНОЗОВ ТРАХЕИ.....	158
<i>Худайбергенов Ш.Н., Хаялиев Р.Я., Рихсиеv З.Г.</i>	
АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЛЕГОЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ.....	159
<i>Hidaybergenov Sh.N., Hayaliev R.Y., Eshonhodzhaev O.D., Amanov B.B., Miralimov M.M.</i>	
PLASTIC SURGERY OF EXTENSIVE DEFECTS OF THE ANTERIOR WALL OF THE TRACHEA AND NECK SOFT TISSUES AFTER LARYNGO-TRACHEOSTOMY.....	160
<i>Худайбергенов Ш.Н., Эшонходжаев О.Д., Турсунов Н.Т., Хаялиев Р.Я., Абдусаломов С.А., Миролимов М.М.</i>	
РЕЗЕКЦИОННЫЕ И РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ТРАХЕОГОРТАННЫХ, ПРОТЯЖЕННЫХ И МУЛЬТИФОКАЛЬНЫХ РУБЦОВЫХ СТЕНОЗАХ ТРАХЕИ.....	160
<i>Эшонходжаев О.Д., Худайбергенов Ш.Н., Джусраева Н.М., Турсунов Н.Т.</i>	
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ДАННЫХ МСКТ, БРОНХОСКОПИИ И ИНТРАОПЕРАЦИОННЫХ ПАРАМЕТРОВ СУЖЕНИЯ В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ РУБЦОВЫХ СТЕНОЗОВ ТРАХЕИ.....	161

5. АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ

<i>Абдуллаева Х.Н., Борисова К.Б., Бутова К.А., Ли В.В., Назаров К.Ш., Аблялимов И.Т.</i>	
ПРИМЕНЕНИЕ ТАР-БЛОКА С УЗ-НАВИГАЦИЕЙ ДЛЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ.....	163
<i>Аблаева Э.А., Стрижков Н.А., Ибадов Р.А.</i>	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РАСТВОРА "ФАРГАЛС" В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЭРОЗИВНО-ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ.....	164
<i>Аблялимов И.Т., Назаров К.Ш., Камбаров У.О.</i>	
ПРИМЕНЕНИЕ ПРОЛОНГИРОВАННОЙ ИНТРАПЛЕВРАЛЬНОЙ БЛОКАДЫ БОЛЬНЫМ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ОРГАНАХ ГРУДНОЙ ПОЛОСТИ.....	164
<i>Аззамходжаев Т.С., Салиходжаев Ш.Н., Исмаилова М.У., Талипов М.Г.</i>	
ВЛИЯНИЕ ВАРИАНТОВ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ И ОПЕРАЦИОННОГО СТРЕССА НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ.....	165
<i>Аззамходжаев Т.С., Юсупов А.С., Файзиев О.Я., Маматкулов И.А.</i>	
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ДЕТЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ АБДОМИНАЛЬНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА	166
<i>Аззамходжаев Т.С., Юсупов А.С., Файзиев О.Я., Маматкулов И.А.</i>	
ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ В УСЛОВИЯХ КОМБИНИРОВАННОЙ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ИЗ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ.....	167
<i>Ibragimov S.Kh., Ibadov R.A.</i>	
RESPIRATORY SUPPORT AND INTENSIVE THERAPY OF PATIENTS WITH ACUTE PANCREATITIS- ASSOCIATED ACUTE LUNG INJURY.....	167
<i>Исламбекова Ш.А., Хайдаров А.Э., Мансуров А.А., Мамасиддиков С.М., Халилов Ш.Ж.</i>	
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КРИСТАЛЛОИДНОЙ КАРДИОПЛЕГИИ DEL NIDO ВЗРОСЛЫМ БОЛЬНЫМ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ НА СЕРДЦЕ В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ.....	168
<i>Назирова Л.А., Буря Б.П., Бутова Е.А., Эшонходжаев О.Д.</i>	
ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ И ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РУБЦОВЫХ СТЕНОЗОВ ТРАХЕИ.....	169
<i>Назирова Л.А., Ли В.В., Ким Л.Р., Сайдназаров А.М.</i>	
УЛЬТРАЗВУК-АССИСТИРОВАННАЯ КАТЕТЕРИЗАЦИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ВЕН У ПАЦИЕНТОВ С ТРУДНЫМ СОСУДИСТЫМ ДОСТУПОМ.....	170
<i>Назирова Л.А., Ли В.Н., Хайдаров А.Э., Суванов А.О., Галяутдинов А.Ф., Эшонов А.А.</i>	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ FAST ПРОТОКОЛА В УСЛОВИЯХ КАРДИОРЕАНИМАЦИИ	171
<i>Назирова Л.А., Ли В.Н., Хайдаров А.Э., Суванов А.О., Галяутдинов А.Ф., Эшонов А.А.</i>	
ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ СОНОГРАФИЧЕСКОГО BLUE ПРОТОКОЛА.....	172
<i>Назирова Л.А., Мухидинова Р.С., Ли В.Н., Фаязов Д.Т., Суванова А.О., Каримова А.А., Ли В.В.</i>	
ПРИМЕНЕНИЕ ЧРЕЗПИЩЕВОДНОГО ЭХОКАДИОГРАФИЧЕСКОГО ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО МОНИТОРИНГА ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА МИТРАЛЬНОМ КЛАПАНЕ.....	173
<i>Назирова Л.А., Хон К.М., Фаязов Д.Т., Абдуллаева Х.Н.</i>	
АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫМ МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РУКАВНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА.....	174
<i>Реймазарова З.Ж., Фаязов Д.Т., Ли В.В.</i>	
ПЕРИОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА СОННЫХ АРТЕРИЯХ В УСЛОВИЯХ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ БЛОКАДЫ.....	175
<i>Садыкова Н.А., Ибадов Р.А.</i>	
КОРРЕКЦИЯ ВОЛЕМИЧЕСКОГО СТАТУСА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА КЛАПАНАХ СЕРДЦА.....	176
<i>Сайдханов Б.А., Ибадов Р.А., Азимова М.Т., Халиков Х.Г.</i>	
ГИБРИДНАЯ МЕТОДИКА ПЛАЗМАФЕРЕЗА У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ПОЛИОРГАННОЙ НEDОСТАТОЧНОСТИ.....	177
<i>Хон К.М., Абдуллаева Х.Н., Фаязов Д.Т.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ БОЛЬНЫХ МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РУКАВНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА.....	177

6. РАЗНОЕ

<i>Байбеков И.М.</i>	
ВЛИЯНИЕ ФОТОТЕРАПИИ НА ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С БИОТКАНЯМИ ИСКУССТВЕННЫХ МАТЕРИАЛОВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ В ХИРУГИИ.....	179
<i>Ibadov B.K., Butaev A.Kh.</i>	
INFLUENCE OF LASER AND LED IRRADIATION ON INTERACTION OF ETHIBOND SUTURES WITH TISSUES OF THE WOUNDS.....	180
<i>Исмаилов Б.А., Садыков Р.А.</i>	
ПРИМЕНЕНИЕ НОВОГО ГЕМОСТАТИЧЕСКОГО ИМПЛАНТА ГЕПРОЦЕЛ.НА РАЗЛИЧНЫХ ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ.....	180
<i>Мардонос Ж.</i>	
ТҮҚИМА ЖАРОХАТЛАРИДА ҚҮЛЛАНИЛАДИГАН PROLENE ИПЛАРИ ТАЪСИРИДА ЖАРОХАТ ТҮҚИМАЛАРИДА КУЗАТИЛАДИГАН ЎЗГАРИШЛАРГА ЛАЗЕР ВА ЁРУГЛИК ДИОДЛИ (LED) НУРЛАНТИРИШЛАРНИНГ ТАЪСИРИ.....	181
<i>Сайдханов Б.А., Махмудов К.О., Далимов Д.Н., Алиев М.М., Матчанов О.Д.</i>	
ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕМОСТАТИЧЕСКОЙ ПЛЕНКИ "ГЛИЛАГИЛ" ПРИ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ	182
<i>Туйчиев Б.А., Махмудов Н.И., Хожиев Х.М.</i>	
ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ПРАКТИКЕ ЭКСТРЕННОГО ЦЕНТРА.....	182
<i>Умаров О.М., Сирохиддинов У.К., Ахтаров Б.М.</i>	
ПРИМЕНЕНИЕ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ.....	183
<i>Уразметова М.Д., Хаджисаев Ф.А., Мирзакулов А.Г.</i>	
ПРИМЕНЕНИЕ ЭМБРИОНАЛЬНЫХ ГЕПАТОЦИТОВ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.....	184
<i>Усманов Б.С., Махмудов Н.И., Исмаилов Ж.Т., Дадабоев Х.Р.</i>	
О ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОГНЕСТРЕЛЬНЫМИ РАНЕНИЯМИ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.....	184
<i>Усманов Б.С., Махмудов Н.И., Камбаров Б.С.</i>	
ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ КОСТНО-СОСУДИСТОЙ ТРАВМЫ ГОЛЕНИ.....	185
<i>Хайбуллина З.Р., Садыков Р.А., Азимова М.Т., Ахмеджанова Л.М.</i>	
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОЛИМЕРНЫХ ПОДЛОЖЕК ИЗ ХЛОПКОВОЙ И МОДИФИЦИРОВАННОЙ ЦЕЛЛЮЛОЗЫ КАК ПОТЕНЦИАЛЬНЫХ ФИЛЬТРОВ ДЛЯ СОРБЦИОННЫХ СИСТЕМ	186
<i>Khaybullina Z.R., Sadykov R.A., Azimova M.T., Kim O., Li Yu.B., Ahmedzhanova L.M.</i>	
COTTON CELLULOSE AND ITS DERIVATES AS POTENTIAL FILTERS FOR SYSTEMS OF EXTRACORPOREAL DETOXICATION	187

ПАМЯТНЫЕ ДАТЫ

АГЗАМХОДЖАЕВ САИДМАРУФ САИДМАХМУДОВИЧ (к 100-летию со дня рождения).....	189
--------------------------------------------------------------------------	-----

ЮБИЛЕИ

АСРАРОВ АСКАРХОН АСРАРОВИЧ (к 70-летию со дня рождения).....	190
АХМЕДОВ ЮСУФЖОН МАХМУДОВИЧ (к 60-летию со дня рождения).....	191