

Колопроктология и Эндоскопическая хирургия в Узбекистане

**Coloproctology and
Endoscopic
Surgery in Uzbekistan**

Научно-практический журнал

1|2022



ЭЛЕКТРОННЫЙ ЖУРНАЛ
**«Колопроктология и
эндоскопическая хирургия
в Узбекистане»**

Выпуск №1. (июль, 2022)

Журнал «Колопроктология и эндоскопическая хирургия Узбекистана» издается с 2022 года.

Выходит один раз в три месяца. Основан в 2022 году

Официальное название периодического издания: «Колопроктология и эндоскопическая хирургия Узбекистана», журнал прошел регистрацию в Агентстве информации и массовых коммуникаций при Администрации Президента Республики Узбекистан. №1582. 18.04.2022 год.

Цель издания журнала: Усовершенствование принципов диагностики и лечения болезней желудочно-кишечного тракта. Широкое освещение применяемых хирургических и других методов лечения среди специалистов, рекомендации по внедрению инновационных методов хирургического лечения в практику, а также непосредственный вклад в прогрессивное развитие хирургии Узбекистана.

Учредители и партнеры журнала: Андижанский государственный медицинский институт, ООО «I-EDU GROUP» и СП «GOODOCTOR»

Адрес редакции:

Почтовый адрес для корреспонденции: 170100, г. Андижан, ул. Ю. Отабекова, дом 1.

Телефон редакции: +998 (90) 253-92-20

Web-sayt: www.coloproc.uz

E-mail: egamovlar@mail.ru

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Главный редактор –Эгамов Ю.С., д.м.н., профессор, (Андижан, Узбекистан)
Зам главный редактор - Мадазимов М.М. - д.м.н., профессор, (Андижан, Узбекистан)
Ответственный секретарь - Салиев Г.З., (Андижан, Узбекистан)
Акбаров М.М. - д.м.н., профессор (Ташкент, Узбекистан)
Арванд Кумар - профессор (Индия)
Аюпов Р.Т. - к.м.н., доцент, (УФА, Россия)
Батиров А.К. - д.м.н. (Андижан, Узбекистан)
Емелянов С.И. - д.м.н., профессор (Москва, Россия)
Имрон Аббас - профессор (Дубай)
Карачун А.М. - д.м.н. (Санкт-Петербург, Россия)
Наврузов С.Н. - д.м.н., профессор (Ташкент, Узбекистан)
Оспанов О.Б. - д.м.н., профессор (Казахстан)
Петров Л.О. - д.м.н. (Москва, Россия)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Абдуллажонов Б.Р. - д.м.н., доцент (Андижан, Узбекистан)
Азимов С.А. - к.м.н., (Самарканд, Узбекистан)
Косимов А. Л. - д.м.н., профессор (Андижан, Узбекистан)
Феоктистов Д.В. - к.м.н., доцент (УФА, Россия)
Ферсов А.Б. - д.м.н., профессор (Нурсултан, Казахстан)
Ходжиев Д.Ш. - д.м.н., профессор (Ургенч, Узбекистан)
Ходжиматов Г.М. - д.м.н., профессор (Андижан, Узбекистан)

EDITORIAL BOARD:

Editor in Chief - Egamov Y.S., MD, Professor, (Andijan, Uzbekistan)
Deputy Chief editor - Madazimov M.M. - MD, Professor (Andijan, Uzbekistan)
Executive secretary - Saliev G.Z., (Andijan, Uzbekistan)
Akbarov M.M. - MD, professor (Tashkent, Uzbekistan)
Arvend Kumar - professor (India)
Ayupov R.T. - c.m.s., associate professor (UFA, Russia)
Batirov A.K. – MD, (Andijan, Uzbekistan)
Emelyanov S.I. - MD, professor (Moscow, Russia)
Imron Abbas - Professor (Dubai)
Karachun A.M. - MD, (Saint Petersburg, Russia)
Navruzov S.N. - MD, Professor (Tashkent, Uzbekistan)
Ospanov O.B. - MD, Professor (Kazakhstan)
Petrov L.O. - MD, (Moscow, Russia)

EDITORIAL COUNCIL:

Abdullajonov B.R. - MD, Associate Professor (Andijan, Uzbekistan)
Azimov S.A. - MD, (Samarkand, Uzbekistan)
Kosimov A. L. - MD, Professor (Andijan, Uzbekistan)
Feoktistov D.V. – c.m.s., Associate Professor (UFA, Russia)
Fersov A.B. - MD, professor (Nursultan, Kazakhstan)
Khodjiev D.S. - MD, professor (Urgench, Uzbekistan)
Hodjimatov G.M. - M.D., Professor (Andijan, Uzbekistan)

Article

АБДОМИНАЛ ЖАРРОҲЛИК ПАТОЛОГИЯСИДА ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ ДАВРДА ЭНДОМЕЗЕНТЕРИАЛ ЛИМФОТРОП ТЕРАПИЯНИНГ АҲАМИЯТИ

ЭГАМОВ Ю.С.¹, РУЗИЕВ А.Э.²

1 Кафедра хирургических болезней и гражданская оборона АндГосМИ, 170127, г.Андижан, Узбекистан.

2 Кафедра общей хирургии БухГосМИ, 200100, г.Бухара, Узбекистан.

Аннотация. Ишнинг мақсади: қорин бўшлиғи жарроҳлик патологияси билан касалланган беморларда операциядан кейинги давр даволаш комплексига эндомезентериал лимфотроп терапияни қўллаш орқали даволаш натижасини яхшилаш.

Материал ва услублар: 2011-2021 йиллар давомида Андижон давлат тиббиёт институти клиникасида, стационар шароитида ярали колит ва этиологик омиллари турлича бўлган ўткир тарқалган перитонит туфайли операция йўли билан даволанган беморларнинг даволаниш натижалари таҳлил қилинган. Барча беморлар икки гуруҳга бўлинган: биринчи – назорат гуруҳига операциядан кейинги даврда анъанавий усулда даволанган беморлар (n=93) ва иккинчи - асосий гуруҳга операциядан кейинги даврда комплекс даволашга қўшимча эндомезентериал лимфотроп даволаш усули қўлланилган беморлар (n=98) киритилган.

Натижалар. Операциядан кейинги даврда комплекс даволашда лимфотроп терапия қўлланилган беморларда ичак перисталтикаси 2-кундан бошлаб тикланди. Назорат гуруҳидаги беморларда эса бу кўрсаткичлар 4-5 кунларда аниқланди. Асосий гуруҳидаги беморлар қони таркибида лейкоцитознинг мўтадил камайиши 3-кунда, назорат гуруҳидаги беморларда эса 6-кунда кузатилди. Интоксикациянинг лейкоцитар индекси асосий гуруҳ беморларида операциядан кейинги 4-кунда, назорат гуруҳидаги беморларда эса 7-кунда меъерий кўрсаткичларгача камайди. Шунингдек эритроцитларнинг чўкиш тезлиги асосий гуруҳ беморларида 4-кунда, назорат гуруҳидаги беморларда 6-7 кунда меъерий кўрсаткичларга келди.

Калит сўзлар: ўткир перитонит, ярали колит, лимфотроп терапия.

Кириш. Диагностика ва даволаш услубларининг ҳозирги замон даражасида ижобий мукамал яхшиланишига қарамасдан, ўткир тарқалган перитонитларда операциядан кейинги асоратланишлар ва ўлим ҳолати юқорилигича қолмоқда. Юқори фоизлардаги ўлим ҳолати, айниқса абдоминал сепсис натижасида кўпсонли аъзолар етишмовчилиги ривожланиши билан изоҳланади ва 18-37% гача етади [1; 6; 10; 15].

Ўткир тарқоқ перитонитда юзага келадиган оғир ҳолатларни бартараф этиш муаммосини ечишдаги қийинчиликлар бир қатор омилларни етарли даражада коррекция қилмаслик, жумладан операциядан кейинги даврда организмдаги интоксикация манбаларига қарши курашишни меъёр даражасида ташкил қилинмаслигидандир [2; 5; 13; 11].

Ўткир тарқоқ перитонитнинг энг ноқулай прогностик синдромларидан бири бу қорин бўшлиғидаги шикастланиш билан боғлиқ бўлган бутун организмнинг жадал ривожланувчи эндоген интоксикациясидир. Бу жараён микрофлоранинг ичакдан қорин бўшлиғига

кўчиб ўтиши натижасида функционал ичак етишмовчилигининг ривожланишига ёрдам беради. Қайд этилган омиллар аъзолар ва тизимлардаги патологик жараённинг ривожланиши ва организмни чуқур метаболик ўзгаришларига сабаб бўлиб, кўп сонли аъзолар етишмовчилиги ва бемор ўлимига олиб келади [4; 5; 14].

Касалликнинг дастлабки ривожланиш даврида интоксикациянинг бирламчи ўчоғи ҳисобланган қорин бўшлиғи аъзоларидаги деструктив ўзгаришлардаги клиник белгилар асосий ўринни эгаллайди. Шулардан бири этиологик омиллари ҳалигача маълум бўлмаган, ўзига хос клиник белгилар билан кечадиган ярали колитдир [3; 12; 13; 14; 15].

Қорин бўшлиғи ва ретроперитонеал бўшлиқ лимфа тугунларининг инфекцияланиши қорин бўшлиғи жарроҳлик патологиясининг иккиламчи ўчоғи ҳисобланади. Бунинг натижасида лимфа тугунларида микроабсцесслар пайдо бўлади ва организмда интоксикацияни янада кучайтиради. Шу билан бирга, беморлар қорин бўшлиғи аъзолари

лимфа тизимида димланиш юзага келади ва бу ўз навбатида организм интоксикациясини янада кўпроқ кучайишига олиб келади. Буларнинг барчаси ичакнинг инфекцияга қарши ҳимоя функциясини ҳосил қилувчи механизмларига жуда салбий таъсир кўрсатади [1; 2; 4; 7; 12; 13].

Келиб чиқиш омиллари турли хил бўлган ўткир тарқалган перитонитлар ва ярали колитларда, интоксикациянинг учламчи ўчоғи фонида операциядан кейинги даврда юзага келадиган ошқозон-ичак трактидаги бузилишларнинг ривожланиши организм интоксикацияси кучайгандан кучайтириб, динамик ичак тутилишига сабаб бўлади ва бунинг таъсирида эндотоксикознинг чуқурлашуви юзага келади [5; 6; 14].

Бирламчи инфекция ўчоғининг тўлиқ бартараф этилишига қарамасдан, кўпчилик беморлар аҳволининг ёмонлашуви ва организмда интоксикация даражасининг ошиб бориши кузатилади. Ҳаттоки шундай оғир кечувчи ўткир тарқалган перитонит ва ярали колит ҳолатида ҳам антибиотикотерапиянинг қайси бир усулидан мақсадли фойдаланиш муаммоси ҳозиргача ҳал этилмаган [7; 10; 12; 15].

Шу билан бирга ўткир тарқалган перитонитларда ва ярали колитда дори воситаларини лимфа тизими орқали организмга киритиш усулидан фойдаланиш натижасида антибиотикотерапиянинг самарадорлиги ва организм иммунитетини ошиши исботланган [10; 12; 13].

Дори воситаларини аъзоларга танлаб – мақсадли юборишнинг янги ва мукаммал усулларини излаш ва уларни ишлаб чиқиш замонавий тиббиётнинг долзарб муаммоларидан саналади. Ушбу усуллардан бири лимфотроп терапия бўлиб, бу усул патологик ўчоқ соҳасидаги лимфа тугунлари ва зарарланган аъзоларида дори воситаларининг етарли даражадаги концентрациясини яратиш ва узоқ вақт давомида мўтадил терапевтик миқдорда сақлаб туришни таъминлаб беради.

Ишнинг мақсади: қорин бўшлиғи жарроҳлик патологияси билан касалланган беморларда операциядан кейинги давр даволаш комплексида эндомезентериал лимфотроп терапияни қўллаш орқали даволаш натижасини яхшилаш.

Материал ва усуллар: 2011-2021 йил-

лар давомида Андижон давлат тиббиёт институти клиникасида, стационар шароитида ярали колит ва этиологик омиллари турлича бўлган ўткир тарқалган перитонит туфайли операция йўли билан даволанган беморларнинг даволаниш натижалари таҳлил қилинди.

Барча беморлар икки гуруҳга бўлинди: биринчи – назорат гуруҳига операциядан кейинги даврда анъанавий усулда даволанган беморлар (n=93) ва иккинчи - асосий гуруҳга операциядан кейинги даврда комплекс даволашга эндомезентериал лимфотроп даволаш усули қўшимча қўлланилган беморлар (n=98) киритилди.

Операциядан кейинги даврда эндомезентериал лимфотроп терапия самарадорлигини баҳолаш учун меъёрий ҳолатда ва биз томондан экспериментда яратилган ярали колит моделида ичак тутқичидаги лимфа оқимининг ҳаракатланиш тезлиги ва хусусиятларини ўрганиб чиқдик. Буларнинг барчасини экспериментда яратилган ярали колит моделида ичак тутқичи орқали Эванс кўк рангли бўёғининг сўрилиши натижалари тасдиқлади (жадвал 1).

Жадвалда кўрсатилганидек, яллиғланиш жараёни фонида ривожланган “лимфа коллектори”даги лимфостаз лимфостимуляциядан кейинги даврда ичак тутқичида лимфа оқими яхшиланиши ҳисобига бартараф қилинади.

Эндомезентериал лимфотроп терапия қўлланилган асосий гуруҳ беморларидаги перитонитнинг сабаблари (98 нафар беморнинг атига 68 нафаридан): 29 беморда ўткир деструктив аппендицит (29,6%), ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак ярасининг тешилиши - 18 беморда (18,4%), деструктив холецистит - 7 беморда (7,1%), гинекологик деструктив касалликлар - 9 беморда (9,2%), ўткир ичак тутилиши - 5 беморда (5,1%) кузатилди. Асосий гуруҳга ярали колит билан 30 та бемор (30,6%) ҳам киритилган.

Асосий гуруҳдаги ўткир тарқалган перитонит ва ярали колит касаллиги мавжуд бўлган барча беморларнинг комплекс даволаш жараёнига эндомезентериал лимфотроп терапия усулини қўшиш учун кўрсатма: ретроперитонеал бўшлиқ соҳасидаги инфилтрация, шиш, гиперемия, йирингли - яллиғланиш каби ўзгаришларнинг мавжудлиги.

Ярали колит модели фонида ичак девори субсероз қавати ва тутқичидан Эванс кўк рангли бўёгининг сўрилиши натижалари				
Эванс кўк рангли бўёгини киритиш нуқталари ва унинг сўрилиш вақти		Лимфостимуляциясиз сўрилиш вақти	Лимфостимуляциядан кейинги сўрилиш вақти	Сўрилишнинг тезлашуви %
	Тутқич илдизига яқин	6 дақ. 39 сония ±10 сония	4 дақ. 02 сония ±10 сония.	36,2±1,4
	Тутқичнинг ўрта қисми	7 дақ. 21 сония ± 21 сония	4 дақ. 32 сония. ±7 сония	40,1±2,8
	Тутқичнинг ичакка яқин қисми	8 дақ. 35 сония ±13 сония	5 дақ. 02 сония ±14 сония	39,9±1,3

Асосий гуруҳдаги барча беморларнинг ичак тутқичига, операциянинг асосий босқичи тугагандан кейин, операциядан кейинги даврда эндомезентериал лимфотроп терапияни амалга ошириш мақсадида биз томондан ихтиро қилинган махсус полихлорвинил катетер ўрнатилди ва у ичак тутқичига ингичка кетгут ипи ёрдамида боғланди.

Катетернинг ташқи учи қорин бўшлиғидан контрапертура орқали чиқарилди ва қорин олд девори терисига ипак ип ёрдамида тикиб боғланди.

Биз томондан катетернинг эндомезентрал ўрнатилиш усули бошқалардан шуниси билан фарқ қиладики, бунда катетер ичак тутқичининг ичак деворига яқин соҳасига – ичакдан 2 см узоқликда ўрнатилади, ичак тутқичи илдизи соҳасига эмас. Бу усул қўлланилганда катта қон томирларининг шикастланиши, ичак тутқичида катта гематомалар ҳосил бўлиши, дори воситаларини кирситиш орқали катта лимфа тугунлари ёки қон томирларининг босилиб қолиши каби ножўя ҳолатлар кузатилмайди.

Ўткир тарқоқ перитонити бўлган беморларда микробларга қарши курашиш асосий ҳисобланади. Шу мақсадда операциядан кейинги даврнинг дастлабки соатларида ичак тутқичига ўрнатилган катетер орқали, лимфастимуляциядан кейин, кенг таъсир доирасидаги антибиотик томчилаб юборилди. Табиийки, антибиотикни қўллашдан олдин унга бўлган сезувчанлик аниқланди. Қорин бўшлиғидаги микрофлора текширилганда, 84,5% беморларда ичак таёқчаси, стафилокок, кўк йиринг таёқчаси аниқланди. Қолган беморларда эса микроблар қўшилмаси борлиги кузатилди.

Қорин бўшлиғи микрофлорасининг энг кўп сезувчанлиги цефалоспорин қаторига оид бўлган цефтриаксон ва цефазолинга (84,7%) нисбатан аниқланди. Сезувчанлик аниқланган вақтдан бошлаб ушбу антибиотикларни эндомезентрал лимфотроп усулда қўлладик.

Лимфотроп терапия усулини қўллашдан аввал лимфостимуляция сифатида глюкоза-новокаин аралашмаси 1:1 нисбатда 4 мл/кг тана оғирлиги ҳисобидан, лидаза (0,5 бирлик/кг) ёки гепарин (80 бирлик/кг) бемор қони ивишини аниқлаб, тимоген 150 мкг томчи усулида юборилди. Унинг орқасидан кенг таъсир доирасидаги антибиотик (цефалоспоринлар III-IV авлоди ҳисобланадиган цефазолин ёки цефтриаксон) бир марталик терапевтик миқдорда томчилаб, лимфотроп усулда юборилди.

Лимфотроп терапия ўткир тарқоқ перитонитларда беморнинг аҳволини эътиборга олган ҳолда 4-5 кун давомида кунига бир ёки икки марта қўлланилган бўлса, гемиколэктомиялардан кейинги даврда кунига бир марта, субтотал ёки тотал колэктомиялардан кейин эса кунига икки мартадан қўлланилди.

Натижалар. Эндомезентрал лимфотроп терапияни операциядан кейинги даврда қўллаш натижалари назорат гуруҳидаги беморларда қўлланилган анъанавий усулда даволаш билан қиёсий таққосланди.

Операциядан кейинги даврда комплекс даволашда лимфотроп терапия қўлланилган беморларда ичак перисталтикаси 2-кундан бошлаб тикланди ва 3-кундан бод чиқа бошлади. Назорат гуруҳидаги беморларда эса бу кўрсаткичлар 4-5 кунларда аниқланди.

Анъанавий усулда даволанган бемор-

лардан фарқли ўлароқ, асосий гуруҳдаги беморлар қони таркибида лейкоцитознинг мўтадил камайиши 3-кунда, назорат гуруҳидаги беморларда эса бу кўрсаткич операциядан кейинги 6-кунда кузатилди.

Интоксикациянинг лейкоцитар индекси асосий гуруҳ беморларида операциядан кейинги 4-кунда, назорат гуруҳидаги беморларда эса 7-кунда меъерий кўрсаткичларгача камайди.

Шунингдек эритроцитларнинг чўкиш тезлиги асосий гуруҳ беморларида 4-кунда, на-

зорат гуруҳидаги беморларда 6-7 кунда меъерий кўрсаткичларга келди.

Операциядан кейинги даврда комплекс даволашга лимфотроп терапия усули қўлланилганда, асосий гуруҳ беморларида 2-кундан бошлаб қорин бўшлиғидан чиқадиган суюқлик ҳажмининг назорат гуруҳидаги беморларга нисбатан камайиши кузатилди (жадвал 2)

Хулоса. Абдоминал жарроҳлик патологияларида операциядан кейинги давр комплекс даволашда эндомезентериал лимфотроп усулни қўллаш орқали ижобий натижалар-

Жадвал 2

Қорин бўшлиғидаги экссудатнинг (мл) операциядан кейинги даврда эндомезентериал лимфотроп терапия ва анъанавий даволаш фонида чиқишининг динамикаси

Даволаш усули	1 - кун	2 - кун	3 - кун	4 - кун
ТрАнъанавий даволаш	117,2±10,1	100,4±7,9	77,1±5,8	38,4±6,9*
Эндомезентериал лимфотроп теапия	108,4±9,2	60,3±9,6*	20,2±4,1*	5,7±1,3*

* - дастлабки кўрсаткичларга нисбатан ўзгарувчан аниқлик ($P < 0,05$).

га эришилади. Жумладан, эндомезентериал лимфотроп терапия асосий касалик томонидан кузатилиши мумкин бўлган асоратли нишларни бартараф этади ва организмни операциядан кейинги даврда тикланишини тезлаштиради. Шу билан бирга ушбу усулни қўллаганда дори воситаларига бўлган эҳтиёж миқдори ва, беморнинг стационардаги ётоқ кунлари сони 3,5±1,5 кунгача камаяди.

Адабиётлар рўйхати

1. Брискин Б.С. Совченко З.И. Хачатрян Н.Н. Абдоминальный сепсис, роль антибактериальной терапии. // Хирургия 2002: 4: 69-74.

2. Ваккосов М.Х. Исхаков Б.Р. Диагностика и хирургическое лечения полеоперационного перитонита. // Журнал: Хирургия Узбекистана 2005. № 1. С. 66-71.

3. Воробьев Г.И. Хирургическое лечение осложнений неспецифического язвенного колита. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии, 2003. Т. 13, № 1. С. 73–80.

4. Гостищев В.К. Сажин В.П. Авдовенко А.Л. Перитонит. М: Медицина 2002: 237.

5. Завада Н.В. Гаин Ю.М. Алексеев С.А. Хирургический сепсис. Учебное пособие. Минск : Новое знание 2003: 237.

6. Кригер А.Г. Шуркалин Б.К. Горский В.А. и др. Результаты и перспективы лечения распространенных форм перитонита. Хирургия 2001. № 8. С.8-12.

7. Осиков М.В., Симонян Е.В., Бакеева А.Е., Костина А.А. Экспериментальное моделирование болезни крона и язвенного колита. Современные проблемы науки и образования, 2016. № 4.

8. Сажин В.П., Авденко А.Л., Юришеви В.А. Современные тенденции хирургического лечения перитонита // Хирургия 2007 №11. С. 36-39.

9. Совалкин В.И. Биологическая терапия воспалительных заболеваний кишечника. // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология, 2010. № 3. С. 83–84.

10. Халиф И.Л. Хирургическое лечение и биологическая терапия при язвенном колите // Халиф И.Л. Российский медицинский журнал. 2013., №31 С. 1632.).

11. Чернов В.Н. Белик Б.М., Ефанов С.Ю. Патогенез нарушения висцеральных функции при распространённом перитоните. // Вестник

хирургии. 2014. № 4. С. 35-38.

12. Эгамов Ю.С., Рузиев А.Э. Значение эндомезентериальной лимфатической терапии в комплексном лечении неспецифического язвенного колита в послеоперационном периоде. Журнал: Проблемы биологии и медицины, 2019. № 3 (111). С. 163–167.

13. Эгамов Ю.С., Рузиев А.Э., Хайдаров С.А. Эндомезентериальная лимфотропная терапия как метод предупреждающий осложнений в комплексном лечении неспецифического язвенного колита в послеоперационном периоде. // Журнал Новый день в медицине. -2019. - № 3. - С. 299-303.

14. Schein M. Surgical management of intra abdominal infection is there any evidence? //Langenbeck s Arch Surg 2002. Bd.387.S. 1-7.

15. Langan R.C., Gotsch P.B., Krafczyk M.A. et al. Ulcerative colitis: diagnosis and treatment. Am. Fam. Physician, 2007, No. 76 (9), pp. 1323–1330.

Article

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ГИПОКОАГУЛЯЦИЕЙ ПОСЛЕ ГЕМОРРОИДЭКТОМИИ

Умаров Д.А., Рузибаев Р.Ю., Сапаев Д.Ш., Рузметов Б.А.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, Ургенч, Узбекистан

Ключевые слова: геморрой, медикаментозная гипокоагуляция, геморроидэктомия по Миллигану-Моргану, гемостатическое средство «Немобен», рецидивирующее кровотечение.

Актуальность проблемы. Геморрой является одним из самых распространенных заболеваний человека и был описан начиная со времен Гиппократ, Галена, Сократа, Авиценна и других врачей. В настоящее время геморрой остается объектом исследований и является наиболее частой причиной обращения к врачу-колопроктологу [1, с. 9245]. По литературным данным, распространенность заболевания составляет 130-145 человек на 1000 взрослого населения, а его удельный вес в структуре колопроктологической патологии колеблется от 34 до 41% [2, с. 64]. Данная патология встречается у мужчин и женщин в равной степени [3, с. 1335].

Хронический геморрой широко распространенное заболевание, в частности в индустриально развитых странах мира. Так его распространенность у взрослого населения составляет 14–16%, а доля среди колоректальных заболеваний может достигать более 40% случаев, причем преимущественно у лиц трудоспособного возраста [4, с. 60].

По данным Всемирной организации здравоохранения, заболевания сердечно-сосудистой системы лидируют в развитых странах. Высокая смертность от патологии сердца и сосудов на 2017 год составляет – 17,5 миллионов человек ежегодно [5, с. 571]. За последние десятилетия в Российской Федерации отмечается отрицательная динамика в виде увеличения смертности от сердечно-сосудистых болезней – от 25% до 57-68 % [6, с. 7]. Такие показатели вызваны такими основными заболеваниями, как артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца и цереброваскулярные заболевания [7].

Достижения современной медицины -

появление новых представлений о патогенезе заболеваний, развитие хирургических малоинвазивных методов, прогресс фармацевтических технологий, позволили сократить показатели фатальных осложнений [8, с. 409].

Цель исследования. оценить клиническую эффективность предложенного способа геморроидэктомии и послеоперационную динамику показателей качества жизни больных с медикаментозной гипокоагуляцией.

Материал и методы. Основой исследования являлись 230 пациентов с хроническим комбинированным геморроем III-IV стадии, сопутствующей сердечно-сосудистой патологией и на фоне антитромбоцитарной или антикоагулянтной терапии, пролеченных в клинике Ургенчском филиале Ташкентской медицинской академии за 2010-2021 гг. Все больные были разделены на две группы, согласно направлениям исследования. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, виду и тяжести патологии, а также типу хирургического вмешательства. Группа сравнения составлена из 118 пациентов, у которых анализ результатов для сопоставительного исследования проведен ретроспективно, все больные регулярно получали антиагреганты или антикоагулянты по поводу различных сердечно-сосудистых заболеваний для создания медикаментозной гипокоагуляции, всем больным выполнена геморроидэктомия по Миллигану-Моргану. В основной группе – 112 пациентов с хроническим комбинированным геморроем и медикаментозной гипокоагуляцией по поводу сопутствующей сердечно-сосудистой патологии, геморроидэктомия по Миллигану-Моргану сочеталась с применением предложенного способа усиления локаль-

ного гемостатического эффекта путем применения отечественного гемостатического средства «Нетобен» в форме геля.

Возраст больных был от 19 до 74 лет. Средний возраст в основной группе составил $48,1 \pm 14,6$ лет, в группе сравнения – $46,5 \pm 13,3$ лет. Больных на антикоагулянтной терапии было 54,5% (61 из 112) в основной группе и 53,4% (63 из 118) – в группе сравнения. В остальных случаях больные получали антиагрегантную терапию.

В 42,0% (47 из 112) случаев в основной группе и 45,8% (54 из 118) – в группе сравнения, сопутствовал ИБС со стабильной стенокардией напряжения. Далее по частоте встречаемости (25,9% в основной и 23,7% - в группе сравнения) отмечена недостаточность митрального клапана сердца, стеноз аортального клапана (19,6% и 17,8%), гипертоническая болезнь (8,0% и 8,5%) и аритмическая форма ИБС (4,5% и 4,2%).

В анамнезе больных имелись перенесенные оперативные вмешательства по поводу сопутствующего сердечно - сосудистого заболевания. Так, у больных с ИБС было проведено аортокоронарное шунтирование и/или стентирование коронарных артерий. В случаях приобретенной клапанной патологии больные перенесли протезирование митрального или аортального клапана.

Хронический комбинированный геморрой у всех пациентов, включенных в исследование имел осложненное клиническое течение. Так, в 100% случаях отмечалось выпадение геморраидальных узлов. Также, в большинстве случаев (90,2% в основной группе и 90,7% в группе сравнения) отмечались . Болевой синдром и зуд встречались практически с равной частотой – 50,3% (164 из 326) и 42,0% (137 из 326) соответственно. Однократное кровотечение отмечали всего 9,3% (11 из 118) больных в группе сравнения и 9,8% - (11 из 112) в основной группе.

В основной группе применен способ геморроидэктомии по Миллигану-Моргану с использованием ректального зеркала, иссечением и прошиванием наружных и внутренних геморраидальных узлов, выполнением рассечения анального сфинктера на 6 часах по Аминеву и полным восстановлением слизистой анального канала. При этом, кро-

вотечение из рассеченных тканей в области анального сфинктера останавливается двукратным нанесением гемостатического средства «Нетобен», подготовленного из расчета 4 г порошка «Нетобен» в разведении со 100 мл физиологического раствора в течение 5 минут до формирования геля вязкой консистенции.

Для дополнительной оценки результатов геморроидэктомии проведен анализ показателей качества жизни пациентов в сроки через 10 дней и через 1 месяц после операции. Использована шкала оценки качества жизни по вопроснику «SF-36 HEALTHSTATUS SURVEY» (Ware J.E., 1993). В данное направление исследования были включены 13 пациентов из группы сравнения и 24 больных из основной группы.

Результаты. Значимо лучшие отличия ($p < 0,05$) были получены по показателям физического ($34,2 \pm 8,2$ против $29,5 \pm 5,2$) функционирования, ролевого функционирования, обусловленного физическим ($63,5 \pm 7,9$ против $57,5 \pm 3,8$) и эмоциональным ($57,0 \pm 6,3$ против $51,0 \pm 9,2$) состояниями больных, социального функционирования ($58,6 \pm 7,8$ против $51,2 \pm 8,8$) интенсивности болевого синдрома ($54,1 \pm 4,8$ против $47,0 \pm 9,4$) и жизненной активности ($56,1 \pm 6,3$ против $49,9 \pm 8,0$). Не было межгрупповых отличий в отношении показателей общего состояния здоровья и психического здоровья больных. Через месяц после операции геморроидэктомии изучение качества жизни в группах исследования показало, что межгрупповые отличия со статистически значимой разницей в пользу основной группы были выявлены только лишь по интенсивности болевого синдрома – $68,5 \pm 2,1$ против $65,2 \pm 5,0$ баллов ($t = -2,28$; $p < 0,05$). Оценка уровня качества жизни по сводным шкалам физического и психологического благополучия показала, что на 10 сутки после геморроидэктомии по шкале физического состояния показатель улучшился с $47,8 \pm 3,0$ в группе сравнения до $53,0 \pm 4,1$ баллов в основной группе ($t = 4,44$; $p < 0,001$), по шкале психологического состояния с $49,2 \pm 7,4$ до $55,0 \pm 3,6$ баллов ($t = 2,65$; $p < 0,05$) и по общему значению качества жизни с $48,5 \pm 5,1$ до $54,0 \pm 3,5$ баллов ($t = 3,48$; $p < 0,001$), также среднее значение указанных показателей в основной группе оказалось достоверно лучшим в

сроки через месяц после операции ($61,0 \pm 2,8$ против $63,2 \pm 2,1$ баллов; $t=2,47$; $p<0,05$ - по шкале физического состояния; $59,8 \pm 3,2$ против $62,0 \pm 2,3$ баллов; $t=2,18$; $p<0,05$ - по шкале психологического состояния; $60,4 \pm 2,7$ против $62,6 \pm 1,6$ баллов; $t=2,65$; $p<0,05$ - по общему значению качества жизни).

Нами определены следующие определения хорошего, удовлетворительного и неудовлетворительного результатов лечения хронического комбинированного геморроя:

- хороший - отсутствие клинических проявлений (геморрагии, болевого синдрома).

- удовлетворительный - незначительное геморрагическое отделяемое (соответствующее типу I по BARC) в первый месяц после операции; наличие периодического болевого синдрома.

- неудовлетворительный - развитие рецидива геморрагического синдрома, потребовавшего госпитализации для проведения гемостаза.

По данным сводных результатов геморроидэктомии хороший результат был выявлен в 89,3% (100 из 112) случаев в основной группе больных со статистически значимой разницей в отличие от группы сравнения, где хороший результат был получен у 79,7% (94 из 118) пациентов. Частота неудовлетворительных результатов составила 1,8% (2 из 112) в основной группе и 6,8% (8 из 118) – в группе сравнения ($\chi^2=11,958$; $Df=2$; $p=0,003$).

Заключение. Предложенный способ геморроидэктомии у больных с медикаментозной гипокоагуляцией за счет усиления эффективности локального гемостаза позволяет снизить частоту постоперационных геморрагических осложнений и соответственно необходимость в выполнении дополнительных гемостатических манипуляций, сократить госпитальный и общий период реабилитации, повысить долю хороших и удовлетворительных результатов, а также ближайшую динамику улучшения показателей качества жизни.

Литература:

1. Загрядский Е.А. Трансанальная доплер-контролируемая дезартеризация с мукпексией (HAL-RAR) в лечении больных ге-

моррором III и IV стадий / Е.А. Загрядский // Хирургия. – 2013. – № 4. – С. 59–64.

2. Сердечно-сосудистые заболевания в Российской Федерации на рубеже веков: смертность, распространенность, факторы риска / Л.А. Бокерия, И.Н.Ступаков, И.В. Самородская [и др.] // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. – 2007. – Т. 8, № 5. – С. 5-11.

3. Шелыгин Ю.А. Справочник колопроктолога. / Ю.А. Шелыгин, Л.А. Благодарный // М.: Литтера, 2012. – с. 64-89.

4. Cap-assisted endoscopic sclerotherapy for hemorrhoids: Methods, feasibility and efficacy / Ting Zhang, Li-Juan Xu, ZhiHe et al. // World J Gastrointest Endosc. – 2015. – Vol.7, №19. – P.1334-1340.

5. Heart rate recovery and risk of cardiovascular events and allcause mortality: a meta-analysis of prospective cohort studies / S. Qiu, X. Cai, Z. Sun [et al] // J. Am. Heart Assoc. – 2017. – Vol. 6, N 5. – e005505. doi:10.1161/jaha.117.005505

6. LohsiriwatVazut. Treatment of hemorrhoids: A coloproctologists view / VazutLohsiziwat // World J. Gastroenterol. – 2015. – Vol.21, № 31. – P. 9245– 9252.

7. Qu, B. Systematic Review of Association Between Low Ankle-Brachial Index and All Cause Cardiovascular, or Non-cardiovascular Mortality / B. Qu, Q. Liu, J. Li // Cell Biochem. Biophys. – 2015. – Vol. 73, N 2. – P. 571-575.

8. Van Camp, G. Cardiovascular disease prevention / G. Van Camp // ActaClin. Belg. – 2014. – Vol. 69, N 6. – P. 407-411.

Article

ОБОСНОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАРАПРОКТИТА

Рустамов М.И., Сайдуллаев З.Я., Рустамов И.М.

Самаркандского государственного медицинского института, Самарканд, Узбекистан.

Ключевые слова: Паропроктит, перианальная область, радикальная санация, фистулография, некрэктомия.

Актуальность. Парапроктит - одно из наиболее частых заболеваний, встречающихся в проктологической практике. Вопросы диагностики и лечения этого заболевания постоянно обсуждаются на страницах отечественной и зарубежной печати, однако, они до сих пор полностью не решены и нередко становятся предметом дискуссий. По данным ведущих клиник нашей страны и зарубежья больные острым парапроктитом составляют 0,5-4% среди пациентов с общехирургической патологией и 20-40% в структуре проктологических заболеваний. Больные хроническим парапроктитом составляют 0,5-4% от общего числа стационарных хирургических больных и 30-35% среди пациентов с заболеваниями прямой кишки [1;9;13;24].

Недостаточное знакомство врачей-хирургов с данной патологией приводит к возникновению большого количества неудовлетворительных исходов заболевания. Многие пациенты с острым парапроктитом не всегда получают своевременную квалифицированную помощь, длительно лечатся, надолго выбывают из активной трудовой деятельности [2;3;6;10;11]. В результате длительного хронического течения гнойного процесса в перианальной области развивается рубцовая деформация промежности с недостаточностью анального сфинктера, нередко приводящая к стойкой инвалидизации больных [4;7;12;23].

До настоящего времени остается еще достаточно высоким процент неудовлетворительных результатов лечения. У 13-20% оперированных по поводу острого парапроктита наблюдаются гнойно-воспалительные осложнения в ране, у 4-10% пациентов рецидив заболевания или переход его в хроническую

стадию течения, у 6-8% больных возникает недостаточность анального сфинктера и у 17-36% оперированных явления дискомфорта в области заднего прохода [14;15;17;20;25].

По данным большинства исследователей, после хирургического лечения свищей прямой кишки нагноение послеоперационной раны возникает у 10-13% больных, рецидивы заболевания - у 1,5-10,2% оперированных, недостаточность анального сфинктера - у 1,5-27,9% пациентов [16;18;19;21;22]. После хирургических вмешательств по поводу интра- и транссфинктерных свищей прямой кишки у 1,8-22,4% больных наблюдаются явления дискомфорта в области заднего прохода [8;10;19;24].

Распространенность и частота этой патологии, особенно у лиц наиболее трудоспособного возраста, неудовлетворительные непосредственные и отдаленные исходы заболевания побуждают исследователей к поиску новых, наиболее современных подходов, направленных на улучшение результатов лечения парапроктита.

Цель исследования. разработать комплекс диагностических, тактических и лечебных мероприятий, направленных на улучшение результатов лечения острого и хронического парапроктита.

Материалы методы: В проктологическом отделении клиники № 1 СамМИ за 2016-2022 гг. проходили лечение 866 пациентов с острым и хроническим парапроктитами. Нами проведен ретроспективный анализ лечения 866 пациентов (мужчин 601 человек (69,3%); женщин – 265 (30,7%)). По возрасту: 20-40 лет – 314 (36,2%), 40-60 лет – 301 (34,7%), 60 и более – 35 (4,0%).

Выполнено операций по поводу острого парапроктита 650 больным. Локализация гноя в параректальной клетчатке: острый подкожный парапроктит – 327 (50,3%); острый подслизистый парапроктит – 76 (11,6%); острый ишиоректальный парапроктит – 204 (31,3%); острый пельвиоректальный парапроктит – 29 (4,6%); острый ретроректальный парапроктит – 3 (0,4%); анаэробный парапроктит – 11 (1,8%). Сахарный диабет наблюдали у 21 (3,2%) пациента.

Диагностика острого парапроктита основывалась на данных анамнеза, клинической картины, результатов объективного обследования пациентов. В предоперационном периоде проводился осмотр, пальпация перианальной области, пальцевое исследование прямой кишки, лабораторное, рентгенологическое, УЗИ, бактериологическое обследование пациентов.

Лечение больных с острым парапроктитом представляет сложную и трудную задачу, которое предусматривает радикальную санацию гнойного очага, ликвидацию отдаленных последствий патологического процесса, профилактику рецидивов заболевания.

Свищ прямой кишки – воспалительный процесс в анальной крипте, межсфинктерном пространстве и параректальной клетчатке с формированием свищевого хода. Пациенты с этой патологией составляют около 216 (25%) всех проктологических больных [1, с. 17, 2, с. 72-77].

Экстрасфинктерные свищи классифицируют по степени сложности. При первой степени сложности экстрасфинктерного свища внутреннее отверстие узкое без рубцов вокруг него, нет гноя и инфильтратов в клетчатке, ход достаточно прямой. При второй степени сложности в области внутреннего отверстия имеются рубцы, но нет воспалительных изменений в клетчатке. При третьей степени экстрасфинктерные свищи характеризуют узкое внутреннее отверстие без рубцового процесса вокруг, но в клетчатке имеется гнойно-воспалительный процесс. При четвертой степени сложности у них широкое внутреннее отверстие, окруженное рубцами, с воспалительными инфильтратами или гнойными полостями в клетчаточных пространствах.

При трансфинктерных и экстрасфинктерных свищах прямой кишки обследование больного необходимо дополнять фистулографией, определением функции сфинктеров заднего прохода.

Наиболее распространенные виды операций при свищах прямой кишки: рассечение свища в просвет прямой кишки; иссечение свища в просвет прямой кишки (операция Габриэля); иссечение свища в просвет прямой кишки с вскрытием и дренированием затеков; иссечение свища в просвет прямой кишки с ушиванием сфинктера; иссечение свища с проведением лигатуры; иссечение свища с перемещением слизистой оболочки или слизисто-мышечного лоскута дистального отдела прямой кишки для ликвидации внутреннего отверстия свища [3, с. 26-30].

Наибольшей проблемой является лечение экстрасфинктерных свищей, при которых рецидивы составляют 6-10 %.

В предоперационном периоде проводили лабораторное, рентгенологическое, эндоскопическое и бактериологическое обследование пациентов.

Выбор оптимального объема и метода оперативного вмешательства при остром парапроктите является решающим в плане профилактики рецидивов и осложнений и обеспечении благоприятного результата в отдаленном периоде.

Оперативные вмешательства проводились под перидуральной или спинальной анестезией.

При подкожных и подслизистых формах парапроктитов выполнялось вскрытие абсцесса в просвет прямой кишки по Габриэлю – 285 пациентов (43,8%).

При ишиоректальных и пельвиоректальных формах парапроктитов применялась двухэтапная хирургическая тактика. В острой стадии заболевания выполнялось вскрытие, санация и дренирование гноя.

Некрэктомия с широким вскрытием гнойных затеков применялась у больных с анаэробными формами парапроктитов, которые отличались обширным гнойно-некротическим поражением параректальной клетчатки и тяжелым клиническим течением.

В послеоперационном периоде проводи-

лась интенсивная антибактериальная, инфузионная терапия. Антибиотики применялись с учетом чувствительности микрофлоры.

При формировании параректальных свищей производилась радикальная операция - иссечение гнойного хода с ликвидацией внутреннего отверстия свища. После вскрытия гнойника параректальной клетчатки без ликвидации внутреннего отверстия парапроктита рецидив заболевания или свищи прямой кишки имели место в 70-100% случаев.

При выборе оперативного вмешательства учитывалось отношение свищевого хода и внутреннего отверстия к сфинктеру; наличие рубцового процесса по ходу свища; наличие инфильтратов и гнойных затеков в параректальной клетчатке.

Выполнено операций по поводу свищей прямой кишки - 216, интрасфинктерных свищей - 64 (30,5%), трансфинктерных - 96 (44,5%), экстрасфинктерных - 56 (25,0%).

При интрасфинктерных свищах выполнялись операции: иссечение свища в просвет кишки с ушиванием дна раны. Нагноения ран, рецидивов, недостаточности анального жома не было.

При трансфинктерных свищах применялось иссечение свища с ушиванием части наружного сфинктера и лигатурный метод. Нагноение раны отмечено у 3 пациентов (3,1%), рецидивы - у 8 (8,3%), недостаточность анального жома - у 2 (2,0%).

При экстрасфинктерных свищах выполняли иссечение свища и лигатурный метод, иссечение свища с перемещением слизистого лоскута. Имело место нагноение раны у 2 пациентов (3,5%), рецидивы - 3 (5,3%), недостаточность анального жома - 1 (1,7%). Средняя длительность стационарного лечения составила - 8 койко-дней. Общая продолжительность временной нетрудоспособности - 23 дня.

Выводы. Таким образом, дифференцированный подход к выбору метода оперативного вмешательства, оптимизация предоперационной подготовки и послеоперационного лечения пациентов с острым парапроктитом позволяет улучшить как ближайшие, так и отдаленные результаты лечения пациентов данной категории, сократить сроки лечения и

временной нетрудоспособности, количество осложнений и рецидивов.

Литература:

1. Белик Б.М., Ковалев А.Н. Стационаро-замещающие технологии в лечении сложных форм параректальных свищей // Колопроктология. - 2019. - № S3 (69) - С. 17.
2. Грубник В.В., Дегтяренко С.П., Шпак С.В. Диагностика сложных свищей прямой кишки // Хирургия Украины. - 2014. - № 4(52). - С. 72-77.
3. Давлатов С.С., Рустамов М.И., Сайдуллаев З.Я., Рустамов И.М. Выбор хирургической тактики лечения больных острым парапроктитом // Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований 2020, № 2 (том 1.) Стр. 26-30.
4. Захаров А.Ю., Иткин И.М., Долгицер Г.Л., Васильев С.В. Опыт лечения осложненных анаэробных парапроктитов // Актуал. вопр. колопроктологии. - Уфа, 2007. - С. 47-48.
5. Ильканич А.Я., Дарвин В.В., Слепых Н.В., Барбашинов Н.А. и соавт. Видеоассистированное лечение свищей прямой кишки: возможности применения и результаты лечения // Колопроктология. 2014; № 2(48), с. 20-22.
6. Камалов Т.К., Рустамов М.И. Хирургическое лечение свища прямой кишки // Проблемы биологии и медицины 2007, № 3. С. 88-90.
7. Карташев А.А., Евтушенко Е.Г., Лешин И.А. [и др.] Результаты лечения сложных свищей прямой кишки // Колопроктология. - 2019. - № S3 (69) - С. 31.
8. Костарев И.В., Шелыгин Ю.А., Титов А.Ю. Лечение свищей прямой кишки перемещенным лоскутом: устаревший подход или современный метод? (систематический обзор литературы) // Колопроктология. - 2016. - № 1(55). - С. 6-15.
9. Мусин А.И., Костарев И.В. Дренирующая лигатура при сфинктеросохраняющем лечении свищей прямой кишки. // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2018. - №8, выпуск 2. - С. 65-72.
10. Мусин А.И., Костарев И.В. Особен-

ности тактики лечения острого парапроктита. *Анналы хирургии*. 2017; т. 22, № 2, с. 81-87.

11. Орлова Л.П., Самсонова Т.В., Трубачева Ю.Л., Калинина И.В., Костарев И.В., Черножукова М.О. Современные возможности ультразвуковой диагностики хронического парапроктита // *Колопроктология*. - 2016. - № S1(55). - С. 37.

12. Рустамов М.И., Бобоёров Ф.Н., Шодмонов А.А., Саъдиев С.И., Худойназаров Р.М. Хирургическое лечение послеоперационных стриктур заднего прохода // В Кн. Научно-практическая конференция молодых ученых (2марта 2010г. г. Самарканд) стр. 170.

13. Рустамов М.И., Гафаров Р.Р. Хирургическая тактика в лечении больных острым парапроктитом // *Тюменский медицинский журнал* 2011, № 2. 22-24 апреля 2011. Стр. 17.

14. Рустамов М.И., Давлатов С.С., Сайдуллаев З.Я., Рустамов И.М. Результаты хирургического лечения больных острым гангренозно - некротическим парапроктитом // *Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований* 2020, № 2 (том1.) Стр. 65-69

15. Рустамов М.И., Камолов Т.К., Хужабаев С.Т., Дусияров М.М., Бойсариев Ш.У., Шеркулов К.У. Диагностическая и лечебная тактика при анаэробных парапроктитах // *Проблемы биологии и медицины* 2009, № 1 (56) стр. 37-40.

16. Рустамов М.И., Шербекоев У.А., Шеркулов К.У., Дусияров М.М. Обоснование хирургического метода лечения острого парапроктита у лиц пожилого и старческого возраста // *Проблемы биологии и медицины* 2016, № 3.1 (90) Стр. 103.

17. Титов А.Ю., Костарев И.В., Фоменко О.Ю., Мудров А.А. Опыт видеоассистируемых операций с ушиванием внутреннего свищевого отверстия при хирургическом лечении экстрасфинктерных и высоких трансфинктерных свищей прямой кишки // *Колопроктология*. 2015; № 3(53), с. 73-79.

18. Шельгин Ю.А. Хронический парапроктит (свищ заднего прохода, свищ прямой кишки) / В кн. Клинические рекомендации. Колопроктология. Под ред. Шельгина Ю.А. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015; с. 82-107.

19. Giamundo P, Esercizio L, Geraci M, Tibaldi L et al. Fistula tract Laser Closure (FiLaC):

long-term results and new operative strategies // *Tech Coloproctol*. 2015;19:449-453.

20. Ritchie RD, Sackier JM, Hodde JP. Incontinence rates after cutting seton treatment for anal fistula // *Colorectal Dis*. 2009; 11(6):564-571.

21. Rustamov M.I., Sherbekov U. A., Murtazaev Z.I., Saydullaev Z. Ya. The analysis of surgical treatment results in patients with Fournier's gangrene // *European science review* № 9–10 2018 September–October Volume 2. *Medical science*. С. 144-148.

22. Ommer A, Herold A, Berg E, Fürst A, et al. German S3 guidelines: anal abscess and fistula (second revised version) // *Langenbecks Arch Surg*. 2017 Mar;402(2):191-201. doi: 10.1007/s00423-017-1563-z. Epub 2017 Mar 1.

23. Wilhelm A, Fiebig A, Krawczak M. Five years of experience with the FiLaC™ laser for fistula-in-ano management: long-term followup from a single institution // *Tech Coloproctol*. 2017 Apr;21(4):269- 276.

24. Stazi A, Izzo P, D'Angelo F, Radicchi M, et al. Video-assisted anal fistula treatment in the management of complex anal fistula: a single-center experience // *Minerva Chir*. 2018 Apr;73(2):142-150.

25. Zanotti C, Martinez-Puente C, Pascual I, Pascual M. et al. An assessment of the incidence of fistula-in-ano in four countries of the European Union // *Int J Color Dis*. 2007;22:1459-1462.

Article

КОМПЛЕКСНАЯ ЛИМФАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ТОЛСТОЙ КИШКИ

ЭГАМОВ Ю.С.,¹ РУЗИЕВ А.Э.,² ИБРАГИМОВА М.А.¹

1 Кафедра общей хирургии АндГосМИ, 170127, г.Андижан, Узбекистан.

2 Кафедра общей хирургии БухГосМИ, 200100, г.Бухара, Узбекистан.

Аннотация. Цель работы: улучшить результаты лечения оперированных больных при заболевании толстой кишки с применением в комплексе лечения эндомезентериальной лимфотропной терапии в послеоперационном периоде.

Материал и методы: проведен анализ результатов хирургического лечения неспецифического язвенного колита и колостазов различного генеза больных, находившихся в клинике Андижанского государственного медицинского института за период с 2012 по 2022 годы. Пациенты были разделены на две группы: в контрольную группу включены пациенты (n=93), получавшие традиционные методы лечения в послеоперационном периоде, а пациентам основной группы (n=98) в комплекс лечения добавлена эндомезентериальная лимфотропная терапия.

Результаты: анализ эндомезентериальной лимфотропной терапии при заболевании толстой кишки в послеоперационном периоде показывает, что применение этого метода способствует быстрейшему восстановлению функций желудочно-кишечного тракта. При этом на 2-е сутки возобновляется перистальтика кишечника и отхождение газа на 3-сутки, в отличие от больных контрольной группы, у которых восстанавливается функциональная способность желудочно-кишечного тракта на 4-5 сутки. Лейкоцитоз в крови больных основной группы достоверно снижается на 3-сутки, а у больных контрольной - на 6-сутки после операции.

Ключевые слова: неспецифический язвенный колит, лимфотропная терапия

Введение. Несмотря на совершенствование методов диагностики и улучшения качества лечебных мероприятий, послеоперационные осложнения и летальность при остром распространённом перитоните (ОРП) остается высокой. Особенно высокая летальность наблюдается при развитии абдоминального сепсиса с развитием полиорганной недостаточности, достигая при этом от 18 до 37% случаев [1; 6; 10; 15].

Трудность решения проблемы перитонита, наряду с другими причинами состоит в том, что при лечении ОРП недостаточно корректируются такие факторы, как борьба с источниками интоксикации организма в послеоперационном периоде [2; 5; 13; 11].

Одним из наиболее неблагоприятных в прогностическом значении синдромов ОРП является – прогрессирующая эндогенная интоксикация организма, которая связана с очагом поражения в брюшной полости. Этот процесс способствует развитию функциональной кишечной недостаточности с транслокацией бактериальной флоры из кишечника в брюш-

ную полость. Указанные факторы, прогрессируя и вовлекая в процесс органы и системы, являются причиной глубоких метаболических расстройств организма, которые приводят к полиорганной недостаточности и гибели больного [4; 5; 14].

В начале заболевания основную роль играет первичный очаг интоксикации, который часто возникает вследствие деструктивных изменений в органах брюшной полости. Таковым является и неспецифический язвенный колит (НЯК), этиологические факторы которого до сих пор не известны [3; 12; 13; 14; 15].

Вторичным очагом при абдоминальной хирургической патологии является инфицирование лимфатических узлов брюшной полости и забрюшинного пространства. На фоне которых в лимфатических узлах образуются микроабсцессы, составляя в последующем усиление интоксикации организма. При этом в лимфатической системе органов брюшной полости больных отмечается застойное явление, которое также способствует усилению

интоксикации организма. Все это оказывает очень негативное воздействие против инфекционных защитных механизмов кишечника, обеспечивающих его барьерную функцию [1; 2; 4; 7; 12; 13].

Третичным очагом интоксикации при ОРП различного генеза и НЯК является нарушение функции желудочно-кишечного тракта в послеоперационном периоде, при котором вследствие развития интоксикации организма, может отмечаться динамическая кишечная непроходимость, которая больше усугубляет эндотоксикоз организма [5; 6; 14].

Несмотря на полноценность ликвидации первичного очага инфекции, у большинства больных продолжается ухудшение состояния и нарастание степени интоксикации организма. Вопрос о целесообразности антибактериальной терапии даже при таком тяжелом течении ОРП и НЯК остается нерешенным [7; 10; 12; 15].

Вместе с тем доказано, что одним из способов повышения эффективности антибиотикотерапии и коррекции иммунитета при ОРП и НЯК является введение препаратов в лимфатическую систему [10; 12; 13].

Поиск и разработка новых методов адресной доставки лекарственных препаратов в органы-мишени являются актуальными проблемами современной медицины. Одним из таких методов является лимфотропная терапия, обеспечивающая создание в лимфатическом регионе очага поражения патологических процессов достаточных и стабильных терапевтических концентраций лекарственных препаратов, следовательно, и в органе-мишени.

Цель работы: улучшить результаты лечения оперированных больных при заболевании толстой кишки применением в комплексе лечения эндомезентериальной лимфотропной терапии в послеоперационном периоде.

Материал и методы: нами проведен анализ результатов хирургического лечения неспецифического язвенного колита и острого распространенного перитонита различного генеза больных, находившихся на стационарном лечении в клинике Андижанского государственного медицинского института за период с 2010 по 2020 годы. Все пациенты были разделены на две группы: в первую – контрольную группу включены пациенты (n=93), получавшие традиционные методы лечения в послеоперационном периоде, а пациентам во второй - основной группы (n=98) в комплекс лечения добавлена эндомезентериальная лимфотропная терапия.

Для того, чтобы оценить эффективность эндомезентериальной лимфотропной терапии в послеоперационном периоде, мы постарались изучить состояние лимфоотока в брыжейках кишечника в норме и при созданной нами модели язвенного колита. Доказательством этому послужили результаты всасывания синьки Эванса из брыжейки кишечника на созданной нами модели язвенного колита после лимфостимуляции (табл. 1).

Из таблицы видно, что после лимфостимуляции лимфоток в брыжейках кишечника улучшается, устраняя при этом лимфостаз в «лимфатическом коллекторе», который развивается на фоне воспалительного процесса.

Причинами перитонита в основной группе больных (из 98 больных с перитонитом

Таблица 1.

Время всасывания синьки Эванса из брыжейки и субсерозного слоя стенки толстого кишечника на фоне созданной модели язвенного колита

Результаты всасывания синьки Эванса на фоне созданной модели язвенного колита				
Точки введения синьки Эванса и время его всасывания	Ближе к корню брыжейки	Время всасывания без лимфостимуляции	Время всасывания после лимфостимуляции	Ускорение всасывания-яв%
		6 мин.39 сек ±10 сек.	4 мин.02 сек ±10 сек.	36,2±1,4
	Срединная-часть-брыжейки	7 мин. 21сек. ±21сек.	4 мин. 32 сек. ±7 сек.	40,1±2,8
Краеваячасть брыжейки (ближе к стенке кишечника)	8 мин.35 сек. ±13 сек.	5 мин.02 сек. ±14 сек.	39,9±1,3	

только 68), которым применялась эндомезентериальная лимфотропная терапия явились: острый деструктивный аппендицит у 29 больных (29,6 %), прободная язва желудка и 12-перстной кишки – у 18 больных (18,4 %), деструктивный холецистит – у 7 больных (7,1 %), гинекологические деструктивные заболевания – у 9 больных (9,2 %), острая кишечная непроходимость – у 5 больных (5,1 %). Сюда, в основную группу, еще вошли больные НЯК в количестве 30 (30,6 %).

Наличие больших изменений в забрюшинном пространстве у больных с различными формами перитонита в виде инфильтрации, отека, набухания, гиперемии, гнойно-воспалительных изменений, а также у всех больных основной группы неспецифическим язвенным колитом явились показанием для включения в комплексное лечение эндомезентериальной лимфотропной терапии.

Всем больным основной группы после завершения основного этапа операции, интраоперационно, в брыжейку кишечника - эндомезентериально установили изобретенный нами полихлорвиниловый - специальный катетер в брыжейку кишечника для лимфотропной терапии в послеоперационном периоде и закрепили его при помощи тонкого кетгута в брыжейку кишечника (рис.1).

Наружный конец катетера выводили из брюшной полости через контрапертуру фиксировали его к коже передней брюшной стенки живота шелковой нитью (рис. 2).

Нами примененный способ установления катетера в брыжейку кишечника отличается тем, что мы ставим катетер на расстоянии 2 см от брыжеечного края кишки, а не в область корня брыжейки. Этим самым избегаем повреждения кровеносных сосудов, образования большой гематомы в брыжейке,

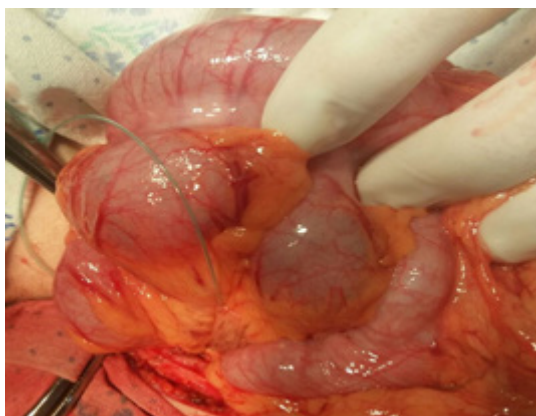


Рис. 1. Интраоперационное установление эндомезентериального катетера.

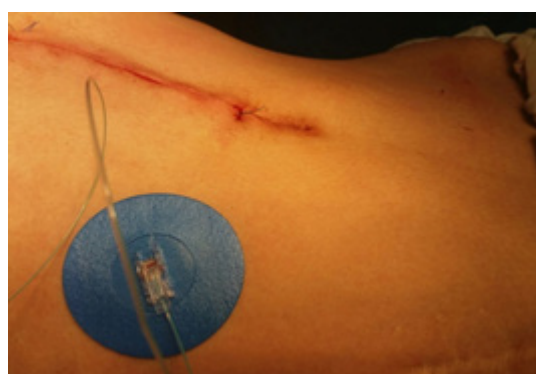


Рис. 2. Эндомезентериально установленный катетер.

перевязки или вдавления крупных лимфатических и кровеносных сосудов в него вводятся лекарственными средствами.

У больных перитонитом, прежде всего, уделяли внимание борьбе с микробным фактором. В связи с этим в послеоперационном периоде через катетер, установленный в бры-

жейку кишечника, сразу после проведения лимфостимуляции, начали лимфотропное введение антибиотиков широкого спектра действия, капельным путем. Тут же определяли чувствительность микрофлоры брюшной полости к антибактериальным препаратам. При изучении микрофлоры брюшной полости

у 84,5% больных были обнаружены кишечная палочка, стафилококк, синегнойная палочка. У остальных больных с острым перитонитом при посеве обнаруживались сочетанные виды микроорганизмов.

Наибольшая чувствительность микрофлоры брюшной полости обнаружена к препаратам цефалоспоринового ряда: цефтриаксону и цефазолину (84,7%) больных с острым перитонитом. Как только была установлена чувствительность к антибиотику, сразу переходили на использование для эндомезентральной лимфотропной терапии данного препарата, к которому микробы были чувствительны.

Для лимфотропной терапии в качестве лимфостимуляторов применяли глюкозо-новокаиновую смесь в соотношении 1:1 в дозе 4 мл на кг массы тела больного с лидазой (0,5 ед/кг) либо добавляя гепарин (80 ед/кг) с учетом свёртываемости крови больного, тимоген в дозе 150 мкг, антибиотики широкого спектра действия (цефалоспорины III-IV поколения: цефазолин либо цефтриаксон) в разовой терапевтической дозе, в дальнейшем с учетом чувствительности микрофлоры брюшной полости к ним.

Лимфотропная терапия при перитонитах проводилась в зависимости от тяжести заболевания и от состояния больного один или два раза в сутки в течение 4-5 дней. При гемиколэктомиях по поводу неспецифического язвенного колита один раз в сутки, а при субтотальных либо тотальных колэктомиях два раза в сутки, также в течение 4-5 дней.

Результаты лечения с применением лимфотропной терапии в послеоперационном периоде сравнивали с показателями кон-

трольной группы больных.

На фоне проведения комплексной терапии в послеоперационном периоде с применением лимфотропной терапии у больных основной группы на 2-е сутки возобновилась перистальтика кишечника, а на 3-сутки отмечено отхождение газа. У больных контрольной группы слабые перистальтические шумы кишечника появились на 3-сутки после операции. Только на 4-5 сутки восстановилась функциональная способность желудочно-кишечного тракта у этой группы больных.

По сравнению с традиционными способами лечения острого перитонита, лейкоцитоз в крови больных основной группы на 3-сутки достоверно снизился, а у больных контрольной группы снижение этого показателя отмечалось на 6-сутки после операции. ЛИИ нормализовался у больных основной группы на 4-сутки после операции, а в контрольной группе на 7-сутки. Также, уменьшение СОЭ отмечался, начиная с 4-суток у больных основной группы, а у больных контрольной группы с 6-7 суток.

В результате проводимой лимфотропной терапии в комплексе лечения в послеоперационном периоде, количество выделяемой жидкости из брюшной полости у больных основной группы начало убавляться по сравнению с контрольной начиная со 2-го дня после операции (табл. 2).

Таким образом, при абдоминальной хирургической патологии применяемая лимфотропная терапия в комплексе лечения больных в послеоперационном периоде положительно влияет на восстановительную функцию организма, предотвращая осложнения со стороны основного заболевания, со-

Таблица 2

Динамика выделения экссудата из брюшной полости (мл) в после операционном периоде при эндомезентериальной лимфотропной терапии и традиционном способе лечения

Способ лечения	1 сутки	2 сутки	3 сутки	4 сутки
Традиционное лечение	117,2±10,1	100,4±7,9	77,1±5,8	38,4±6,9*
Эндомезентериальная лимфотропная терапия	108,4±9,2	60,3±9,6*	20,2±4,1*	5,7±1,3*

* - достоверность различия по сравнению с исходными данными (P<0,05).

кращает расходы на медикаментов и пребывание больного в стационаре на $4,5 \pm 1,2$ дня.

Литература:

1. Брискин Б.С. Совченко З.И. Хачатрян Н.Н. Абдоминальный сепсис, роль антибактериальной терапии. // Хирургия 2002: 4: 69-74.

2. Ваккосов М.Х. Исхаков Б.Р. Диагностика и хирургическое лечения послеоперационного перитонита. // Журнал: Хирургия Узбекистана 2005. № 1. С. 66-71.

3. Воробьев Г.И. Хирургическое лечение осложнений неспецифического язвенного колита. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии, 2003. Т. 13, № 1. С. 73–80.

4. Гостищев В.К. Сажин В.П. Авдовенко А.Л. Перитонит. М: Медицина 2002: 237.

5. Завада Н.В. Гаин Ю.М. Алексеев С.А. Хирургический сепсис. Учебное пособие. Минск : Новое знание 2003: 237.

6. Кригер А.Г. Шуркалин Б.К. Горский В.А. и др. Результаты и перспективы лечения распространенных форм перитонита. Хирургия 2001. № 8. С.8-12.

7. Осиков М.В., Симонян Е.В., Бакеева А.Е., Костина А.А. Экспериментальное моделирование болезни крона и язвенного колита. Современные проблемы науки и образования, 2016. № 4.

8. Сажин В.П., Авденко А.Л., Юришеви В.А. Современные тенденции хирургического лечения перитонита // Хирургия 2007 №11. С. 36-39.

9. Совалкин В.И. Биологическая терапия воспалительных заболеваний кишечника. // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология, 2010. № 3. С. 83–84.

10. Халиф И.Л. Хирургическое лечение и биологическая терапия при язвенном колите //Халиф И.Л. Российский медицинский журнал.2013., №31 С. 1632.).

11. Чернов В.Н. Белик Б.М., Ефанов С.Ю. Патогенез нарушения висцеральных функции при распространённом перитоните. // Вестник хирургии. 2014. № 4. С. 35-38.

12. Эгамов Ю.С., Рузиев А.Э. Значение эндомезентериальной лимфатической тера-

пии в комплексном лечении неспецифического язвенного колита в послеоперационном периоде. Журнал: Проблемы биологии и медицины, 2019. № 3 (111). С. 163–167.

13. Эгамов Ю.С., Рузиев А.Э., Хайдаров С.А. Эндомезентериальная лимфотропная терапия как метод предупреждающий осложнений в комплексном лечении неспецифического язвенного колита в послеоперационном периоде. // Журнал Новый день в медицине. -2019. - № 3. - С. 299-303.

14. Schein M. Surgical management of intraabdominal infection is there any evidence? //Langenbeck s Arch Surg 2002. Bd.387.S. 1-7.

15. Langan R.C., Gotsch P.B., Krafczyk M.A. et al. Ulcerative colitis: diagnosis and treatment. Am. Fam. Physician, 2007, No. 76 (9), pp. 1323–1330.

Article

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ЭНДОХИРУРГИИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН И РЕСПУБЛИКЕ КАРАКАЛПАКСТАН

Исмаилов С.И.,¹ Назыров Ф.Г.,¹ Кабулов М.К.,² Оразалиев Б.Х.,² Оразалиев Г.Б.²

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

2 Берунийское РМО Минздрава Республика Каракалпакстан, Беруний.

Key words: thermal regulation of newborns, thermo topography, gradients of temperatures.

Начало эры эндоскопической службы в республике Узбекистан берет свое начало с 70-х годов, одними из пионеров которого являются академик Вахидов В.В., профессор Калиш Ю.И. которые первые эндоскопические исследования осуществили на кафедре общей хирургии ТашГосМИ в 1972 году.

После открытия в Ташкенте в сентябре 1975 года филиала ВНИИ КиЭХ АМН СССР, ныне АО «РСЦХ имени академика В.В. Вахидова», в составе клиники образовано отделение хирургической эндоскопии, базирующееся в консультативно-диагностической поликлинике Центра, для проведения диагностических эндоскопических исследований амбулаторным больным, с выявлением нуждающихся в стационарном хирургическом лечении. Таким образом, осенью 1975 года под руко-водством профессора В. В. Вахидова впервые в Узбекистане была создана эндоскопическая служба.

Непосредственное участие в проведении первых эндоскопических исследований принимал в то время кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения абдоминальной хирургии, ныне профессор Ю.И. Калиш, который передал свой опыт первому заведующему отделением эндоскопии врачу-хирургу Л.П. Струсскому и на раннем этапе освоения новой специальности был его наставником. Накапливался опыт выполнения диагностических эндоскопий пищевода, желудка, двенадцатиперстной и толстой кишки (Л.П. Струсский), а также бронхо-легочной системы (А.Я. Фок) осуществляемых не только в плановом порядке, но и в экстренных случаях при желудочно-кишечных и бронхо-легочных кровотечениях или наличия инородного тела пищевода, желудка и бронхов.

Важным этапом явилось освоение эндоскопического метода диагностики заболеваний органов панкреатобилиарной системы, с возможностью одновременного выполнения лечебно-оперативной методики. Так, в декабре 1976 года была внедрена впервые в Республике эндоскопическая ретроградная панкреатикохолангиография (ЭРПХГ) с папиллосфинктеротомией (ЭПСТ) (Л.П. Струсский). Были внедрены инъекционная вентиляция легких при поднаркозной ригидной бронхоскопии (А.Я. Фок) и трахеобронхофиброскопия (ТБФС) под местной анестезией (Л.П. Струсский, А.Я. Фок).

С увеличением числа эндоскопических исследований также увеличивался штат отделения и число кабинетов для исследований. Непосредственно на рабочем месте, а также на выездных циклах кафедры эндоскопии (проф. Сотников В.А., ЦОЛИУВ, Москва, 1982-83гг.) были обучены эндоскописты для города Ташкента и областей республики, что привело к более совершенной организации эндоскопической службы в Республике Узбекистан.

В 1993 году по линии МВС РУз в НЦХ МЗ РУз, поступил полный эндоскопический набор для хирургических операций на органах брюшной и грудной полости фирмы «KARL STORZ» (Германия). По инициативе академика В.В. Вахидова, по его поручению ученику депутату Олий Мажлиса Республики Узбекистан к.м.н. Оразалиевым Б.Х. был приглашен профессор Балалыкин Алексей Степанович из г. Москвы. И 13 февраля 1994 года в отделении хирургии печени и желчевыводящих путей, профессором А.С. Балалыкиным выполнена первая лапароскопическая холецистэктомия с участием профессора А.В. Ва-

хидова., к.м.н. Шамирзаева Б.Н., Атаджанова Ш.К. В апреле 1994 года в институт были приглашены академик Алиев М.А. и старший научный сотрудник Доскалиев Д.А., которые с участием Вахидова А.В. провели несколько операций. С этого момента в институте широко выполняются лапароскопические операции, а с 1996 года - торакоскопические вмешательства больным с заболеваниями легких и сосудов. В настоящее время в операционных полностью обновлены аппаратура и инструментарий, проводятся лапаро- и торакоскопические операции на органах брюшной и грудной полости: холецистэктомия, холецистостомия, кистэктомия при паразитарных и непаразитарных кистах органов брюшной и грудной полости; буллэктомия, грудная симпатэктомия, овариоэктомия, тубэктомия, коагуляция и пересечение маточных труб; диагностическая и санационная лапароскопия и торакоскопия. Операции выполняются с использованием эндовизуальной техники на внепеченочных желчных протоках, органах желудочно-кишечного тракта, селезенке.

С мая 2014 года в связи с необходимостью внедрения инновационных эндовизуальных хирургических технологий в абдоминальную хирургию, под руководством профессора Ф.Г. Назырова и д.м.н. Хашимова Ш.Х., в АО «РСЦХ имени академика В.В. Вахидова» было организовано отделение эндовизуальной хирургии. Где впервые в нашей стране выполнена лапароскопическая холецистэктомия с иссечением средней и нижней трети холедоха с опухолью и частичной резекцией головки поджелудочной железы с наложением гепатикоэнтероанастомоза с энтеро-энтероанастомозом по Брауну большой холангицеллюлярным раком средней и нижней трети холедоха с прорастанием в головку поджелудочной железы.

В конце 2014 года сотрудники отделения выполнили лапароскопическую резекцию желудка по Бильрот-2 больной с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной декомпенсированным стенозом. Сложная в техническом отношении операция была выполнена с использованием сшивающих аппаратов, специально приспособленных для герметичного прошивания, пересечения и мобилизации тканей различной плотности

и толщины в условиях эндовизуального вмешательства. Условием выполнения сложных обширных лапароскопических вмешательств считается обязательное использование ультразвукового гармонического скальпеля-диссектора, энергетических электрохирургических платформ с технологией.

Ввод в эксплуатацию новых лапароскопических операционных с новейшим эндоскопическим оборудованием позволил за короткий срок значительно повысить уровень сложности выполняемых лапароскопических операций на печени, желчевыводящих путях и на желудке при ожирении тяжелой степени (трубчатая резекция).

В плановой хирургии эндохирургическая служба начиналась и в клинике академика Ш.И. Каримова под руководством д.м.н. профессора Хакимова М.Ш., также в НЦЭМП под руководством профессора Хаджибаева А.М., профессора Н.У. Ариповой, к.м.н. Янгиева Р.А. и во всех Областных филиалах экстренной медицины Республики Узбекистан.

В начале 1975 года Каракалпакский филиал НИИ онкологии и радиологии Минздрава Узбекистана одним из первых в Республике приобрел Японский фиброэзофагоскоп «Олимпус» type-F2. Для внедрения данного метода в практику к.м.н. Кабулов М.К был направлен на учебу – 2-х месячный цикл по Эндоскопии в Ленинградский НИИ Онкологии М.З СССР (апрель–май 1975г). После окончания учебы в июне 1975 года Кабуловым Мэлс Кабуловичем впервые была выполнена фиброэзофагоскопия с биопсией больному с диагнозом рак средней трети пищевода. Был организован эндоскопический кабинет. Сотрудниками филиала ежегодно выполнялись 400-450 фиброэзофагоскопии по поводу рака пищевода и кардиального отдела желудка.

Впервые эндоскопические методы диагностики хирургических заболеваний среди населения Республики Каракалпакстан были внедрены в 1975 году, когда Республиканский онкологический диспансер приобрел немецкий диагностический лапароскоп. Под руководством профессора д.м.н. руководителя торакального отделения НИИ онкологии и радиологии Минздрава Республики Узбекистан Кочегарова А.А была выполнена первая успешная диагностическая лапароскопия у

больного раком желудка с целью выявления метастазов рака в печени, брюшине и других органах брюшной полости. В дальнейшем диагностическая лапароскопия была освоена и регулярно выполнялась кандидатом медицинских наук, заведующим хирургического отделения Республиканского онкологического диспансера Кабуловым М.К. с целью определения операбельности рака желудка и нижней трети пищевода.

В Республиканской больнице №1 им. Героя Социалистического Труда легендарного хирурга У.Х. Халмуратова в г. Нукусе эндоскопическая служба начата в 1975 году Х.М. Матмуратовым и А.Д. Каландаровой на эндоскопе фирмы «Олимпус», где так же организован эндоскопический кабинет.

В конце 1975 года в Ресбольнице №1, так же было внедрено диагностическая лапароскопия в плановую хирургию, в основном при опухолевых заболеваниях брюшной полости, эхинококковой болезни, циррозе печени и механическое желтухе, под руководством министра Здравоохранения ККАССР, к.м.н. А.М. Худайбергеновым, и хирургом Оразалиевым Б.Х., и стал мощным стимулом развития плановой в последующим и в экстренной хирургии.

Весомую роль в развитии эндоскопической службы сыграло проведение в г.Нукусе в 1982 году выездного цикла по «Эндоскопии», организованного Минздравом Республики Каракалпакстан. Были приглашены известные эндоскописты – профессора, доценты и ассистенты кафедры эндоскопии ЦОЛИУВа г. Москвы под руководством заведующего кафедрой эндоскопии, профессора Сотникова В.Н. Они в течение одного месяца на базе Республиканской клинической больницы №1 готовили будущих врачей эндоскопистов. На цикл приглашены 30 курсантов – эндоскопистов из городов и районов Республики Каракалпакстан.

В 1984-1987 гг. в Республики Каракалпакстан широко стали выполняться лечебная эндоскопия. Так, в развития лечебной эндоскопии в практику Каракалпакского филиала НИИ онкологии и радиологии МЗРУЗ большую роль сыграла кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник НИИ онкологии и радиологии Кочегарова Г.И., кото-

рая впервые в 1986 году внедрила в практику Ресонкодиспансера электрохирургическую коагуляцию стенозирующих опухолей пищевода и провела туннелизацию, тем самым открывала просвет пищевода. Больные начали питаться через рот, что способствовало уменьшению вынужденной гастростомии для кормления больных.

Дальнейшее динамическое развитие и активизация эндоскопической хирургии Каракалпакстана, обучения врачей и проведения мастер – классов связано с именем профессора, лауреата Государственной премии Российской Федерации, главного эндоскописта г. Москвы Алексея Степановича Балалыкина. Он объездил все районы и города Каракалпакстана, ознакомился состоянием эндоскопических отделений и кабинетов, их оснащенности медицинской техникой и провел региональные научно – практические семинары. Некоторые практические хирурги под руководством А.С. Балалыкина стали заниматься научной работой. Он, будучи близким соратником известного хирурга, академика РАН, РАМН главного хирурга РФ, профессора Виктора Сергеевича Савельева интенсивно внедрил в практику лечебных учреждений и клиник институтов Узбекистана эндоскопические, лапароскопические методы лечения острых хирургических заболеваний органов брюшной полости – холецистэктомии, аппендэктомии, а также организовал и определил показания к диагностической лапароскопии при острых травмах живота.

Благодаря активной деятельности профессора А.С. Балалыкина хирурги Республики Каракалпакстан стали широко применять диагностическую и лечебную лапароскопию, что незамедлительно отразилось в результатах своевременного выбора лечебной тактики, что привело к уменьшению осложнения и послеоперационной летальности.

Знаменательным событием в развитие эндоскопической службы Республика Каракалпакстан стало проведения в 1996 году в г.Нукусе Республиканской научно – практической конференции на тему «Актуальные проблемы онкологии и эндоскопической хирургии в регионе Южного Приаралья». Она была организована Академией Наук Республики Узбекистан и Каракалпакским НИИ клиниче-

ской и экспериментальной медицины. В работе конференции участвовали 176 ученых и практических врачей из России, Казахстана, Туркменистана и всех областей Узбекистана. Были заслушаны 55 научных докладов, в том числе 15 докладов были посвящены эндоскопической хирургии. Из Республики Каракалпакстан были доклады профессора Кабулова М.К. на тему: «Эндоскопический скрининг населения в экологически кризисных районах РК», д.м.н. Ещанов А.Т сделал доклад на тему «Лапароскопическая холецистэктомия в лечении патологии желчного пузыря», к.м.н. Оразалиев Б.Х сделал доклад на тему «Инвазивные и не инвазивные методы диагностики и тактики лечения онкологических заболеваний органов брюшной полости». Главный внештатный эндоскопист Минздрава РК Каландарова А.Д. по материал Республиканской клинической больницы №1 представила доклад на тему: «Перспективы эндоскопической лазеротерапии эрозивно – язвенных процессов пищевода».

Надо отметить, что именно д.м.н. профессором Ещановым А.Т в 1995 году 11 сентября, в Республиканской Больнице №1 имени героя Социалистического Труда, легендарного хирурга Уразынбета Халмуратовича Халмуратова которому 28.02.2020 года исполнилось 120 лет, сделано первая лапароскопическая холецистэктомия с последующим выполнением лапароскопических операции брюшной полости, которая прочно вошла в практическую здравоохранению.

В условиях районных медицинских объединений Каракалпакстана, внедрение диагностической эндоскопии в Берунийском районе начата 13 сентября 1980 года. Приобрели жёсткий лапароскоп из Ленинградского медицинского оптического завода. Пионерами лапароскопии были хирурги Оразалиев Б.Х., и Юсупов И.А. Последующим получены более усовершенствованный аппарат лапароскоп произведённый из Германии. Благодаря лапароскопии с 1980 по 1987 г.г. произведены 690 лапароскопических исследований, при затруднении диагностик острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости, даже выезжали на консультации в соседние районы республики в 42 случаев. Диагностической эффективности которых со-

ставили 92%. Это были прекрасным достижением того времени и помогал практическому врачу, просто «Ангелом спасения», где нет научных, опытных специалистов и вошёл в жизнь большой хирургии как основным видом инструментального обследования, больных острым хирургическим заболеванием на органах брюшной полости, летальность снижена с 11% до 1%, а диагностическая ошибка с 14% до 2,5%. Последующие годы 1983 года внедрены малые лапароскопические операции как; дренирование брюшной полости в нескольких точек живота, при гинекологическом пельвиоперитоните, послеоперационном перитоните, лапароскопическом холецистостомии по Прудкову И. Д., энтеростомии и бипсия при онкологических заболеваниях. Лапароскопия помогала практическому врачу, для выбора тактики лечения при холецистите, панкреатите и выбора доступа при лапаротомии.

Внедрением динамической лапароскопии, появилось возможность следить за течением воспалительного процесса брюшной полости и выбора тактики лечения.

Лапароскопия иногда служил методом предоперационной подготовки больным холециститом, механической желтухой, особенно у лиц старшего и пожилого возраста.

Результатом внедрения лапароскопии в условиях районных, городских больниц, стало защитой кандидатской диссертации в 1987 году, соискателя Оразалиева Б.Х. 2 - Московского Медицинского институт им. Н.И. Пирогова, в клинике руководителя академика В. С. Савельева на тему: «Диагностическая и лечебная эндоскопия при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости» под руководством профессора А. С. Балалыкина, лауреатом Государственной премии СССР, который дал высокую оценку выполненной диссертации, а исполнителя охарактеризовал как «крупного организатора и блестящего хирурга».

В последующим диагностическая эндоскопия прочно вошла в жизнь, практическому Здравоохранению в Республике Каракалпакстан в целом Республики Узбекистан.

С приобретением в 2010 году видеолапароскопического операционного набора, фирмы Карл-Шторц начата новая эра виде-

олапароскопической хирургии, при желчно-каменных болезнях, острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, а также в гинекологии, с подготовкой молодых кадров. По оперативной эндоскопии одним из первых в регионе широко начата эндоскопические операции в условиях районной больницы.

Подготовили молодого кадра (2002 г) кандидата медицинских наук Оразалиева Г. Б. на базе Ташкентского Научного Центра Хирургии им. академика В. В. Вахидова под руководством профессора Ф. Г. Назырова, профессора Ю. И. Калиша, д.м.н. М. М. Акбарова. Последующим обучением в Казанском медицинском университете у профессора Д. М. Красильникова. Затем в Московском Медицинском Университете имени Сеченова у профессора Э. А. Галлямова, стал мощным стимулом в диагностике и внедрении высокотехнологической эндоскопической хирургии в районных и городских условиях Республики Каракалпакстан.

Начаты операции на желчном пузыре, остром холецистите, хроническом холецистите, аппендэктомии, ушивание перворотивной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, эхинококкэктомии из печени, 70% гинекологических операций, травмы живота, нефрэктомия, герниопластика в итоге за 9 лет произведены, более 3 тысячи операций с хорошим результатом.

Внедрение эндоскопии и рентген-эндоскопического исследования на дуоденопанкреато-билиарной системе начата в 1981 году, пионерам диагностической эндоскопии является Ю.Р. Атаджанов, который прошёл эндоскопическую школу у Струсского Л.П. в г.Ташкенте, МОЛГМИ им. Пирогова у профессора Балалыкина А. С., и Сотникова В. Н. Особенно после 2005 по 2019 г.г. производится ЭРПХГ, ЭПСТ где обследованы, более 400 больных патологий на панкреатобилиарной системе (А. С. Балалыкин., Оразалиев Б.Х., Оразалиев Г.Б., Атаджанов Ю. Р.).

Особенную роль дуоденоскопии типичной, не типичности ЭПСТ при механической желтухе, стало методом лечения при холедохолитиазе, извлечением конкремента с помощью корзины Дормиа, стал новым поворотом

в билиарной хирургии в руках практического хирурга в 32 случаев. А методом предоперационной подготовки у тяжёлых больных с механической желтухой в 17 случаев.

В целом эндоскопическая хирургия на сегодняшнее время является альтернативой общей и традиционной хирургии. В связи развития высокотехнологической, современной эндохирургической аппаратуры и медицинского оборудования, она превосходит традиционной хирургии, т.к является мало травматичным и благоприятным течением в послеоперационном периоде и ранним восстановлением трудоспособности больных!

Было бы неуместным не перечислить имена практических врачей хирургов, внёсших вклад в развитие диагностической, оперативной и эндоскопической хирургии в Республике Каракалпакстан; д.м.н. профессора А. М. Худайбергенова., д.м.н. профессора М. К. Кабулова., д.м.н. Оразалиева Б.Х., д.м.н. профессора Ещанова А.Т., д.м.н. Ходжиева Д.Ш., к.м.н. Оразалиева Г.Б., к.м.н. Исмаилова К.И., Реимова Е. К., Атаджанова Ю. Р. и т.д. которые внесли достойный вклад в развитие эндоскопической хирургии в республике.

История развития эндоскопической хирургии в Республике Каракалпакстан за анализируемый период (1975-2020гг) можно охарактеризовать как удовлетворительной. Она развивалась и становилась поэтапно в ногу с современной клинической медициной. Особенно за последние 10 лет эндоскопическая хирургия получает большую популярность среди хирургов. Свидетельством тому является функционирования во всех 14 районах и городах Республики Каракалпакстан. В ведущих хирургических стационарах Узбекистана и в том числе Республики Каракалпакстана успешно выполняется ежегодно несколько тысячи лапароскопических и торакокопических операций. Нет никаких сомнений, что эндоскопическая хирургия будет стремительно развиваться, заменяя традиционные методы хирургического лечения.

Литература:

1. Республиканскому специализированному центру хирургии имени академика В.Вахидова 30 лет. // Хирургия Узбекистана. —2005. -№ 2. -С. 20.

Article

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Ахророва Л.Б., Бозоров Д.П., Хикматов Ж.С.

Бухарский государственный медицинский институт

Ключевые слова: геморроидальные узлы, качество жизни, анальные трещины, послеродовая консервативная терапия.

Введение. Геморрой – это болезнь, при которой происходит увеличение объема и кровотока вен геморроидального сплетения, расположенного у выхода из заднего прохода с образованием геморроидальных узлов. Геморрой является самым распространенным проктологическим заболеванием. Считается, что им страдает более 10% населения в возрасте от 30 до 50 лет. По данным разных авторов, в колопроктологии геморрой занимает одно из первых мест, а его распространенность высока и составляет 140—180 человек на 1000 взрослого населения [1,10].

У женщин геморрой проявляется или обостряется главным образом, во время беременности и в родах. По статистике у нерожавших женщин геморрой встречается в 5 раз реже, чем у рожавших хотя бы один раз. При этом играет важную роль и возрастной критерий: при беременности в 30 лет заболевание встречается в 3 раза чаще, чем при беременности в 20 лет. По данным Н.В. Мун и соавт.[6], геморрой встречается у 7,7% небеременных, у 25,7% беременных и у 49,8% родильниц. Беременность, не являясь основным патогенетическим фактором геморроя, часто выявляет его, усугубляет его клиническое течение. С другой стороны, геморрой у беременных часто осложняет течение родов и послеродовой период [7,8].

Заболеваемость геморроем в последнее время имеет большое влияние на качество жизни больных, продолжая оставаться одной из социальных проблем в хирургической практике, что заключается в развитии осложнений, носящих хронический характер [2,5,9]. Это заболевание особенно грозно у категории пациенток с различными сроками беременности, причем, возникшие у данной

категории больных осложнения, могут сопровождать их и в отдаленном послеродовом периоде [3,5,7].

Выпадение геморроидальных узлов может вызвать разрыв венозных сосудов, анемию и другие осложнения, которые повлияют на развитие плода. Постоянные запоры, натужения при геморрое приводят к хроническому спазму мышц анального сфинктера и способствуют образованию анальных трещин.

В связи с этим ранняя диагностика и вовремя проведенное лечение может эффективно повлиять на качество жизни пациенток и течение заболевания [2,4].

Цель. Провести обзор методов профилактики и лечения геморроя у беременных на современном этапе.

Материал и методы. В клинике кафедры факультетской и госпитальной хирургии, урологии, совместно с кафедрой акушерства и гинекологии Бухарского медицинского института в отделениях колопроктологии и патологии беременных был проведен ретроспективный анализ лечения 34 (100%) пациенток в различные сроки беременности, находящихся на стационарном лечении в период за 2018-2021гг. Основное число пациенток были во втором и третьем триместрах беременности, что составляло 29 (85,3%) человек, в первом триместре - 5 (14,7%) человек. Первородки составляли 11 (32,4%) человек, пациентки со второй и третьей беременностью - 23 (67,6%). Возраст пациенток варьировал от 23±1,4 до 35±2,7 лет. Пациенткам были назначены препараты в виде свеч, спазмолитики и симптоматическое лечение. У всех наблюдаемых пациенток выявлены хронические формы геморроя, причем у 12% (4,1%) из них наблюдались осложненные формы,

такие как кровотечения их геморроидальных узлов, болезненность и дискомфорт в области ануса, запоры.

Результаты и обсуждение. Основная сложность является в лечении геморроя у женщин во время беременности и после родов заключается в выборе препаратов, которые способны максимально эффективно справиться с симптомами и безопасных для женщины и ребенка. Применение препаратов для лечения геморроя в остром периоде могут отрицательно влиять как на организм матери, так и плода, усугубляя при этом течение родов. С целью профилактики острого геморроидального тромбоза надо применять противовоспалительные препараты местного действия и продолжить активную послеродовую консервативную терапию в сроки до 3-х суток после родов.

У беременных женщин необходимо увеличить количество клетчатки (овощи, фрукты, каши, кроме риса) в рационе и объем употребляемой воды для профилактики осложнения геморроя и с целью предупредить возможные запоры. Исключить употребление кофе и чая, так как они содержат кофеин, который способствует дополнительному выведению воды. Для того, чтобы избежать застоя крови в малом тазу, рекомендовали ежедневно совершать пешие прогулки, в зависимости от срока беременности выполнять легкие физические нагрузки.

Всем пациенткам проведено родоразрешение, в 7% (2,4%) случаях - произведено с помощью кесарева сечения.

Лечебные мероприятия, проводимые при геморрое, оказывали значительное влияние на течение заболевания, однако результаты исследования показали, что осложнения, возникающие в предродовом периоде, продолжают проявляться и в отдалённом послеродовом периоде, значительно влияя при этом на качество жизни пациенток.

Выводы. Исследования показали, что предварительный осмотр и профилактические мероприятия при наличии начальных признаков геморроя у пациенток необходимо проводить ещё до наступления беременности. При развитии геморроя во время беременности рекомендовано проведение комплексного лечения и на протяжении всего

срока беременности и послеродовом периоде необходимо периодическое наблюдение хирурга по месту жительства.

Литература:

1. Воробьев Г.И., Шельгин Ю.А., Благодарный Л.А. Геморрой. М:Литтерра 2010; 200.
2. Гусева О.И. Геморрой при беременности // Практическая медицина. 2017. №6 (107). С. 173-175.
3. Духанин А.С. Что определяет эффективность и безопасность местных препаратов для лечения геморроидальной болезни // Хирургия, 2017. № 10. С.113- 119.
4. Краснова Н.А. Лечение геморроя у беременных и родильниц // Акушерство и гинекология. 2011. № 8. С. 98-101.
5. Ломова Н.А. Геморрой у беременных и родильниц: принципы терапии // Медицинский совет. 2016. № 2. С. 22-25.
6. Мун Н.В., Мырзабекова А.Ж., Мун Г.Н. Особенности клинического течения острого геморроя у беременных. Пробл колопроктол 2002; 18: 158-160.
7. Тютюнник В.Л., Кирсанова Т.В., Михайлова О.И. Геморрой в акушерской практике: этиология, патогенез, клиника, лечение. РОССИЙСКИЙ ВЕСТНИК АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА. 2012; 4: 4: 88-92.
8. Abramowitz L., Batallan A. Epidemiology of anal lesions (fissure and thrombosed external hemorrhoid) during pregnancy and postpartum. GynecObstetFertil 2003; 31: 6: 546-549.
9. Chand M., Nash G.F., Dabbas N. The management of haemorrhoids. Br J Hosp Med 2008; 69: 1: 35-40.
10. Hollingshead JR.et al.Haemorrhoids: modern diagnosis and treatment. // Postgrad Med J. 2016. Jan. 92(1083):4-8.

Article

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИШЕЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ АМЕБИАЗА

Ахмедов М.А., Мирзахмедов М.М., Наврузов Б.С.

Ташкентская медицинская академия

Ключевые слова: кишечный амебиаз, перфорация, геморрагический язвенный процесс, специфическая противоамебная терапия, колэктомия.

Актуальность проблемы. В основе амебного поражения толстой кишки, а также внекишечных форм амебиаза лежат факторы, обусловленные как микро-, так и макроорганизмом, и способствующие внедрению возбудителей в кишечную стенку [4]. Амебиаз толстой кишки характеризуется развитием хронического рецидивирующего геморрагического язвенного процесса в толстой кишке, который нередко осложняется перфорацией, хроническим или профузным кровотечением, стриктурой, псевдополипозом и амебомой [1,4,6,8].

Амебиаз относится к краевым патологиям Узбекистана [4]. Ранняя диагностика данного заболевания позволяет предупредить развитие опасных хирургических осложнений и необходимость в выполнении хирургических вмешательств по экстренным показаниям. Послеоперационные осложнения при этих вмешательствах достигают 25-30%, что диктует необходимость разработки новой тактики лечения данной патологии [2,3,7,9].

Знание клинических проявлений и возможных хирургических осложнений амебиаза позволяет хирургу целенаправленно определить объём диагностических мероприятий, чтобы предупредить или выявить развитие хирургических осложнений, влекущих за собой операции по неотложным показаниям, при которых наблюдается высокая летальность [4,5].

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения кишечных осложнений амебиаза толстой кишки (АТК) при помощи оптимально выбранной тактики и техники оперативного вмешательства.

Материалы и методы. В Научном Центре Колопроктологии Республики Узбекистан

в период 2000-2021 гг. прооперировано 122 больных с АТК. Средний возраст больных составил $41,4 \pm 4,7$ лет. Мужчин было 71 (58,2%), женщин - 51 (41,8%).

Все больные были обследованы по стандарту, который включает наряду с общеклиническими, инструментальными (ЭКГ, рентгеноскопия грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости) и специальные (ректороманоскопия, колоноскопия, ирригография, радиологические исследования, электрокологграфия, радионуклидные исследования эвакуаторной функции толстой кишки, баллонография, копроскопия, бактериологические и серологические) методы исследования.

При изучении анамнеза длительность заболевания АТК составила: 1-3 года у 62 (50,8%), 4-6 лет у 54 (44,3%), а острая и молниеносная форма наблюдались у 6 (4,9%) больных. Клинические формы кишечных осложнений АТК по распространенности поражений представлены в таблице 1.

Как видно из таблицы, у 32,8% больных диагностировано левостороннее, у 24,6% больных - тотальное поражение толстой кишки.

При неосложненной амебиазе прогноз, как правило, благоприятный. Своевременно начатое лечение обычно приводит к радикальному излечению.

Консервативная терапия амебиаза толстой кишки должна быть комплексной, включающей специфическую противоамебную терапию, диетотерапию, парентеральную коррекцию обменных нарушений с использованием гемо- и плазматрансфузий, антибактериальную терапию и препараты, корригирующие иммунный статус. Эти мероприятия должны сочетаться с местной терапией.

Основной в лечении амебиаза толстой кишки является специфическая противоамебная терапия. Наиболее эффективным и

нетоксичным препаратом для лечения больных как с кишечными, так внекишечными проявлениями амебиаза, считается производное

Таблица №2.

Протяженность поражения толстой кишки при амебиазе.

№	Распространенность поражения	Кол-во больных	%
1	Тотальная	30	24,6
2	Субтотальная	12	9,8
3	Левосторонняя	40	32,8
4	Проктосигмоидит	15	12,3
5	Проктит	22	18
6	Амебома слепой кишки	3	2,5
Всего:		122	100

5-нитроимидазола – метранидазол, метрагил, флагил, трихопол (Наврузов С.Н. 2006).

Как видно из таблицы, у 32,8% больных диагностировано левостороннее, у 24,6% больных - тотальное поражение толстой кишки.

При неосложненном амебиазе прогноз, как правило, благоприятный. Своевременно начатое лечение обычно приводит к радикальному излечению.

Консервативная терапия амебиаза толстой кишки должна быть комплексной, включающей специфическую противоамебную терапию, диетотерапию, парентеральную коррекцию обменных нарушений с использованием гемо- и плазмотрансфузий, антибактериальную терапию и препараты, корригирующие иммунный статус. Эти мероприятия должны сочетаться с местной терапией.

Основной в лечении амебиаза толстой кишки является специфическая противоамебная терапия. Наиболее эффективным и нетоксичным препаратом для лечения больных как с кишечными, так внекишечными проявлениями амебиаза, считается производное 5-нитроимидазола – метранидазол, метрагил, флагил, трихопол (Наврузов С.Н. 2006).

У 24 (19,7%) больных, у которых диагностированы амёбный проктит и проктосигмоидит, проведенное консервативное лечение привело к улучшению состояния. В результате лечения восстановилась трудоспособность, стул стал оформленным. Эндоскопически у этих больных отмечено полное заживление

язв, но гиперемия и небольшой отек со стороны слизистой толстой кишки сохранялись. Оперативному вмешательству подвергнуты 98(80,3%) больных. Хирургическое лечение осложнений амебиаза сочеталось с консервативной терапией. Показаниями к оперативному вмешательству при АТК послужили: кишечное кровотечение - у 48 (49%), стриктура и псевдополипоз - у 14 (14,3%), стриктура прямой кишки - у 3 (3,1%), токсическая дилатация - у 2 (2%) и прогрессирование заболевания, отсутствие эффекта от консервативной терапии - у 31 (31,6%) больных. Всем больным в предоперационном периоде проводилась консервативная терапия. Схема предоперационной консервативной терапии заключалась в следующем: производные 5-нитроимидазола - метранидазол по 500мг х 3 раза в сутки, тинидазол 500 мг х 2 раза в сутки и орнидазол по 500 мг х 2 раза в сутки в течение 10 дней. С целью улучшения кишечной микрофлоры назначали пробиотики: Бификол по 5 доз х 3 раза в сутки в течении 10 дней. Ежедневно производились лечебные клизмы с добавлением препарата «Бакстимс». 30 (30,6%) больным, у которых диагностировано тотальное поражение амебиазом 18(18,4 %), выполнена колэктомия, передняя резекция прямой кишки с наложением низкого илеоректального анастомоза при помощи циркулярно сшивающего аппарата (ЦСА), 10 (10,2%) больным выполнена колопроктэктомия с формированием одноствольной илеостомии, 2 (2 %) - выполнена колопроктэкто-

мия с формированием резервуара из тонкой кишки и наложен «пауч» - анальный анастомоз. 12 (12,2%) больным, у которых установлено субтотальное поражение толстой кишки амебиазом, произведена колэктомия с наложением илеоректального анастомоза с помощью ЦСА.

Из 40 (41%) больных диагностированным левосторонним поражением толстой кишки амебиазом 32 (32,7%) выполнена левосторонняя гемиколэктомия с наложением транзверзоректального анастомоза с помощью ЦСА, а 8 (8,2%) - произведена левосторонняя гемиколэктомия и брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением поперечноободочной кишки в анальный канал с избытком. 5 (5,1%) больным, у которых установлено поражение амебиазом прямой и сигмовидной кишки, выполнена брюшно-анальная резекция прямой кишки и резекция сигмовидной кишки с низведением нисходящей кишки в анальный канал с избытком. 8 (8,2%) больным из-за сужения прямой кишки, осложненной частичной кишечной непроходимостью, выполнена брюшно-анальная резекция прямой кишки и сформирована одностовольная сигмостома. У 3 (3,0%) больных диагностирован амебиаз правой половины толстой кишки. Этим больным произведена правосторонняя гемиколэктомия с наложением илеотранзверзоанастомоза.

В раннем послеоперационном периоде у 9 (9,2%) больных, которым произведены радикальные оперативные вмешательства, возникли осложнения в виде: кровотечения из пресакральной области - у 2 (2%), нагноение пресакральной области - у 1 (1,0%), ретракция низведенной кишки - у 3 (3,0%), несостоятельность илеоректального анастомоза - у 2 (2,0%), ранняя кишечная непроходимость - у 1 (1,0%) больного. Умер 1 больной (1,0%) вследствие несостоятельности илеоректального анастомоза, осложнённой разлитым перитонитом.

Для уменьшения частоты осложнений, связанных с нагноением пресакральной области, в нашем центре применяется методика непрерывного капельного орошения пресакральной области озоновым раствором (получен патент на изобретение). Нужно особо

подчеркнуть, что течение перитонита на фоне несостоятельности анастомоза у 2 больных было атипичным, т. е. отсутствовал и болевой синдром, напряжение живота и лейкоцитоз. Нарастающая интоксикация, ухудшение общего состояния больных, нестабильность снижения гемодинамических показателей позволяли заподозрить наличие несостоятельности межкишечного анастомоза.

Этим больным произведены релапаротомия, разобщение илеоректального анастомоза с формированием концевой илеостомы, назогастроэнтеральной интубацией и дренированием брюшной полости. Несмотря на проведенное интенсивное лечение, у одного больного наступил летальный исход. У второго больного состояние улучшилось, был выписан домой. Восстановительная операция была произведена через 6 месяцев.

В отдаленном послеоперационном периоде все 97 больных находились на диспансерном наблюдении. Контрольные осмотры проводились через 6 месяцев, через год, 3 года и 5 лет после операции. Контроль за состоянием больных осуществляли, наряду с общепринятыми, также серологическими и копрологическими методами. Больные проходили стационарные и амбулаторные осмотры путем анкетирования. Для оценки отдаленных результатов и качества жизни мы использовали шкалу Visica, которая заключается в следующем:

Отличные результаты: больные не предъявляли жалоб, стул был один-два раза в день. Эту группу составили 3(3%) больных, перенесших правостороннюю гемиколэктомию с наложением илеотранзверзоанастомоза, 32 (32,6%) перенесших левостороннюю колэктомию с транзверзоректальным анастомозом и 12 (12%) больных, которым выполнена колэктомия с наложением илеоректального анастомоза.

Хорошие результаты- больные не предъявляли особых жалоб, практически здоровы, трудоспособность полностью восстановлена, стул до 3-5 раз в сутки. В эту группу входили 16 (16,3%) больных перенесших колэктомию, переднюю резекцию прямой кишки с наложением низкого илеоректального анастомоза при помощи циркулярно сшивающего аппа-

рата, 2 (2%) - с колопротэктомией с формированием резервуара из тонкой кишки и наложением «пауч» - анального анастомоза, 8(8,2%) больных которым произведены левосторонняя гемиколэктомия и брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением поперечноободочной кишки в анальный канал с избытком и 5 (5,1%) больных, которым выполнена брюшно-анальная резекция прямой кишки и резекция сигмовидной кишки с низведением нисходящей кишки в анальный канал с избытком.

Удовлетворительные результаты: больные жаловались на периодическую слабость, умеренные боли в животе, трудоспособность восстановлена частично. В эту группу входили 10 (10,2%) больных, которым выполнена колопротэктомия с формированием одноствольной илеостомы и 8 (8,2%) больных, с выполненной брюшно-анальной резекцией прямой кишки и формированием одноствольной сигмостомы.

Неудовлетворительные результаты: больные предъявляют жалобы на частый жидкий стул, явления недостаточности анального жома, боли и мацерацию в заднем проходе, трудоспособность не восстановлена. В эту группу входили больные, у которых в послеоперационном периоде наблюдалась ретракция низведенной кишки - 3(3%) и недостаточность илеоректального анастомоза - 2 (2%) больных.

Таким образом, ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения АТК показали, что из 98 больных, которым произведены радикальные оперативные вмешательства у 75 (76,5%) больных отмечены отличные и хорошие результаты.

Выводы.

1. Амебиаз — единственный кишечный протозоос, дающий летальные исходы без своевременной специфической терапии. Поздняя диагностика и, вследствие этого, поздно начатое лечение ведут к тяжелым кишечным и внекишечным осложнениям и, нередко, к летальному исходу.

2. Показаниями к оперативному лечению кишечных осложнений амебиаза являются: перфорация толстой кишки, профузное кишечное кровотечение, токсическая дилатация, гангрена, стриктура и псевдополипоз

толстой кишки, а также прогрессирование заболевания с отсутствием эффекта от консервативной терапии.

3. На основании полученных 76,5% хороших и отличных результатов рекомендуется радикальное оперативное лечение в сочетании с противоамебной терапией в до- и послеоперационном периоде.

Литература:

1. Бронштейн А.М., Малышев Н.А., Лучшев В.И. Амебиаз: клиника, диагностика, лечение. Методическое пособие. М 2001.

2. Кузнецов Э.Ф., Михалевская Л.А. и др. Хирургические аспекты в лечении амебиаза. Сборник тезисов VII Российского съезда инфекционистов. Нижний Новгород: Ремедиум 2006; 216.

3. Лисицын К.М., Ревской А.К. Неотложная абдоминальная хирургия при инфекционных и паразитарных болезнях. М: Медицина 1988; 237—271с.

4. Наврузов С.Н. Амебиаз толстой кишки: Клиника, дифференциальная диагностика и лечение. Ташкент: Шарк, 2006; 7-8с.

5. Продеус М.В. Амебиаз // Качество жизни. Медицина. – 2005, № 1. – С. 62–67.

6. Свистунов О.П. (Россия), AnyaKalu (Нигерия) Амебиаз и его клиническая картина в настоящее время. Medline 2008.

7. Токмалаев А.К., Астафьева Н.В., Быкова Р.Н. и др. Кишечный и внекишечный амебиаз: клинические наблюдения // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. – 2005. – № 2. – С. 18–21.

8. Abbas M.A., Mulligan D.C., Ramzan N.N. et al. Colonic perforation in unsuspected amebic colitis. Dig Dis Sci 2000; 45: 1836—1841.

9. Ciftci A.O., Karnak L., Spenak M.E. Spectrum of complicated intestinal amebiasis through respected specimens incidence and outcome. J Pediatr Surg 1999; 34: 1369—1373.

Article

ВЫБОР ЭТАПНОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СВЕРХОЖИРЕНИИ

Оспанов О.Б.

Медицинского университета «Астана», город Нур-Султан, Казахстан.

Ключевые слова: шунтирующие бариатрические операции, слив резекция желудка, сахарный диабет 2 типа, билиопанкреатическое шунтирование, брюшного интегрального индекса анатомии, рейтинговая шкала

Введение. При сверхожирении с индексом массы тела (ИМТ) более 50 кг/м² применение шунтирующей бариатрической операции становится технически сложной, а при ИМТ более 60 кг/м² – нередко трудно выполнимой задачей. Это привело к разработке двухэтапного хирургического лечения ожирения [1]. Первым этапом было предложено выполнять продольную рукавную (слив) резекцию желудка (ПР(С)РЖ), не требующую манипуляций с тонкой кишкой в условиях массивного висцерального ожирения, что несколько снижает высокий операционный риск при сверхожирении [2]. А вторым этапом было предложено применять одну из более эффективных шунтирующих методов бариатрической хирургии [3]. Несмотря на то, что продольная рукавная (слив) резекция желудка в настоящее время успешно применяется как самостоятельная бариатрическая процедура, занимая в доле выполненных бариатрических операций 2 место, она уступает желудочному шунтированию по положительному метаболическому воздействию [4]. Поэтому лапароскопическое желудочное шунтирование является методом выбора, наиболее часто применяемое при сахарном диабете 2-го типа [5].

Как правило, опытные бариатрические хирурги, основываясь на своем опыте оценки условий выполнимости операции у пациента со сверхожирением, выбирают одноэтапную бариатрическую операцию в виде одного из разнообразных методов гастрешунтирования, билиопанкреатического шунтирования или ограничиваются выполнением продольной рукавной (слив) резекцией желудка. Уровень подготовленности и опыта хирурга должен су-

щественно влиять на выбор вида этапности лечения. Но в бариатрической и метаболической хирургии практически отсутствуют такие рекомендации и другие положения, основанные на четких критериях оценки условий рабочего лапароскопического пространства при сверхожирении. При этом простое доступная оценка могла быть сделана на основе линейных измерений. Это важно для объективного и стандартизированного выбора наиболее безопасного или наиболее эффективного метода бариатрической операции, а также определения этапности хирургического лечения.

На наш взгляд, важным для хирурга при выборе одно или двухэтапного лечения при сверхожирении стало бы разработка метода подсчета брюшного интегрального индекса анатомии (БИИА) брюшной стенки и абдоминальной полости после выполнения пневмоперитонеума. БИИА должен включать такие индивидуальные компоненты как рабочий объем брюшной полости после создания пневмоперитонеума, а также размер левой доли печени и объем висцерального жира.

Целью нашей работы. Стало создание рейтинговой интегральной шкалы оценки условий рабочего лапароскопического пространства основанной на линейных измерениях для выбора оптимального одно или двух-этапного хирургического лечения при сверхожирении.

Методы. Мы создали виртуальную модель брюшной полости, в которую включили переднюю брюшную стенку, печень, большой сальник и свободную абдоминальную полость образующуюся при выполнении пневмоперитонеума. Схема модели и ключевые точки для линейных измерений показаны на

рисунке 1.

Условия для проведения измерений у пациентов

Пациенты были в состоянии наркоза с введенными миорелаксантами. Исследуемые были в горизонтальном положении на спине. Измерение проводили после создания пневмоперитонеума с давлением 12 мм рт. ст. Затем под лапароскопической graspеры CroceOlmi (KarlStorz, Tuttingen, Germany). На наружной поверхности трубчатого корпуса graspера наносили сантиметровые и миллиметровые значения начиная от дистального конца рабочей части инструмента до проксимальной части трубчатого корпуса (до ручек graspера).

Метод измерения линейных размеров абдоминальной полости

При проведении линейных измерений исходили из положения, что это подразумевает измерение расстояния между двумя заданными точками или объектами.

Измерения производили через два 11 мм троакара. Один из которых устанавливали для лапароскопа, введенный по средней линии передней брюшной стенки на расстоянии 15 см ниже мечевидного отростка. А второй 11 мм троакар вводили в левом подреберье, ниже 10 ребра по среднеключичной линии.

Поочередно измеряли:

- Толщину передней брюшной стенки;
- Расстояние от внутреннего края брюшной стенки до поверхности внутренних орга-

нов, введенным под прямым углом инструментом;

- Расстояние от внутреннего края (нижней поверхности) брюшной стенки до пищеводного отверстия диафрагмы;

- Толщину левой доли печени на инструменте проведенном под нижней поверхностью печени;

- Расстояние от внутреннего края брюшной стенки в левом подреберье до связки Трейца с определением толщины большого сальника размещенного на поверхности измеряемого инструмента в результате смещения большого сальника в верхне-медиальном направлении.

Результаты. Разработанный метод подсчета измерений включает:

1. Определение (O1) показателя отношения толщины передней брюшной стенки и высоты свободной брюшной полости CD/AC.

2. Расчет (O2) показателя отношения ширины левой доли печени к длине верхнего этажа брюшной полости CG/EG.

3. Определение (O3) показателя отношения толщины большого сальника при отведении его от связки Трейца лапароскопическим инструментом к длине внутрибрюшной части данного инструмента от нижней (внутренней) поверхности брюшной стенки в левом подреберье до связки Трейца JI/FI.

4. Подсчет общего показателя рейтинга (ОПР) $ОПР=O1+O2+O3$. (брюшной интегральный индекс анатомии).

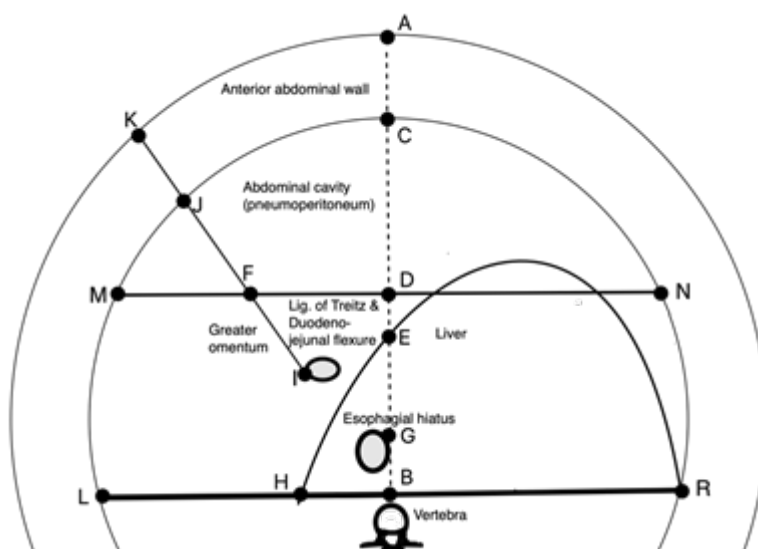


Рис.1 Модель брюшной полости и ключевые точки для линейных измерений в условиях пневмоперитонеума

Рейтинговая шкала оценки условий оперирования при шунтирующей операции у пациента со сверхожирением

На таблице 1 показаны уровни (сте-

пени) сложности условий оперирования в соответствии с набранными баллами.

Таблица 1. Уровни (степени) сложности и оценка условий

Уровень (степень) сложности	Интервал значений шкалы (ОПР) в баллах	Оценка условий
I	>5	оптимальные
II	>4-<5	хорошие
III	>3 - <4	приемлемые
IV	>2 - <3	плохие
V	<2	экстремально плохие

Практическое применение рейтинговой шкалы показано на примере двух пациентов весом 170 кг со сверхожирением, которым выполнено лапароскопическое одно анастомозное желудочное шунтирование показано в таблице 2.

Таблица 2. Примеры подсчета условий оперирования с использованием разработанной модели и шкалы рейтинга у двух пациентов с одинаковым ростом и примерно одинаковой массой тела

№	Рост, вес, ИМТ	CD/AC	CG/EG	JI/FI	Общий показатель (брюшной интегральный индекс анатомии)	Оценка условий
1	170 см, 154кг, 53,3 кг/м ²	12/11=1,09	22/17=1,9	7/7=1	3,99	приемлемые условия
2	170 см, 153кг, 52,9 кг/м ²	10/10=1	23/20=1,15	6/8=0,75	2,9	плохие

Как видно из таблицы, у двух пациентов с одинаковым ростом и близким значением ИМТ выявлен различный общий показатель рейтинга и выставлена различная оценка условий для проведения лапароскопической бариатрической операции. Если в первом случае условия для гастрощунтирования приемлемы, то для второго случая проведение данной операции имеет большую сложность и повышенную вероятность ятрогенных повреждений или снижения качества выполнения данной операции.

Обсуждение. Хирургические рейтинговые шкалы позволяет хирургу преобразовать свое опытное, но субъективное впечатление о качестве операционных условий в стандартизированную оценку [6, 7].

Нами разработана рейтинговая шкала оценки условий рабочей полости, основанная на линейных лапароскопических измерениях, для выбора этапности хирургического лечения при сверхожирении. В отличие от других

рейтинговых шкал авторский метод основан на виртуальной модели брюшной полости, в которой проводят линейные измерения на передней брюшной стенке, на печени, на большом сальнике и на свободной абдоминальной полости после пневмоперитонеума.

Известно влияние многих внешних и внутренних факторов на комфортные условия лапароскопического оперирования, таких как: ясность визуального обзора [8], уровень давления при пневмоперитонеуме [9], глубина мышечной релаксации пациента на операции [10, 11], а так же размер печени [12].

Абдоминальная комплаентность при лапароскопии включает в себя меру легкости расширения брюшной полости, определяемая эластичностью брюшной стенки и диафрагмы под воздействием внутрибрюшного давления газа при лапароскопии [13].

Абдоминальная комплаентность индивидуальна для каждого пациента и ограничена физическими свойствами брюшной стенки.

Поэтому попытки чрезмерного расширения внутрибрюшного пространства за счет повышения внутрибрюшного давления при пневмоперитонеуме приводят к усилению влияния всех негативных факторов пневмоперитонеума [14].

Как можно убедиться по авторской рейтинговой шкале у пациентов со сверхожирением с близким по значению индексом массы тела могут быть различные условия для оперирования. При этом, абдоминальная комплаентность отражается так же объективным показателем как высота свободной брюшной полости. При выполнении бариатрической операции большее значение играет показатель отношения толщины передней брюшной стенки и высоты свободной брюшной полости CD/AC. Это связано с тем, что большая толщина передней брюшной стенки затрудняет угловые повороты рабочего инструмента и при небольшой высоте свободной брюшной полости увеличиваются углы манипуляции рабочим инструментом относительно поверхности передней брюшной стенки и движения хирурга становятся затруднительными.

Показатель отношения ширины левой доли печени к длине верхнего этажа брюшной полости CG/EG более точно отражает условия оперирования в связи с тем, что даже значительное увеличение левой доли печени при большой длине верхнего этажа менее опасно в связи с наличием современных устройств для отведения левой доли печени.

Показатель отношения толщины большого сальника при отведении его от связки Трейца лапароскопическим инструментом к длине внутрибрюшной части данного инструмента от нижней (внутренней) поверхности брюшной стенки в левом подреберье до связки Трейца JI/FI отражает сразу несколько условий. Во-первых, это указывает на обязательную необходимость рассечения большого сальника для исключения натяжения петли тонкой кишки при создании алиментарной петли для гастрощунтирования. Во-вторых, это может указывать на целесообразность отказа от одноэтапного проведения хирургического лечения ожирения в пользу двухэтапного.

Подсчет общего показателя рейтинга (ОПР) отражает брюшной интегральный

индекс анатомии у конкретного пациента со сверхожирением и имеет различную интерпретацию результатов.

При I уровне сложности можно констатировать, что у хирурга не будет объективных проблем для выполнения шунтирующей операции.

При II уровне сложности у хирурга могут быть незначительные проблемы, которые вместе с тем не могут существенно объективно повлиять на результат операции.

При III уровне сложности можно предположить, что хирург может провести шунтирующую операцию, но будет испытывать неудобства, которые могут объективно повлиять на результат операции.

При IV уровне сложности можно констатировать, что проведение операции возможно, но у хирурга могут быть серьезные затруднения во время операции. Для бариатрического хирурга, выполняющего менее 100 шунтирующих операций в год рекомендуем ограничиться проведением слив резекцией желудка.

При V уровне сложности крайне тяжелые условия оперирования. Предпочтительно проведение 2-х этапного хирургического лечения. 1-й этап слив резекция желудка.

Заключение. Рейтинговая шкала оценки условий оперирования при сверхожирении, основана на линейных измерениях и дает большую информативность, объективность по сравнению с показателем абдоминальной комплаентности и позволяет на основе брюшного интегрального индекса анатомии получить рекомендации по выбору одно или двухэтапного хирургического лечения при сверхожирении с персонифицированным подходом к каждому пациенту.

Литература:

1. Almogy G, Crookes PF, Anthone GJ. Longitudinal gastrectomy as a treatment for the high-risk super-obese patient. *Obes Surg.* 2004;14:492–497.

2. Boon, M., Martini, C.H., Aarts, L.P.H.J. et al. The use of surgical rating scales for the evaluation of surgical working conditions during laparoscopic surgery: a scoping review. *Surg Endosc* 33, 19–25 (2019). <https://doi.org/10.1007/s00464-019-07000-0>

org/10.1007/s00464-018-6424-5.

3. Gurasamy KS, Vaughan J, Davidson BR. Low pressure versus standard pressure pneumoperitoneum in laparoscopic cholecystectomy. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; 3:CD006930

4. Ikramuddin S, Billington CJ, Lee WJ, Bantle JP, Thomas AJ, Connett JE, Leslie DB, Inabnet WB 3rd, Jeffery RW, Chong K, Chuang LM, Sarr MG, Jensen MD, Vella A, Ahmed L, Belani K, Schone JL, Olofson AE, Bainbridge HA, Laqua PS, Wang Q, Korner J. Roux-en-Y gastric bypass for diabetes (the Diabetes Surgery Study): 2-year outcomes of a 5-year, randomised, controlled trial. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2015 Jun;3(6):413-422. doi: 10.1016/S2213-8587(15)00089-3. Epub 2015 May 12. Erratum in: *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2015 Jul;3(7):e5. PMID: 25979364; PMCID: PMC4477840.

5. J. R. Bessell, E. Flemming, W. Kunert & G. Buess (1996) Maintenance of clear vision during laparoscopic surgery, *Minimally Invasive Therapy & Allied Technologies*, 5:5, 450-455, DOI: 10.3109/13645709609153708

6. Kopman AF, Naguib M. Laparoscopic surgery and muscle relaxants: Is deep block helpful? *Anesth Analg* 2015; 120:51-8.

7. Li JF, Lai DD, Ni B, Sun KX. Comparison of laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass with laparoscopic sleeve gastrectomy for morbid obesity or type 2 diabetes mellitus: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Can J Surg.* 2013 Dec;56(6):E158-64. doi: 10.1503/cjs.026912. PMID: 24284156; PMCID: PMC3859791

8. Martini CH, Boon M, Bevers RF, Aarts LP, Dahan A. Evaluation of surgical conditions during laparoscopic surgery in patients with moderate vs. deep neuromuscular block. *Br J Anaesth* 2013; 112:498-505

9. Nguyen NT, Longoria M, Gelfand DV, Sabio A, Wilson S (2005) Staged laparoscopic Roux-en-Y: a novel two-stage bariatric operation as an alternative in the super-obese with massively enlarged liver. *Obes Surg* 15:1077–1081

10. Nguyen NT, Wolfe BM. The physiologic effects of pneumoperitoneum in the morbidly obese. *Ann Surg.* 2005 Feb;241(2):219-26. doi: 10.1097/01.sla.0000151791.93571.70. PMID: 15650630; PMCID: PMC1356906.

11. Ott D. E. (2019). Abdominal Compliance and Laparoscopy: A Review. *JLS : Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons*, 23(1), e2018.00080. <https://doi.org/10.4293/JLS.2018.00080>

12. Regan JP, Inabnet WB, Gagner M, Pomp A. Early experience with two-stage laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass as an alternative in the super-super obese patient. *Obes Surg.* 2003 Dec;13(6):861-4. doi: 10.1381/096089203322618669. PMID: 14738671.

13. Silecchia G, Boru C, Pecchia A, Rizzello M, Casella G, Leonetti F, Basso N (2006) Effectiveness of laparoscopic sleeve gastrectomy (first stage of biliopancreatic diversion with duodenal switch) on co-morbidities in super-obese high-risk patients. *Obes Surg* 16:1138–1144

14. Torensma, Bart; Martini, Chris H.; Boon, Martijn; Olofsen, Erik; Veld, Bas in 't; Liem, Ronald S. L.; et al. (2016): The Leiden Surgical Rating Scale (L-SRS).. *PLOS ONE*. Dataset. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0167907.t001>

Article

ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ИЗ МИНИЛАПАРОТОМНОГО ДОСТУПА

Курыззов Б.Н., Бабаджанов А.Р., Рузматов П.Ю., Рузметов Б.А., Бабаджанов Р.А., Яхшибоев С.Ш.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии.

Аннотация. Проведен анализ результатов хирургического лечения 383 больных с острым и хроническим калькулезным холециститом с использованием традиционного лапаротомного и минилапаротомного доступов. В 1-группе интраоперационные осложнения наблюдались у 5 (1,6%) больных, и во 2-группе – у 13 (17,1%). Ранние послеоперационные осложнения развились у 3 (0,9%) больных 1-группы, и у 5 (6,5%) – 2-группы. Холецистэктомия из минидоступа позволяет менее травматичность, уменьшает длительности пребывания в стационаре, менее экономически затрата на лечение больных и позволяет получить хороший косметический эффект.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, минилапаротомия, лапароскопия, холецистэктомия.

Актуальность. К началу XXI века в мире отмечено увеличение заболеваемости желчнокаменной болезни (ЖКБ), причем значительное число больных составляют люди пожилого и старческого возраста. В определенной мере такое положение обусловлено улучшением диагностики ЖКБ с помощью УЗИ, КТ, МРТ, ЭРХПГ. Современный подход к лечению ЖКБ основан на приоритетном использовании малоинвазивных вмешательств, которые включают в себе лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ), холецистэктомию из мини доступа, холедохолитотомию, дренирование холедоха, санация и дренирование брюшной полости и другие виды оперативного вмешательства. Именно поэтому в последние годы хирурги все чаще стали применять «промежуточный» вариант операции – так называемую холецистэктомию из мини-доступа. К этой методике прибегают в случае острого калькулезного холецистита (если продолжительность обострения не превышает одной недели) или хронического течения заболевания. Удаление желчного пузыря в данном случае проводится через небольшой – от 3 до 6 см – разрез в брюшной стенке. В настоящее время наряду с традиционной холецистэктомией получили признание, так называемые малоинвазивные технологии, к которым относятся лапароскопические вмешательства и операция из минилапаротомного доступа [1-4].

Цель. улучшение результатов оператив-

ного лечения больных с желчнокаменной болезнью из минилапаротомного доступа.

Материал и методы. Нами были изучены результаты оперативного лечения 383 больных с острым и хроническим калькулезным холециститом, которые находились в отделении абдоминальной хирургии Хорезмского областного многопрофильного медицинского центра.

Пациенты разделены на две группы в зависимости от варианта выполненного хирургического вмешательства.

В 1-ю группу вошли 307 (80,2%) больных, перенесших вмешательство из минилапаротомного доступа, во 2-ю группу – 76 (19,8%) больных которым операция была выполнена из традиционного лапаротомного доступа.

В 1-й группе было 38 (10 %) мужчин и 345(90 %) женщин, во 2-й группе -12 (15,7 %) мужчин и 64 (84,3 %) женщин, в возрасте от 20 до 86 лет. Острый калькулезный холецистит был у 93 (24,2 %) больных, хронический калькулезный холецистит - у 290 (75,8%). Среди этих больных ЖКБ с гнойным холангитом, осложнённый желтухой было у 43, водянка желчного пузыря - у 34, синдром Миризи у 5 больных.

Наиболее часто из сопутствующих заболеваний встречались гипертоническая болезнь 2-3 степени, стенокардия напряжения, сахарный диабет II тип, ожирение 2-3 степени.

В предоперационном периоде больным обеих групп с механической желтухой, стенозом большого сосочка двенадцатиперстной кишки и холедохолитиазом выполняли эндоскопическую ретроградную панкреатикохолангиографию, папиллосфинктеротомию.

Результаты. В качестве доступа при выполнении операции в обеих группах использовали косой разрез в правом подреберье по Кохеру. Величина доступа практически во всех операциях было стандартной для вмешательств из минилапаротомного доступа в пределах 3-5 см. Послойно вскрывали кожу, подкожную клетчатку, переднюю стенку влагалища прямой мышцы живота. Прямую мышцу тупо расслаиваем по ходу мышечных волокон. Брюшину рассекаем вместе с задней стенкой влагалища прямой мышцы. Верхний край раны отводим крючком Фарабефа, после чего визуализируется желчный пузырь. Дно желчного пузыря захватываем зажимом Люэра и выводим в рану, вторым зажимом Люэра захватываем шейку желчного пузыря. Ориентируясь на треугольник Кало, на зажим берем пузырную артерию, пересекаем и лигируем капроном №3. Пузырный проток пересекаем на уровне 1 см от холедоха, культю лигируем капроном №3. После контроля гемостаза к Винсловому отверстию устанавливаем перчаточко-трубочный дренаж и выводим через отдельное отверстие в правом подреберье. Все больные были оперированы под эндотрохиальным наркозом.

Холецистэктомию выполняли от шейки или комбинированным способом по стандартной хирургической методики

Сочетанные операции выполнены 4 (1,3%) больным 1-й группы: Цистэктомию из левого яичника – у 2, протезирование передней брюшной стенки ниже пупка по поводу послеоперационной грыжи – у 2. 7 (9,5%) больным 2-й группы: эхинококкэктомию из правой доли печени – у 3, протезирование пупочного кольца – у 2, протезирование передней брюшной стенки – у 2.

Частота конверсий в 1-й группе не было. Сравнительные результаты по длительности заживления послеоперационной раны показали, что в 1-й группе больных рана заживает полностью на 5 сутки, а во 2-й группе при

традиционным холецистэктомии на 7 сутки, что достоверно больше на 2 сутки. Продолжительность операции у больных 1-й группы оперированных традиционным методом составляло $50,0 \pm 5$ мин, а во 2-й группе - $60,0 \pm 5$ мин, что в среднем на 10 мин меньше чем в 2-й группе.

В 1-й группе больных при выполнении минилапаратомной холецистэктомии интраоперационные осложнения наблюдались у 5 (1,6%) больных: кровотечение из пузырной артерии возникло у 2 (0,6%), из ложа желчного пузыря - у 3 (0,9%). У всех больных кровотечение остановлено во время операции с дополнительной перевязкой пузырной артерии и ушиванием ложа.

Во 2-й группе больных при выполнении традиционной холецистэктомии интраоперационные осложнения наблюдались у 13 (17,1%) больных: кровотечение из пузырной артерии у 3 (3,9%), из ложа желчного пузыря - у 7 (9,2%). У всех больных кровотечение остановлено во время операции. Желчеистечение из ложа желчного пузыря зафиксировано у 3 (3,9%) больных, которое остановлено во время операции дополнительным ушиванием ложа.

Среди всех послеоперационных осложнений чаще встречались осложнения воспалительного характера со стороны послеоперационной раны – 3 больных (0,9%) в первой группе, 5 (6,5%) во второй группе. Сроки наблюдения в отдаленном послеоперационном периоде во всех группах больных составили от одного года до трех лет и прослежены у 258 (84%) пациентов.

У больных, в первой группе которым холецистэктомию проводилось минилапаротомным доступом в отдаленном периоде послеоперационных вентральных грыж не наблюдали.

Во второй группе при использовании традиционной лапаротомии в отдаленном периоде выявлены следующие осложнения, связанные с проведением операции: холедохолитиаз – у 3 (3,9%) больных, послеоперационная вентральная грыжа – у 10 (13,1%) больных.

Заключение. Таким образом Преимущества холецистэктомии из минидоступа

заканчиваются в менее травматичном вмешательстве, снижении осложнений, уменьшении длительности пребывания в стационаре, меньших экономических затратах на лечение больных и позволяет получить хороший косметический эффект.

Литература:

1. Алиев Ю.Г., Курбанов Ф.С., Чинников М.А., Панович В.К., и др. Холецистэктомия из минилапаротомного доступа у больных острым калькулезным холециститом //Хирургия. - 2014. № 1, - с 30-33.

2. Давлатов С.С. и др. Эффективность миниинвазивных методов хирургического лечения больных с острым деструктивным холециститом //Academy. 2017. № 7. - с. 92-94.

3. Курязов Б.Н., Бабаджанов А.Р., Рузमतов П.Ю., Бабаджанов К.Б. Минилапаротомия в хирургическом лечении желчнокаменной болезни //Хирургия Узбекистана. 2020. № 4. - с. 88-91.

4. Курязов Б.Н., Бабаджанов А.Р., Рузमतов П.Ю., Бабаджанов К.Б. Эффективность использования минилапаротомного доступа в хирургическом лечении больных желчнокаменной болезнью //Бюллетень ассоциации врачей 2021. №4. - с. 36-38.

5. Саидмуратов К.Б. Хирургическое лечение больных с посттравматическими рубцовыми структурами магистральных желчных протоков //Академический журнал Западной Сибири, 2013. Т. 9. № 1. - с. 27-28.

6. Harju J., Juvonen P., Kokki H. et al. Minilaparotomy cholecystectomy with ultrasonic dissection versus conventional laparoscopic cholecystectomy: a randomized multicenter study //Scand J Gastroenterol. 2013 Nov;48(11):1317–23.

Article

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОЖИРЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Фурсов А.Б., Оспанов О.Б., Фурсов Р.А., Самиголла И.Е.

Медицинский Университет Астана.

Аннотация. Цель исследования – провести анализ распространенности ожирения среди населения во взаимосвязи с эндокринологической патологией и общей заболеваемостью в Казахстане. Материал и методы исследования – эпидемиологическое изучение распространенности заболеваний по различным регионам республики, статистический анализ, картографический метод научного анализа.

Результаты исследования. Было выявлено, что число больных с сахарным диабетом за последние пять лет незначительно, но достоверно растет. Подобная картина роста наблюдается и с ожирением.

Ключевые слова: преваленс ожирения, диабет, картографический анализ

Выводы. Определяется устойчивый рост показателей распространенности (преваленса) диабета и ожирения. Динамика роста заболеваемости ожирением в городах остается преобладающей, по сравнению с сельскими регионами (98,7 & 92,5). Ежегодный темп прироста (Т.пр, %) заболеваемости ожирением в РК составил в среднем 3,55%. Показатели ожирения наиболее тесно связаны с сахарным диабетом (высокая корреляция Pearson значений ожирения с диабетом была равна $r=0,96$). Рост распространенности ожирения и диабета более интенсивный в регионах страны с более высокой плотностью населения.

Актуальность проблемы. В Казахстане, как и во всем мире наблюдаются стабильные тенденции роста распространённости ожирения среди населения [1-11].

Анализируя работы, посвящённые состоянию проблемы в Республике Казахстан (РК) известно, что они зачастую противоречивы. Имеющихся исследований крайне недостаточно для определения полноценной картины заболеваемости ожирением в сочетании с сахарным диабетом (СД) и другими заболеваниями. Неоспоримым фактом является отсутствие заявленных на республиканском и региональных уровнях перспективных научных программ, направленных на глубокое изучение лечения метаболического синдрома и ожирения. Созревшая потребность контро-

ля за эпидемией ожирения в РК должна быть постоянной. Это предполагает непрерывность мониторинга ситуации, регулярность скрининга больных с диабетом и ожирением, в том числе коморбидных состояний. Что крайне важно для принятия своевременных профилактических мер, а также планирования затрат на обязательное консервативное лечение, с решением вопроса о применении хирургического (бариатрического) вмешательства.

Важность проблемы изучения распространенности ожирения и его связи с ростом диабетических больных является основанием для данного научного исследования.

Цель исследования – провести анализ распространенности ожирения среди населения во взаимосвязи с эндокринологической патологией и общей заболеваемостью в Казахстане.

Материал и методы исследования – эпидемиологическое изучение распространенности заболеваний по различным регионам республики, статистический анализ, картографический метод научного анализа.

Для получения объективной картины заболеваемости в стране была изучена эпидемиологическая картина (преваленс) заболеваемостью диабетом и ожирением в структуре общей заболеваемости населения.

На начальном этапе исследования исследована распространённость избыточного

веса, ожирения в сочетании с диабетом среди населения Республики Казахстан (РК). Преваленс данной патологии был рассчитан путем сопоставления и анализа собственных наблюдений с использованием анализа республиканских данных.

Исследования проводились по типу сплошного медицинского осмотра населения, изучения медицинских карт пациентов, регистрации массы тела, скрининга признаков ожирения и т.д. Данный фрагмент исследования носил дескриптивный (т.е. описательно – оценочный) и аналитический характер. Основным параметром считали генеральную совокупность (общее количество населения), проживающих в регионах РК.

В группу выборки попали случаи заболеваемости по изучаемой нозологии в различных регионах. Анализ динамики эпидемиологического процесса проводился выборочно в отношении ожирения и заболеваний, связанных с диабетом. Выборка статистических данных осуществлена по критериям: наличие диагноза ожирения; диабета; заболевания связанного с нарушениями питания в соответствии с МКБ-10; демографическая картина в стране в течение последних 5 лет; показатель заболеваемости рассчитывался на 100 000 человек населения. Информация учитывалась с использованием статистических реестров всех государственных, а также негосударственных медицинских учреждений.

В процессе статистической обработки информации выделяли количественные и качественные статистические признаки. Количественные признаки: уровень заболеваемости и динамика заболеваемости, распределение показателей во времени (ретроспективно с 2017 по 2021 год). Качественные признаки: общее распределение больных по территории государства, по регионам, среди городского и сельского населения с учётом возраста, пола и др. признаков. Критериями, по которым не включали сведения в работу были: неподтверждённый диагноз; любое другое заболевание, которое не входило в интересующий перечень.

Результаты исследования. Вначале был выборочно проведён экспертный пилотный анализ деятельности медицинского персона-

ла в медицинских организациях столичного региона (г. Нур-Султан и окружающих пригородных районах). Путём опроса и анкетирования определено состояние 1000 больных, обследованных в поликлиниках и стационарах, а также 100 врачей. Выяснено, что большинство пациентов с ожирением, метаболическим синдромом и диабетом (85%) исходя из результатов анкетирования оказались солидарными с представленными в работе врачебными принципами. В 77,2% случаев выразили поддержку и согласие участвовать в профилактических и лечебных мероприятиях, и даже привлекать к этому других заинтересованных пациентов.

Затем была проанализирована демографическая картина в РК (общее количество населения), определена динамика демографического роста и его связь с показателями здоровья населения.

Выявлено, что прирост жителей за последние 5 лет оказался стабильным, показатели были аналогичными предыдущему периоду наблюдения (2011 – 2018 гг) результаты которого были опубликованы ранее [2]. Темпы ежегодного прироста населения в среднем также сохранились и составили от 1,3 до 1,5%.

Общая заболеваемость (в абсолютных числах по всем классам болезней, перечисленным в МКБ-10) сохранила свой уровень, по большинству позиций отмечено даже некоторое снижение в отличие от предыдущих наблюдений, где имелся рост около 1%.

Из всего класса заболеваний (E00-E89) основное внимание уделено анализу данных по сахарному диабету (E10-E14) и ожирению с иными видами нарушения питания (E65-E68). Другие заболевания (например, щитовидной железы, нарушения других эндокринных желёз, обмена веществ, недостаточное питание и т.д.) представленные в других блоках МКБ-10 не учитывали. Анализ информации по различным регионам РК показал, что заболеваемость населения сахарным диабетом (число заболеваний, зарегистрированных впервые в жизни, на 100 000 человек) постепенно увеличивается. При этом существенно отличается в категориях «сельское население» и «городское население». Следует, однако, отметить,

что эти данные получены без учета миграционной ситуации (как внешней, так и внутренней миграции, при которой имеет место пе-

ремещение населения из сельских районов в город и обратно). Результаты исследования представлены в таблице 1.

Таблица 1.
Показатель заболеваемости населения Республики Казахстан (среднее значения показателей за последние 5 лет, без поправки на миграционные процессы)

Категория жителей	Заболеваемость		Эндокринологическая патология	Сахарный диабет	Ожирение	
	Общая заболеваемость по классам болезней ▼	Заболеваемость населения с впервые установленным диагнозом *				
В целом по РК	Абс.	103113,2 ▼	53760,0*	1000,3	251,8	95,6
	(в %)	100% ▼	52,1% ▼ 100%*	0,97% ▼ 1,9 %*	0,46 % ▼ 21,0 %*	0,92% ▼ 0,18%*
Городское население	Абс.	61706,5	61706,5	1287,1	281,5	98,7
Сельские жители	Абс.	42377,1	44439,4	623,7	222,1	92,5
R., %	Абс.			≈2,5-3,0	≈0,3-0,4	+3,55
▼ общая заболеваемость и процентное содержание от этого значения; * число заболеваний (SD), зарегистрированных впервые в жизни, на 100 000 человек соответствующего населения и процентное содержание от этого значения; Примечание - R., % - ежегодный прирост; при доверительном интервале 95% и уровне статистической значимости $p \leq 0,05$						

В процессе работы было выявлено, что число больных с сахарным диабетом, зарегистрированных за последние пять лет незначительно, но достоверно растет, сохраняя тенденцию, зафиксированную в предыдущие годы. Подобная картина роста наблюдается и с ожирением. Так, например, по результатам официальных данных средний показатель заболеваемости по Казахстану сахарным диабетом в 2015 г был равен 168,6 (на 100 000 человек). А заболеваемость ожирением с учётом лиц, имеющих лишний вес – 171,7 (на 100 тыс. чел.).

По результатам нашего анализа (с учётом показателей 2017 г.) оказалось, что показатели заболеваемости выросли. Например, заболеваемость населения диабетом в 2017 г. соответствовала уровню не менее 180,7 (на 100 тыс. чел.), а за последние годы, достигает значения 251,8 (см. таблицу 1). Заболеваемость ожирением в предыдущий период достигала уровня не менее 91,2 (на 100000 человек), а по состоянию на 2020 год соответствует 95,6 (на 100000 человек).

Изучение степени ожирения показало,

что около 52,4% диагностируемых случаев, тяжесть состояния больных с ожирением и диабетом соответствует средней и тяжелой степени. Данная ситуация как известно, определяет необходимость хирургической коррекции ожирения и метаболического синдрома. Представленное утверждение подкрепляется тревожной ситуацией, связанной с тем, что динамика роста заболеваемости ожирением в городах, как и в предыдущие годы остается преобладающей, по сравнению с сельскими регионами (98,7 & 92,5). При этом, ежегодный прирост заболеваемости ожирением (Т.пр, %) в РК составил в среднем 3,55%. Линия тренда роста показателей подтверждает наблюдаемое нами в последние годы повышение заболеваемости на 100000 человек населения. В соответствии с статистическими расчетами регионы РК были ранжированы по трём уровням заболеваемости ожирением (число заболеваний, зарегистрированных впервые в жизни, на 100 000 человек).

Результаты изучения коррелятивных связей (correlation Pearson) выявили, что показатели ожирения наиболее тесно связаны

с сахарным диабетом (наиболее высокая корреляция Pearson значений ожирения с диабетом была равна $r=0,96$). При подсчете и анализе статистических данных выявлено,

что в перечень регионов с наиболее высокими значениями ожирения вошли два города республики – Нур-Султан и Алматы.

Результаты анализа полученной информации по различным регионам РК наглядно представлены в виде цветной карты (рисунок 1).



Рисунок 1 - Заболеваемость ожирением в различных регионах Республики Казахстан (число заболеваний, зарегистрированных впервые, на 100000 человек, название областей по состоянию на 2020 г.)

где, 1 – Акмолинская область (с г.Нур-Султан); 2 – Актюбинская область; 3 – Алматинская область (с г.Алматы); 4 – Атырауская область; 5 - Восточно-Казахстанская область; 6 – Жамбыльская область; 7 - Западно-Казахстанская область; 8 – Карагандинская область; 9 – Костанайская область; 10 - Кызыл-Ординская область; 11 – Мангыстауская область; 12 – Павлодарская область; 13 - Северо-Казахстанская область; 14 - Туркестанская.

Достаточно интересным является сравнительный картографический анализ преваенса ожирения в сравнении с плотность проживающего населения на различных территориях страны. [12] Так, например при плотности населения от 20 до 50 чел./км², значения которой представлены на рисунке 2, определяется повышенный уровень распространенности ожирения. А именно в южном и северном регионах, где значения заболевае-

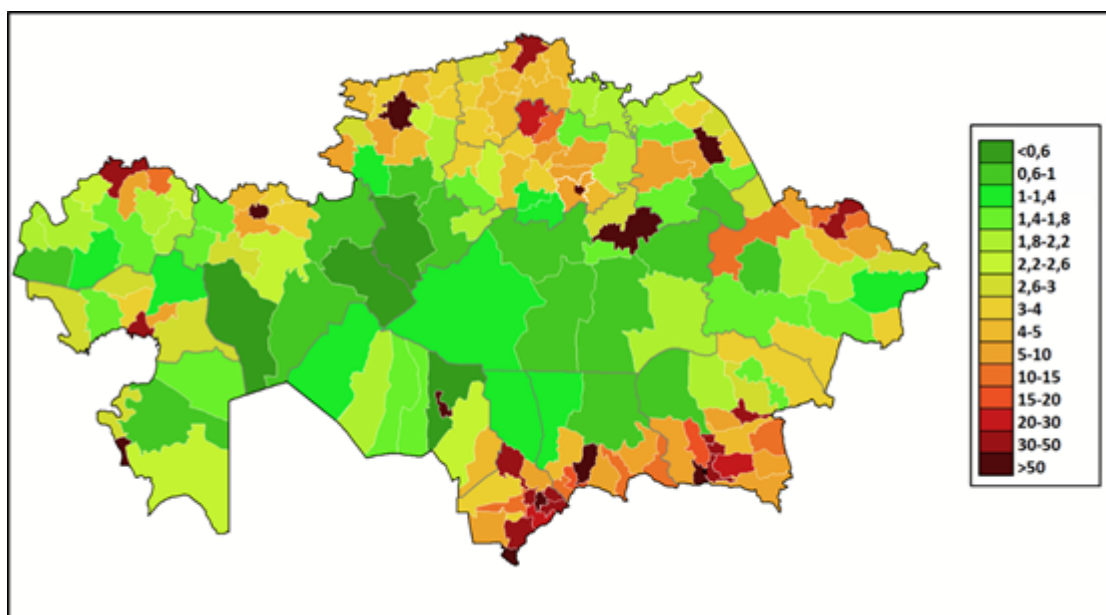
мости свыше 102 (это области под номером 12,13,14, а также города Нур-Султан и Алматы).

Рисунок 2 - Плотность населения Казахстана (усредненные показатели на 1 чел./км², по состоянию на 2020 г.)

Следует отметить также, что в этих регионах проживает основная часть городского населения РК. А основной прирост населения приходится на южные районы страны.

В целом по республике в 2021 году по данным последней переписи прирост населения составил 265 491 человек, что составило свыше 1,33 % от всего населения. При показателе суммарного коэффициента рождаемости равном 3,32* (по состоянию на 2021 год). [11].

Представленная динамика демографических показателей, несомненно, является положительным явлением, значительно улучшает основные показатели развития РК. Однако они являются недостаточно интенсивными, по сравнению с ежегодным приростом R (%) заболеваемости ожирением, которое тесно связано с ростом численности диабетических больных.



Обсуждение. По данным литературы первые подобные наблюдения проводились около 25 лет назад. По данным национальных исследований за 1995-1996 гг. в Республике Казахстан (РК) около 42% взрослого населения имели избыточный вес тела, а 15% ожирение. При этом чаще страдали женщины (47%) по сравнению с мужчинами (42%).

В 2005 году 9% детей до 5-летнего возраста страдали от избыточного веса и ожирения. В 2006 году избыточную массу тела и ожирение имели уже 11,4% детей. В 2008 году почти каждая вторая женщина (50,6%) и мужчина (45,4%) в возрасте 25-59 лет имели избыточный вес, а 25,7% женщин и 11% мужчин - ожирение [1,8]. Исследования, проведенные Казахской академией питания в 2012 г., показали, что средняя распространенность лишнего веса у женщин была 30,6%, у мужчин – 36,8%, а средние показатели ожирения соответственно составили 27,6% и 15,9%. [1].

По другим результатам, например, по материалам ВОЗ за 2000 год почти каждый четвертый житель в РК (24,4%) страдал ожирением. В 2013 году эти показатели выросли, поэтому в настоящее время, что уже более половины населения Казахстана страдают избыточной массой тела и ожирением [1,2,8,9]. Учитывая тенденцию роста показателей, соответственно будет и возрастать влияние затратного фактора на экономику страны (Frezza E.E., Wachtel M.S., Ewing B.T., 2006) [4,6,7].

Понимая важность указанной проблемы, отдельными авторами были изучены карто-

графические данные заболеваемости ожирением в РК с проведением статистического анализа ситуации с 2004 по 2008 г. За этот период в РК впервые было зарегистрировано 54 228 случаев ожирения. Среднегодовой показатель заболеваемости ожирением в республике составил $71,1 \pm 4,1$ на 100 000 населения (95% ДИ=63,0-79,20/0000). В динамике зафиксирована устойчивая тенденция к росту, с 62,50/0000 до 77,40/0000. Среднегодовой темп прироста (Тпр%) составил +5,5%. [10] Однако в последующие годы подобные исследования в данном направлении вовсе не проводились.

В тоже время отдельные работы указывали, что избыточная масса тела и ожирение чаще встречались: у жителей сельской местности по сравнению с горожанами; у жителей Южного и Северного регионов; г. Алматы по сравнению с жителями Западного региона и г. Астаны. [2]

В отношении возрастных различий показателя индекса массы тела (свыше 25,0 кг/м²) был выявлен его рост с увеличением возраста от 17,3% среди респондентов 15-24 лет, далее идет резкий рост показателя более чем в два раза до 39,5% среди 25-34 летних, до 53,5% среди 35-44 летних, до 64,5% среди 45-54 летних и, наконец, он достигает 73,3% среди лиц старше 55 лет [8].

В некоторых научных отчётах приводятся статистические данные о том, что распространенность метаболического синдрома в отдельных регионах Казахстана достигает 13,6%, а в сочетании с сердечно-сосудистой

патологией – 33% [5]. Кроме того, отдельные исследования обнаружили тесную связь между метаболическим синдромом и снижением гемоглобина, эритроцитарными индексами, и другими показателями гомеостаза у населения РК [6,7].

При сравнении в.у. результатов, в нашей работе полученные данные не противоречат ранее проведенным исследованиям, они также полно отражают подобную тенденцию повышения преваленса ожирения, его взаимосвязи с диабетом. При этом полученные сведения за последние 5 лет более современны, достаточно полно отражают настоящую эпидемиологическую картину указанных заболеваний.

Выводы. Наши исследования показали, что в последние годы в Казахстане определяется устойчивый рост показателей распространенности (преваленса) диабета и ожирения. Динамика роста заболеваемости ожирением в городах, как и в предыдущие годы остается преобладающей, по сравнению с сельскими регионами (98,7 & 92,5). При этом, ежегодный темп прироста (Т.пр, %) заболеваемости ожирением в РК составил в среднем 3,55%. Результаты исследования коррелятивных связей (correlationPearson) выявили, что показатели ожирения наиболее тесно связаны с сахарным диабетом (высокая корреляция Pearson значений ожирения с диабетом была равна $r=0,96$). При подсчете и анализе статистических данных оказалось, что в перечень регионов с наиболее высокими значениями ожирения вошли два города республики – Нур-Султан и Алматы. Рост распространенности ожирения и диабета более интенсивный в регионах страны с более высокой плотностью населения.

Литература:

1. Аллиярова С.Т. Роль метаболического синдрома в развитии сердечно-сосудистых заболеваний на примере женщин Северного региона Казахстана // Наука вчера, сегодня, завтра: матер. 37-й междунар. науч.-практ. конф. – Новосибирск: СибАК, 2016. – №8(30), ч. 1. – С. 37-41.

2. Бердыгалиев А.Б., Чуенбекова А.Б., Кайнарбаева М.С. и др. // Вестн. Казахского Национ. мед. Университета. – 2015. – №1. –

С. 409-414.

3. Демографическая статистика. Бюро национальной статистики Агентства по стратегическому планированию и реформам Республики Казахстан. <https://stat.gov.kz/official/industry/61/statistic/6>. Дата обращения: 28 апреля 2022.

4. Игисинов Н.С., Балтакаева А.М. Пространственная оценка заболеваемости ожирением в Казахстане // Молодой ученый. – 2011. – Т. 2, №2. – С. 153-156.

5. Избыточная масса тела и ожирение в Казахстане // www.zdrav.kz/sites/default/files/медиа_рус.pdf. 25.08. 2018.

6. Исследования домохозяйств по вопросам здоровья в Республике Казахстан: предварительный отчет / Академия профилактической медицины. – Астана; Алматы, 2013. – 270 с.

7. Садыкова К.Ж., Шалхарова Ж.Н., Нускабаева Г.О. и др. Эритроцитарные индексы при метаболическом синдроме // Вестник КазНМУ. – 2017. – №1. – С. 36-39.

8. Садыкова К.Ж., Шалхарова Ж.С., Шалхарова Ж.Н. и др. Распространенность анемии, её социально-демографические детерминанты и возможная связь с метаболическим синдромом в г. Туркестан, Южный Казахстан // Экология человека. – 2015. – №8. – С. 58-64.

9. Фурсов Р.А. Рост показателя распространённости ожирения как детерминирующий фактор развития бариатрической хирургии // Астана Медициналық журналы. – 2017. – №1 (91). – С. 83-88.

10. Численность населения Казахстана после переписи населения. akorda.kz (8 декабря 2021). <https://www.akorda.kz/ru/glavag-osudarstva-prinyal-premer-ministra-askaramamina-8114741> Дата обращения: 8 декабря 2021.

11. Frezza E.E, Wachtel M.S., Ewing B.T. The impact of morbid obesity on the state economy: an initial evaluation // Surg. Obes. Relat. Dis. – 2006. – Vol. 2(5). – P. 504-508.

12. Fursov R., Ospanov O., Fursov A. Prevalence of obesity in Kazakhstan // Australasian Medical Journal (AMJ). – 2017. – Vol. 10 (11). – P. 916-920.

Article

SURGICAL TREATMENT OF POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIA WITH OBESITY

Abdurakhmanov D.S.

Samarkand State Medical Institute.

Key words: ventral hernia, layer-by-layer dissection, KM Sapezhko method, Brenner method

Treatment of patients with hernias of the anterior abdominal wall is of particular relevance due to the steady increase in the number of patients and the dissatisfaction of surgeons with the results of treatment [5]. Hernia repair for incisional hernias outside specialized surgical departments is accompanied by relapses in 54.8% of patients, and during the first year after surgery, relapses occur in 72.5% of cases, and in the first three years - in 90.2% [1]. The relapse rate decreases when choosing the optimal method of surgery, which combines the basic principles of plastic surgery and a good knowledge of the anatomy of the area where the surgery is performed.

Until today, there is no unified classification of methods for surgical treatment of median ventral hernias. Most authors divide them into two groups: plastic methods using local tissues and plastic methods using additional lamellar materials. Combined application of these two groups of methods is possible. In the group, plastic with local tissues is distinguished: defect closure with immersion sutures under the aponeurosis, skin grafting, aponeurotic grafting, muscle grafting, and muscularaponeurotic grafting [2].

For small incisional hernias, one can limit themselves to layer-by-layer dissection of tissues, followed by layer-by-layer stitching after appropriate treatment of the hernial sac and joining the edges of the aponeurosis by doubling them "in the cover" or suturing one or two flaps cut from the aponeurosis to the edges of the defect. He was one of the first to propose to close the hernial orifice with Maydl aponeurosis flaps in 1886. The most widespread among various types of aponeurotic plastics are methods of doubling the aponeurosis (duplication).

Doubling of the aponeurosis is performed both in the transverse and longitudinal directions. The principle of doubling the abdominal wall was proposed by K.M.Sapezhko in 1898. Due to the fact that diastasis of rectus muscles, hernias of the white line of the abdomen and most incisional hernias of that time were located longitudinally, doubling of the abdominal wall was done by KM Sapezhko in the longitudinal direction with respect to the body axis [3,4]. The closure of the median and lateral defects of the abdominal wall with an aponeurosis on the pedicle taken near the hernial orifice is most widespread. According to the Maydl method [8,9], the closure of the hernial orifice is performed with aponeurosis flaps, for which the sheaths of the rectus muscles are opened with two sickle-shaped incisions and the inner ones are sewn together, and the outer edges of the aponeurosis are stitched together on the second floor [4]. If it is impossible to sew the edges of the defect in the white line, the hernial orifice is strengthened with two aponeurotic flaps cut from the anterior walls of the sheaths of the rectus abdominis muscles according to the Brenner method [5] so that the aponeurotic flaps would close the hernial orifice or cover the sutured hernial orifice [2]. For the closure of large incisional hernias of the anterior abdominal wall, muscle plasty is used relatively rarely, although there is an extensive literature on this issue. According to [5,6], the movement of muscles with impaired innervation and blood supply is functionally defective, since the coordination of muscle movements is impaired. Cutting out muscle flaps on the leg is traumatic, leading to large blood loss, atrophy of the flap and the muscle itself. Sutures that strengthen the muscle flap in a new place squeeze their fibers, causing necrosis as a result of ischemia. Aponeurotic-

muscular plasty means the closure of a defect in the abdominal wall not only with aponeurosis, but also with muscles. When using muscles for plastic purposes, it is required to provide for the integrity of the vessels and nerves that feed and innervate this muscle. In 1961 R.P. Askerkhanov proposed his own method for the treatment of patients with diastasis of the rectus abdominis muscles, which is based on the formation of a solid, fortified aponeurotic-muscular bandage of the abdominal wall [2]. In turn, V. Kh. Shirai [2] closed the hernial orifice by imposing the first row of sutures on the peritoneum and muscles, the second on the muscles, and the third on the doubled aponeurosis [3,2].

The proposed operations have a common drawback, which is the non-physiological suture connecting the rectus muscles. Degenerative changes occur in the muscle areas captured by the sutures. Based on many years of experience in the surgical department of the ZhDB clinic, it was found that any defect in the abdominal wall can be closed by anatomical restoration of the damaged elements that make up it. This must be achieved because only the creation of an anatomical and functional abdominal press from living tissues of the body can provide optimal conditions for regulating intra-abdominal pressure and preventing hernia recurrence. This can be achieved even with a giant hernia by layer-by-layer separation of displaced and altered anatomical structures of the abdominal wall, followed by their connection according to the principle of homogeneity. It is known that strong fusion occurs only between homogeneous tissues, therefore, the consistent and careful separation of the aponeurosis and muscles pursues the goal of anatomical differentiation of tissues for their subsequent connection according to the principle of homogeneity. Only under such conditions do they acquire their characteristic physiological state.

Based on the foregoing, a method for the surgical treatment of patients with giant incisional ventral hernias was proposed. It consists in the fact that the external aponeurotic sheets of the rectus abdominis muscles are longitudinally dissected and prepared, one centimeter away from their lateral edges. The defect of the anterior abdominal wall is closed with the outer sheets of the aponeuroses of the rectus sheaths, moving

under (left) and above (right) the peritoneal-aponeurotic layers of the abdominal wall. The aponeurotic leaves are fixed using U-shaped sutures tied under the rectus muscles, after which the rectus muscles are returned to the correct anatomical position with additional fixation (if necessary) through the tendon bridges. The advantages of the proposed method for repair of postoperative ventral hernias are that:

- 1) the disturbed anatomical and physiological structure of the anterior abdominal wall is restored due to the creation of a duplication of the anterior aponeurotic and posterior peritoneal aponeurotic sheets with movement of the rectus muscles;
- 2) there is a uniform distribution of mechanical load and pressure from the abdominal cavity on the created peritoneal-aponeurotic duplication, formed from two plates of the anterior leaves of the rectus sheaths;
- 3) the viability and reliable fusion of the aponeurotic plates is ensured by their minimum tension and good blood supply at the level of the peritoneal-aponeurotic layer. Clinical testing of the method has shown its effectiveness.

Литература:

1. Султанбаевич Б.А. и соавт. Анализ результатов хирургического лечения больных с узлами щитовидной железы // Вопросы науки и образования. - 2019. - №. 4 (49).
2. Шукуруллаевич, Абдурахманов Диер и др. «Напряженная герниопластика и абдоминопластика у больных с морбидным ожирением». Вестник науки и образования 3-2 (106) (2021): 88-98.
3. Davlatov S. et al. Current State of The Problem Treatment of Mirizzi Syndrome (Literature Review) //International Journal of Pharmaceutical Research. – 2020. – Т. 12. – С. 1931-1939.
4. Rakhmanov K. E., Davlatov S. S., Abduraxmanov D. S. Correction of albendazole disease after echinococcectomy of the liver //International Journal of Pharmaceutical Research. – 2021. – Т. 13. – С. 4044-4049.
5. Shukurullaevich A. D. et al. Modern views on the pathogenetic relationship between systemic inflammation and the immune system with a bile peritonitis, complicated abdominal sepsis //Вестник науки и образования. – 2021. – №. 5-1 (108). – С. 81-86.

Article

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Курбаниязов З.Б., Сайинаев Ф.К., Сайдуллаев З.Я.

Самаркандский государственный медицинский институт.

Ключевые слова: трофические язвы, операция Линтона, миниинвазивная коррекция, мультиперфорантная недостаточность, кроссэктомия, склеротерапия.

Актуальность. В последнее время количество больных, страдающих хронической венозной недостаточностью нижних конечностей (ХВН), стало резко увеличиваться за счет лиц молодого возраста, которые крайне требовательны к косметическим результатам операции [3;6].

В тоже время трофические язвы в 50-60% случаев встречается у геронтологических больных, у которых проведение операции Линтона, в силу ее травматичности и высокой частоты гнойных осложнений, крайне ограничено [1;2;3].

На сегодняшний день в традиционном хирургическом лечении варикозной болезни преобладают операции с широким хирургическим доступом. Эти операции отличаются высокой травматичностью, остаются малоудовлетворительными с точки зрения эстетических требований, сопровождаются высокой частотой гнойно-воспалительных осложнений и длительным периодом послеоперационной реабилитации [4;5].

Частота рецидива заболевания достигает 50% в течение 5 лет после операции и может возрасти до 80% в более отдаленном периоде [6].

Цель исследования: оптимизация хирургического лечения больных с ХВН нижних конечностей путем применения способов миниинвазивной коррекции венозной гипертензии.

Материалы и методы исследования. На сегодняшний день клиницистами используется классификация ХВН (Хроническая венозная недостаточность) CEAP (Clinic, Etiology, Anatomy, Pathophysiology). Клинический раздел состоит из 7 типов. Трофические изменения имеют место у больных типа С – 4, С – 5 и С – 6.

В период с 2010 по 2019 г. в хирургическом отделении 1-клиники СамМИ опериро-

ваны 867 больных варикозной болезнью нижних конечностей, из них у 71 (8,2%) выявлено ХВН типа С- 4 (34), С – 5 (17) и С – 6 (20).

Для оценки венозной гемодинамики использовали цветное дуплексное сканирование.

Показанием к хирургической коррекции венозной гипертензии явилось:- Несостоятельность перфорантных вен, когда их диаметр, установленный при ультразвуковом исследовании, был более 5 мм;

- Мультиперфорантная недостаточность при любой стадии ХВН;

- Выраженные трофические изменения кожи в зоне расположения перфорантных вен.

В зависимости от хирургической тактики больные разделены на две группы. В основной группе (34) больным выполнены малоинвазивные вмешательства, в группе сравнения (37) ХВН с трофическими изменениями устранена традиционными путями (табл 1., (n=71).

В основной группе больных кроссэктомию выполняли через мини разрез, а при завершении операции накладывали внутрикожные швы с удовлетворительным косметическим эффектом в отдаленном послеоперационном периоде. При не заживающих трофических язвах флебэктомия была дополнена склеротерапией. Для склеротерапии использовали этоксисклерол 10мг.

Результаты исследования. Продолжительность операции у больных в основной группе была меньше, чем в группе сравнения, а также больные основной группы раньше реабилитировались. В группе сравнения у 10 больных наблюдали гнойно-некротические осложнения зоны операции в ближайшем послеоперационном периоде (табл. 3).

Таблица 1.

Распределение больных в зависимости от тактики хирургического лечения

Хирургическая тактика	Число больных	
	Абс.	%
Основная группа, (n=34)		
Кроссэктомия+Кокетта+склеротерапия	22	64,7 %
Кроссэктомия+склеротерапия	12	35,3 %
Группа сравнения, (n=37)		
Операция Линтона	14	37,8 %
Операция Линтона + комбинир. Флебэктомия	18	48,6 %
Операция Линтона + кроссэктомия	5	13,6 %

В таблице 2 представлена характеристика сравниваемых групп, в котором учитывали возраст, пол, степень и причину ХВН.

Таблица 2.

Характеристика сравниваемых групп

Параметры исследуемых групп	Основная группа, n=34	Группа сравнения, n=37
Возраст, лет	44,5 ± 15,2	44,4 ± 12,2
Min	18	22
Max	18	18
Пол (муж/жен)	17/9	12/5
ХВН (С-4 и С-5/С-6)	12/13	8/10
Причина ХВН: перв.варикоз/ПТФС	9/25	25/12

Таблица 3.

Непосредственные результаты хирургического лечения

Показатель	Основная группа, n=34	Группа сравнения, n=37
Продолжительность вмешательства, мин	53,2±4,7	102,6±7,6
Сроки активации пациента, сутки	1,13±0,08	3,0±0
Койко-день	3,98±0,6	22,9±2,5
Сроки эпителизации язв, дни	14,3±3,8	20,2±6,9
Гнойно-некротические осложнения зоны вмешательства	0	10 (27,0%)

Таблица 4.

Динамика заживления трофических язв

Группа	Всего больных	С-6	Группа	
			абс.	%
Основная группа	34	13	11	84,6
Группа сравнения	37	10	7	70,0
Итого	71	23	18	78,3

В отдаленном периоде наблюдали 49 больных. При обследовании больных обращали внимание на местную клиническую симптоматику (табл. 5). В основной группе

больных через год после операции почти у всех исчезла боль и отек нижних конечностей, полностью зажили трофические язвы, улучшилось качество жизни больных (рис. 2).

Таблица 5.

Оценка отдаленных результатов хирургического лечения ХВН

Клиническая симптоматика	Основная группа, n=29		Группа сравнения, n=20	
	До операции	Через 1 год после операции	До операции	Через 1 год после операции
Боль	2,06±0,11	0,35±0,23	1,75±0,40	0,40±0,26
Варикозные вены	2,41±0,24	0,29±0,22	1,80±0,37	0,45±0,22
Венозный отек	1,06±0,49	0,41±0,29	1,35±0,50	0,30±0,21
Пигментация кожи	0,35±0,37	0,18±0,19	1,00±0,40	0,75±0,31
Воспаление кожи			0,35±0,31	
Индурация (уплотнение) кожи	0,53±0,30	0,12±0,16	1,75±0,31	1,00±0,28
Количество открытых язв	0,47±0,24	0,12±0,15	0,60±0,33	0,05±0,098
Длительность существования открытой язвы	0,47±0,24	0,29±0,40	1,55±0,59	0,10±1,196
Размер самой большой открытой язвы	0,65±0,37	0,12±0,16	1,05±0,52	0,05±0,098
Компрессионная терапия	1,9±0,12	1,65±0,29	2,80±0,23	0,40±0,298



а).



б).



в).



Рис. 1. Больной с ХВН осложненной трофической язвой до и после комплексного лечения: а) состояние нижней конечности при поступлении; б) состояние нижней конечности на 10 сутки после флебэктомии, дополненной склеротерапией; в) через 3 месяца после комплексного лечения; г). через мес. после комплексного лечения.

Выводы:

1. Сонографическая оценка венозной гемодинамики нижних конечностей демонстрирует, что трофические нарушения при ХВН обусловлены не только перфорантной недо-

статочностью, но и рефлюксом кровотока по поверхностным венам. При этом тяжесть и продолжительность трофических нарушений нижних конечностей имеют прямую корреляцию с выраженностью горизонтального рефлюкса.

2. Патогенетически важным компонентом хирургического лечения декомпенсированных форм ХВН следует считать диссекцию перфорантных вен и устранение патологического рефлюкса по подкожным венам.

3. Достаточно эффективным арсеналом комплексного лечения ХВН может служить

кроссэктомия, дополненная склеротерапией, которая в более чем 80% случаях позволяют избежать более травматичных хирургических вмешательств, отличается косметическими результатами.

Литература:

1. Бабынкина И. Б. Хирургическое лечение хронической венозной недостаточности нижних конечностей //Харківська хірургічна школа. – 2014. – №. 5. – С. 102-105.

2. Дуванский В. А., Азизов Г. А. Особенности регионарной микроциркуляции у больных хронической венозной недостаточностью стадии С6 //Лазерная медицина. – 2011. – Т. 15. – №. 1. – С. 12-15.

3. Каторкин, С. Е., Жуков, А. А., Мельников, М. А., & Кушнарчук, М. Ю. (2015). Комбинированное лечение трофических язв при хронических заболеваниях вен нижних конечностей венозной этиологии. Лазерная медицина, 19 (3), 23-28.

4. Круглова Л. С., Панина А. Н., Стрелкович Т. И. Трофические язвы венозного генеза - //Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2014. – Т. 17. – №. 1. – С. 14.

5. Михин Н. А. Варикозное расширение вен нижних конечностей //Бюллетень медицинских Интернет-конференций. – Общество с ограниченной ответственностью «Наука и инновации», 2015. – Т. 5. – №. 5. – С. 14-15.

6. Серов В. Н., Жаров Е. В. Хроническая венозная недостаточность //Семейная медицина. – 2014. – №. 6. – С. 14-20.

Article

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ОСЛОЖНЕННОЙ СИНДРОМОМ МИРИЗЗИ

Арзиев И.А., Сулайманов С.У., Абдурахманов Д.Ш.

Самаркандский государственный медицинский институт.

Аннотация. при подозрении на СМ лучшие результаты дает удаление желчного пузыря (ЖП) “от дна” с использованием метода Прибрама, позволяющего оценить ситуацию “изнутри” шейки ЖП. В зависимости от типа СМ могут быть выполнены полное удаление ЖП (I тип), удаление пузыря с ушиванием стенки протока отдельными швами (чаще, при II типе СМ), пластика дефекта стенки протока стенкой шейки ЖП, ушивание шейки ЖП над свищевым ходом (при II и III типах).

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, синдром Мирizzi, алгоритм действий, послеоперационные осложнения, профилактика

Актуальность проблемы. Синдром Мирizzi (СМ) является одним из тяжелых осложнений желчнокаменной болезни (ЖКБ), возникающим вследствие острой или хронической фиксации желчного конкремента в шейке желчного пузыря с нарушением проходимости гепатикохоледоха и формированием билиобилиарных или билиодигестивных свищей. СМ встречается у 0,2 – 5,7% больных ЖКБ.

McSherry С.К. и соавт. в 1982 г. выделили два типа синдрома Мирizzi: компрессия ОПП камнем шейки ЖП или пузырного протока (I тип) и пузырно-холедохо-альный свищ (II тип). Csendes А. и соавт. в 1989 г. к выше названным типам добавили еще два, приняв за основу степень разрушения пузырно-холедохо-альным свищом стенки ОПП. В настоящее время последняя классификация является наиболее распространенной. Т. Nagakawa и соавт. в 1997 г. предложили свою классификацию, согласно которой при IV типе, кроме свища, выделено воспалительное сужение ОПП, нуждающееся в иссечении и гепатико-юностомии (цит. по Назырову Ф.Г. и соавт.) [5].

Синдром Мирizzi – трудное для диагностики и лечения осложнение желчнокаменной болезни [1,2]. Холецистэктомия при СМ нередко заканчивается интраоперационным повреждением ОПП с образованием дефекта в его стенке. Иногда узкую дистальную часть общего желчного протока (ОЖП), располо-

женную под камнем, принимают за пузырный проток, а расширенную часть ОПП – за продолжение кармана Гартмана [3,4,6].

СМ не является частым осложнением желчнокаменной болезни. Опыт хирургов [7,11], чаще не превышает 20-30 наблюдений. Самое большое число больных с СМ (91) представлено В.И. Ревякиным [8], который рассматривает в основном, эндоскопические аспекты этого синдрома. Профилактика ятрогенных повреждений желчных протоков при СМ является основной задачей хирурга. Большую роль при этом играет дооперационная диагностика. По данным литературы [10], поставить правильный диагноз до операции сложно и удается лишь в 21,9% (по нашим данным, до применения МРПХГ в 22,2%, после применения МРПХГ в 54,5% наблюдений), что значительно осложняет проблему хирургического лечения.

УЗИ при СМ малоинформативно. Информативность РХПГ выше, чем УЗИ. Однако повышение внутрипротокового давления при введении контрастного вещества, вероятно, часто становится причиной отсутствия изображения холецисто-холедохо-ального свища и ЖП. При проведении исследования England R.E., Martin D.F. [9] у 4 из 25 больных после эндоскопических вмешательств при СМ отметили развитие острого холецистита, бронхопневмонии, абсцессов печени. Эффективность МРПХГ при диагностике СМ оказалась выше

и составила 54,5%. При IV типе СМ, особенно при широком ОПП, следует закончить операцию гепатикоеюностомией. Основные положения такой тактики поддерживают в своих исследованиях L.W. Johnson и соавт. [10], а также O.J. Shah и соавт. [12].

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с синдромом Мирizzi путем оптимизации хирургической тактики в зависимости от его типа.

Материал и методы. При ретроспективном исследовании, проведенном в хирургическом отделении 1-й клиники СамГосМИ в 2009-2021 гг., СМ диагностирован у 72 (2,3%) из 3160 пациентов с желчнокаменной болезнью. Возраст больных от 28 до 82 лет, средний возраст составил $57,8 \pm 2,6$ года. Мужчин было 20, женщин 52. Длительность болезни до поступления в клинику $3,6 \pm 0,2$ года. Клиническая картина болезни была характерной для острого и хронического холецистита, у 41 (56,9%) больных была желтуха, у 11 (15,3%) – холангит.

Всем больным проводили УЗИ. При этом обращали внимание на диаметр ОЖП, а также возможные признаки СМ, такие как близкое расположение содержащей камень шейки желчного пузыря к ОПП, сочетание расширенных проксимального отдела ОПП и внутривенечных протоков с нерасширенным ОЖП, наличие сморщенного ЖП.

Из 41 больного с механической желтухой 7 (17,1%) выполнена РПХГ, 22 (53,6%) магнитно-резонансная панкреатохолангиография (МРПХГ). Во время исследования учитывались такие признаки, как наличие пузырно-холедохеального свища, короткий и широкий пузырный проток или его отсутствие, размеры желчного пузыря, сочетание расширенных внутривенечных протоков с нерасширенным ОЖП, наличие камней в ЖП и протоках.

Больные ретроспективно, включая данные протоколов операций, были разделены на 4 группы в зависимости от степени изменения ОЖП (A. Csendes et al., 1989) [5]: I тип вколоченный в шейку ЖП или в пузырный проток камень, сдавливающий ОПП или ОЖП 45 больных; II тип между шейкой ЖП и ОПП или ОЖП имеется свищ, занимающий менее

одной трети окружности протоков, 14 больных; III тип свищ занимает две трети окружности 8 больных; IV тип стенка ОПП или ОЖП полностью разрушена 5 больных.

7 больным с механической желтухой и холангитом лечение начинали с РХПГ, 1 пациенту выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с безуспешной попыткой эндоскопической литоэкстракции, что потребовало конверсии.

При подозрении на СМ во время операции, наличии инфильтрата в области шейки ЖП и отсутствии пузырного протока холецистэктомию начинали от дна. Вскрывали просвет ЖП, удаляли камни и, используя методику Прибрама, осуществляли доступ к шейке ЖП. Прошив в проекции пузырной артерии стенку ЖП, последний отсекали на уровне его шейки и далее производили ревизию пузырно-холедохеального соединения, чтобы уберечь от повреждения стенку протока.

При I типе СМ старались произвести удаление ЖП. При II типе ЖП удаляли, отверстие в стенке протока ушивали отдельными узловыми швами (пролен 5/0 на атравматической игле) или производили пластику протока стенкой шейки ЖП. Во всех случаях предварительно удаляли камни и в ОЖП вводили дренаж Кера дистальнее ушитого свищевого отверстия.

При III и IV типах СМ сначала вскрывали ОЖП, удаляли камни и только после тщательной оценки ситуации решали вопрос о характере пластики свищевого отверстия, то есть дефекта стенки ОПП или ОЖП. Для пластики использовали стенку шейки ЖП или ушивали шейку, закрывая, таким образом, холецисто-холедохеальный свищ. Дренаж Кера вводили дистальнее свищевого отверстия или через ушитую шейку ЖП и свищевое отверстие в протоке (3). У больных с выраженным разрушением ОПП (IV тип СМ), а также при ятрогенном пересечении ОПП выполняли гепатикоеюностомию (6). Оценивали ближайшие и отдаленные результаты лечения.

Результаты исследования. Мы не обнаружили зависимости развития различных типов СМ от возраста больных и продолжительности болезни. Диагностическая чувствительность УЗИ была низкая и составила 9,6%.

Диагностическая чувствительность РХПГ при СМ составила 14,3% в 1 случае был выявлен пузырно-холедохоэальный свищ. Однако в заключениях РХПГ не было учтено сочетание таких имеющихся признаков, как расширение проксимального отдела ОПП над камнем с нерасширенным дистальным его отделом или нерасширенным ОЖП. Учет таких признаков позволил бы повысить диагностическую чувствительность метода до 68%. Таким образом, по данным УЗИ и РХПГ СМ до операции был выявлен у 16 из 72 (22,2%) больных, то есть уровень дооперационной диагностики был чрезвычайно низким. В связи с этим нами при калькулезном холецистите, осложненным механической желтухой, к методам диагностики добавлена МРПХГ, которая была выполнена 22 больным. Диагностическая чувствительность этого метода исследования оказалась выше и составила 54,5%. На операции до удаления желчного пузыря СМ был заподозрен у 45 (62,5%) больных, при обнаружении дефекта в стенке ОПП после холецистэктомии – у 9 (12,5%). При холецистэктомии “от шейки” повреждение протока наступило у 4 пациентов. При холецистэктомии “от дна” травматическое повреждение произошло у четырех при IV типе СМ, когда расширенный ОПП был принят за карман Гартмана.

При I типе СМ касательная травма ОПП произошла у 4 (у 2 – при лапароскопической холецистэктомии, у 2 – при холецистэктомии из минидоступа). У этих больных при УЗИ ОЖП не был расширен, поэтому МРПХГ не выполнялась. Ни в одном из этих случаев СМ не был диагностирован ни до операции, ни до удаления желчного пузыря.

У 19 из 20 больных со II и III типами СМ были пузырно-холедохоэальный свищ и холедохолитиаз с достоверным расширением ОЖП до $1,5 \pm 0,14$ см ($p < 0,05$) и возросшей до $107,6 \pm 17,7$ ммоль/л билирубинемией. СМ был заподозрен во время операции у 5 больных. Однако наличие плотного инфильтрата в области шейки ЖП заставило хирурга произвести холецистэктомию “от дна” с использованием метода Прибрама у 11 больных, при этом повреждений протока не было. Однако у 2 больных обнаружение бокового дефекта в стенке ОЖП после холецистэктомии было

расценено хирургом как ятрогенная травма. На самом же деле, вероятно, произошло разобщение пузырно-холедохоэального свища.

У всех 5 больных с СМ IV типа имелась механическая желтуха (уровень общего билирубина сыворотки крови был равен $137,7 \pm 33,8$ ммоль/л). Диаметр ОЖП по данным УЗИ составил $1,2 \pm 0,07$ см при значительном расширении внутривнутрипеченочных желчных протоков и наличии сморщенного желчного пузыря (у 4 из 5). У 2 из них в результате УЗИ диагностирована опухоль Клатскина, которая была исключена при МРПХГ. У 4 больных на операции расширенная часть ОЖП была принята за продолжение сморщенного ЖП, а узкая – за пузырный проток. В результате ОЖП был иссечен вместе с ЖП.

Анализ данных показывает, что нет надежных методов диагностики СМ во время операции. О наличии его могут свидетельствовать такие признаки как спайки между шейкой ЖП и ОПП, плотный инфильтрат в области шейки ЖП, сочетание сморщенного ЖП и широкого ОЖП, сочетание широкого ОПП с узким ОЖП у больных холедохолитиазом, чаще при значительном разрушении стенки протоков.

При повреждении протоков у больных с СМ I типа применяли следующие операции: 2 больным с небольшим боковым касательным ранением ОЖП на дефект стенки было наложено несколько узловых швов, операцию завершили наружным дренированием протока по Керу (1) или по Вишневскому (1). 2 другим произвели гепатикоюностомию с выключенной по Ру петлей тощей кишки. При II и III типах СМ повреждений протоков не было. Из 5 больных с СМ IV типа ОПП был иссечен у 4. Операции завершены гепатикоюностомией.

В раннем послеоперационном периоде умерла 1 больная от тромбоэмболии легочной артерии на фоне варикозного расширения вен нижних конечностей и мерцательной аритмии. Послеоперационные осложнения развились у 15 (20,8%) больных: желчеистечение по дренажу 5, подпеченочная биллома 3, желчный перитонит потребовавший релапаротомию 3, нагноение раны – 15.

Заключение. Интраоперационная диагностика СМ также сложна. Нельзя также пренебрегать правилом обязательного выяв-

ления элементов треугольника Кало и сравнением диаметров ОПП и ОЖП. Одним из главных вопросов лечения СМ является выбор метода операции. Прежде всего, необходимо подчеркнуть, что подозрение на СМ до операции является противопоказанием к лапароскопической холецистэктомии, а выявление признаков синдрома во время операции – показанием к конверсии на открытую операцию.

При подозрении на СМ лучшие результаты дает удаление ЖП “от дна” с использованием метода Прибрама, позволяющего оценить ситуацию “изнутри” шейки ЖП. При этом в зависимости от типа СМ могут быть выполнены полное удаление ЖП (I тип), удаление пузыря с ушиванием стенки протока отдельными швами (чаще при II типе СМ), пластика дефекта стенки протока стенкой шейки ЖП, ушивание шейки ЖП над свищевым ходом (при II и III типах). После удаления камней следует оставлять Т-образный дренаж, введенный дистальнее свищевого отверстия. Наконец, при IV типе СМ, особенно при широком ОПП, следует закончить операцию гепатикоюностомией. При ранениях ОПП или ОЖП хирургическая тактика во многом зависит от величины дефекта стенки протока. При небольших касательных ранениях нерасширенного протока, как правило, при I типе СМ, накладывали прецизионный шов на Т-образном дренаже Кера, что давало хорошие отдаленные результаты. Однако если дефект стенки протока был значительным, и пластика на дренаже выполнялась с натяжением, предпочитали гепатикоюностомию. При II и III типах свищ ушивали за счет оставленной стенки шейки ЖП, дистальнее осуществляли холедохолитотомию, и проток дренировали Т-образным дренажом Кера. При IV типе (с большим диаметром ОПП) хорошие результаты получены после наложения гепатикоюноаностомоза.

Литература:

1. Алиджанов Ф.Б., Хаджибаев Ф.А., Гуломов Ф.К. Дискуссионные вопросы синдрома Мирицци //Вестн. неотложной и восстановительной хирургии. – 2018. – Т. 3, №3. – С.

218-225.

2. Береговенко Д.А., Горова А.Ю. Синдром Мирицци. Хирургическое лечение //Соврем. иссл. – 2018. – №10. – С. 62-66.

3. Коханенко Н.Ю., Глебова А.В. Диагностика и лечение синдрома Мирицци //Фундамент. исследования. – 2013. – Т. 3, №12.

4. Курбаниязов З.Б., Махмудов Т.Б., Сулаймонов С.У., Давлатов С.С. Хирургическое лечение больных с синдромом Мирицци // Врач-аспирант. – 2012. – №51. – С. 135-138.

5. Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Нишанов М.Ш. Диагностика и лечение синдрома Мирицци //Хирургия. им. Н.И. Пирогова. -2010. -№4. -С. 67-73.

6. Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Салимов У.Р. Синдром Мирицци – варибельность течения с двойным блоком желчеоттока //Анналы хир. гепатол. – 2018. – Т. 21, №3. – С. 119-123.

7. Рахманов К.Э., Давлатов С.С. Диагностика и лечение синдрома Мирицци //Вопросы науки и образования. – 2020. – №13 (97).

8. Ревякин В.И., Савельев В.С. Диагностика и лечение синдрома Мирицци //50 лекций по хирургии; Под ред. В.С. Савельева. – М.: Медиа Медика, 2006. – С. 413-422.

9. Davlatov S., Rakhmanov K., Qurbonov N. et al. Current State of the Problem Treatment of Mirizzi Syndrome (Literature Review) //Int. J. Pharmac. Res. – 2020. – Vol. 12. – P. 1931-1939.

10. Johnson L.W., Sehon J.K., Lee W.C. Mirizzi's Syndrome: Experience from a Multi & institutional Review //Amer. Surg. -2001. -Vol. 67, №1. -P. 11-14.

11. Kamalesh N.P., Prakash K., Pramil K. et al. Laparoscopic approach is safe and effective in the management of Mirizzi syndrome //J. Min. Access Surg. – 2015. – Vol. 11, №4. – P. 246.

12. Shah O.J. Management of Mirizzi syndrome: a new surgical approach // ANZ J. Surg. – 2001. – Vol. 71, №7. – P. 423-427.

Article

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИИ И ЖЕЛЧНОМ ПЕРИТОНИТЕ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Арзиев И.А., Курбаниязов З.Б., Баратов М.Б., Назаров З.Н., Сайинаев Ф.К.

Самаркандский государственный медицинский институт.

Аннотация. В работе проведен анализ результатов хирургического лечения 5247 пациентов по поводу различных форм ЖКБ. Желчеистечение и желчный перитонит в послеоперационном периоде наблюдали у 93 больных вследствие «малых» повреждений (аберрантные печеночно-пузырные протоки ложа желчного пузыря - ходы Люшка, не герметичность культи пузырного протока, выпадение дренажа из холедоха) и повреждений магистральных желчных протоков («большие» повреждения.) Совершенствование лечебно - диагностической тактики у больных с желчеистечением после ХЭ позволило значительно улучшить результаты лечения в основной группе, где осложнения в ближайшем послеоперационном периоде составили 8,1%, в отдаленном периоде – 5,4%, летальность не наблюдалась (в группе сравнения – 17,8% и 14,2% соответственно, летальность - 3,6%).

Ключевые слова: холецистэктомия, желчеистечение, желчный перитонит, хирургическая тактика

Актуальность проблемы. В настоящее время в мире выполняют более 2,5 млн холецистэктомий в год. Миниинвазивные операции - лапароскопические или открытые из минидоступа, давно стали «золотым стандартом» хирургии и рационально дополняют друг друга. Вместе тем, частота осложнений после этих вмешательств остается стабильной и недопустимо высокой и составляет, по данным разных авторов 1,5-6,8% [2,3,4,5,8,9]. Частота наружного и внутрибрюшного желчеистечения после различных видов холецистэктомии составляет 0,53-6,3%. Среди осложнений хирургического вмешательства после операции на желчных путях выделение желчи в раннем послеоперационном периоде следует рассматривать как самостоятельную проблему, поскольку оно имеет очень серьезные последствия и опасно для жизни [1,6,7,9].

Основными причинами послеоперационного желчеистечения и желчного перитонита могут быть как «малые» повреждения - несостоятельность культи пузырного протока, аберрантные печеночно-пузырные протоки ложа желчного пузыря – ходы Люшка, выпадение дренажа из гепатикохоледоха, так и «большие» повреждения - ятрогенные травмы магистральных желчных протоков (5).

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных ЖКБ,

у которых после операции развилось желчеистечение и желчный перитонит, применением релапароскопии, трансдуоденальных эндоскопических вмешательств, пункционных методов под контролем УЗИ.

Материал и методы исследования. В основу исследования положен анализ результатов обследования и лечения 5247 пациентов с ЖКБ, оперированных в 2000-2019 гг. У 93 из которых в раннем послеоперационном периоде после ХЭ наступило билиарное осложнение – желчеистечение. Клиника данного осложнения характеризовалась наружным желчеистечением у 71 больного (56,7%) и желчеистечением в брюшную полость - у 22 (43,3%).

Выделили 3 степени послеоперационного желчеистечения по L. Morgenstern (2006). При УЗИ желчеистечение I степени – (до 100 мл/сутки по дренажу из брюшной полости или отграниченное скопление жидкости в ложе желчного пузыря объемом менее 100 мл) выявлено у 33 (35,4%) больных. Желчеистечение II степени – (до 500 мл/сутки по дренажу или свободная жидкость над и под печенью) выявлено - у 29 (31,1%) больных. Желчеистечение III степени – (более 500 мл/сутки по дренажу или свободная жидкость в 3 и более областях брюшной полости выявлено у 31 (33,3%) больного.

Источником послеоперационного желчеистечения в 12 наблюдениях были дополнительные (аберрантные) желчные протоки (ходы Люшка) в ложе желчного пузыря, в 13 наблюдениях – несостоятельность культи пузырного протока вследствие соскальзывания клипс, у 5 пациентов ЖИ из дефекта в стенке гепатикохоледоха вследствие самопроизвольного выпадения установленного дренажа из гепатикохоледоха, в 31 – ятрогенные повреждения магистральных желчных протоков. В 32 наблюдениях источник желчеистечения не идентифицирован, вследствие его самостоятельного прекращения при консервативной терапии.

Желчеистечение наблюдалось после ЛХЭ – 2,1% (43), ХЭ из минилапаротомного доступа 1,1% (29), ХЭ из лапаротомного доступа – 2,4% (12 больных), 9 больных с данным осложнением переведены к нам из других стационаров.

Средний возраст пациентов с желчеистечением после ХЭ составил 49 ± 5,1 лет – лица наиболее трудоспособного возраста, мужчин – 23 и женщин – 70, то есть соотношение 1:3, хотя в гендерной структуре оперированных больных с ЖКБ это соотношение составляло 1:6, что подтверждает литературные данные о сложностях выполнения ХЭ у лиц мужского пола.

Из 93 больных, 64 (68,8%) с желчеистечением поступили в стационар и оперированы по ургентным показаниям по поводу острого деструктивного холецистита, 29 (31,2%) – по поводу хронического калькулёзного холецистита. Желчеистечение наблюдалось более чем в 2 раза чаще после экстренных операций, нежели после плановых.

При желчеистечении после ХЭ в раннем послеоперационном периоде всем больным выполняли УЗИ (93), по показаниям РПХГ (24), фистулохолангиографию (14), интраоперационную холангиографию (14), МРПХГ (13), релапароскопию (12).

В соответствии с задачами исследования больные разделены на сравнимые группы исследования: основную группу составили 37 больных с желчеистечением и желчным перитонитом после ХЭ, оперированные в период 2010-2019 гг., группу сравнения – 56

больных, оперированных в 2000-2009 гг.

В основной группе (14 больных) при отсутствии признаков перитонита, удовлетворительном состоянии больных, отсутствии изменений анализах крови проводили динамическое наблюдение с обязательным ультразвуковым контролем и консервативное лечение – спазмолитики, инфузионная, противовоспалительная и антибактериальная терапия. У 9 больных лечение оказалось эффективным, желчеистечение по дренажу прогрессивно уменьшалось и полностью прекратилось в течении 5-7 дней, поэтому других диагностических и лечебных процедур не потребовалось. 3 больным потребовались пункции биломы под контролем УЗИ с целью эвакуации скопления жидкости в подпеченочном пространстве, причем у 1 больного причиной желчеистечения явилось выпадение дренажа из холедоха.

Еще у 2 больных консервативное лечение также было неэффективным и им были выполнены РПХГ и ЭПСТ. У 1 больного причиной желчеистечения оказалось несостоятельность культи пузырного протока и у 1 – источник не установлен. После эндоскопического дренирования билиарной системы желчеистечение у этих больных прекратилось на 2 и 5 сутки.

В основной группе (n=12) с несостоятельностью культи пузырного протока вследствие и холедохолитиаза и билиарной гипертензии с наружным желчеистечением РПХГ с ЭПСТ и назобилиарным дренированием у 2 больных явилось окончательным методом остановки желчеистечения.

В 1 наблюдении у больной с несостоятельностью культи пузырного протока после эндоскопического трансдуаденального вмешательства желчеистечение не купировалось, больной произведено релапароскопия и клипирование пузырного протока. Также при желчеистечении у 3 больных из аберрантных желчных протоков произведено их клипирование при релапароскопии, у 1 с перитонитом – при релапаротомии. Релапаротомия, холедохолитотомия с дренирование холедоха и санаций брюшной полости произведено 1 пациентке с желчным перитонитом.

В наших наблюдениях у 2 больных с

полным пересечением ГХ, выявленным интраоперационно, также наложен высокий ГЕА по Ру без каркаса. У 1 больной желчным перитонитом первым этапом произведена санация брюшной полости и дренирование печеночного протока. Реконструктивная операция выполнена через 3 месяца – ГЕА с ТПКД. Восстановительные операции проведены 3 больным. 1 больному с пересечением ГХ наложен ББА. У 3 больных при краевом повреждении не более чем на $\frac{1}{2}$ диаметра протока произведено ушивание протока в 2 случаях, в одном наблюдении после РПХГ установлен стент в ГХ.

Результаты и их обсуждение. Сравнительный анализ результатов лечения при желчеистечении первой степени показало, что в 2/3 наблюдений больным проведены повторные хирургические вмешательства, а консервативная терапия проводилась лишь в 36,9% наблюдений. Прямо противоположные результаты получены в основной группе, где специальные эндоскопические и диапневтические методы позволили избежать повторной хирургической операций у 35,7% больных, а у остальных 2/3 эффективной была консервативная терапия.

Коррекцию желчеистечения II степени в группе сравнения (17 больных) в 100% случаев производили посредством повторного хирургического вмешательства – релапаротомии (11) и релапароскопии (6). Усовершенствование лечебно-диагностической тактики ведения больных в основной группе (12 больных) с использованием эндоскопических трансдуоденальных вмешательств позволило остановить наружное желчеистечение у 6 (50%) больных. Релапароскопия позволила устранить причину желчного перитонита в 4 наблюдениях и лишь 2 больным (16,6%) потребовалась релапаротомия.

Таким образом, внедрение миниинвазивных методов коррекции наружного и внутрибрюшного желчеистечения как трансдуоденальные эндоскопические вмешательства, пункции брюшной полости под контролем УЗИ, лапароскопия, а также активная консервативная терапия с ежедневным УЗИ мониторингом позволили у больных с «малыми» повреждениями желчных протоков отказаться

от повторной лапаротомии у 92,4% больных. Релапаротомия произведена лишь у 2 больных.

Гнойно – септические осложнения после повторных вмешательств по поводу желчеистечения после ХЭ в группе сравнения наблюдали у 10 (17,8%) больных: - желчный перитонит (3 больных); - формирование подпеченочного и поддиафрагмального абсцесса (3 больных); - нагноение послеоперационной раны (4 больных). Из них 2 (3,6%) умерли. Причиной смерти в обоих наблюдениях явилась острая почечно – печеночная недостаточность на фоне септического состояния.

В основной группе после хирургической коррекции желчеистечения после ХЭ осложнения наблюдались у 3 больных (8,1%). В 2 наблюдениях имелись гнойно-септические осложнения, в 1 – острый панкреатит после эндоскопической папиллосфинктеротомии. Летальность в основной группе не наблюдалась.

В отдаленном послеоперационном периоде в группе сравнения у 8 больных (14,7%) развились рубцовые стриктуры ГХ или ранее наложенного БДА сопровождавшийся клиникой холангита. Причем, 3 из них повторно оперированы – им наложен ГЕА по Ру. В основной группе в отдаленном периоде стриктура ГХ наблюдалась у 2 больных (5,4%) – 1 после наложения ББА и у 1 после ушивания травмы общего печеночного протока на Т – образном дренаже. Общим больным произведены реконструктивные операции – ГЕА по Ру.

Следует отметить, что наружное и внутрибрюшное желчеистечение значительно удлиняло сроки лечения больных. Средние сроки стационарного лечения больных после ХЭ составляли 2-7 ($3,4 \pm 1,2$) суток. В группе сравнения пребывание больных с желчеистечением после ХЭ составляло $15,9 \pm 2,3$ суток, в основной группе - $12,3 \pm 3,1$ суток.

Выводы.

1. Наружное и внутрибрюшное желчеистечение после ХЭ составило 1,6% (после ЛХЭ 2,1%) и наступило в 2 раза чаще после экстренных операций по поводу деструктивного холецистита. Причиной желчеистечения у 2/3 больных явились «малые» повреждения – аберрантные печеночно – пузырьные прото-

ки ложа желчного пузыря, несостоятельность культи пузырного протока, выпадение дренажа ГХ и краевое повреждение ОПП, у 1/3 больных «большие» повреждения - пересечение и иссечение ГХ.

2. Лечебно диагностический алгоритм для выявления источника желчеистечения и его коррекции должен включать УЗИ мониторинг и диапневтические методы при желчеистечении I степени, трансдуоденальные эндоскопические вмешательства и релапароскопию при желчеистечении II степени, МР-ПХГ и реконструктивные операции - при III степени.

3. Применение в основной группе миниинвазивных эндоскопических трансдуоденальных вмешательств, диапневтических методов и лапароскопии, а также активной консервативной терапии позволили у больных с желчеистечением I и II степени («малые» повреждения) избежать релапаротомии у 92,4% больных.

4. При желчеистечении III степени («большие» повреждения) лучшие результаты получены при наложении высокого ГЕА по Ру с использованием прецизионной техники и применением методик Нерп-Coinaud и Cattel. Совершенствование лечебно - диагностической тактики у больных с желчеистечением после ХЭ позволило значительно улучшить результаты лечения в основной группе, где осложнения в ближайшем послеоперационном периоде составили 8,1%, в отдаленном периоде – 5,4%, летальность не наблюдалась (в группе сравнения – 17,8% и 14,2% соответственно, летальность - 3,6%).

Литературы:

1. Абдурахманов Д.С., Шамсиев Ю.З. Современное состояние проблемы диагностики узлов щитовидной железы (обзор литературы) // Европейские исследования: инновации в науке, образовании и технологиях. - 2018. - С. 45-49.

2. Султанбаевич Б.А. и соавт. Анализ результатов хирургического лечения больных с узлами щитовидной железы // Вопросы науки и образования. - 2019. - №. 4 (49).

3. Шукуруллаевич, Абдурахманов Диер и

др. «Напряженная герниопластика и абдоминопластика у больных с морбидным ожирением». Вестник науки и образования 3-2 (106) (2021): 88-98.

4. Davlatov S. et al. Current State of The Problem Treatment of Mirizzi Syndrome (Literature Review) //International Journal of Pharmaceutical Research. – 2020. – Т. 12. – С. 1931-1939.

5. Rakhmanov K. E., Davlatov S. S., Abduraxmanov D. S. Correction of albendazole disease after echinococcectomy of the liver //International Journal of Pharmaceutical Research. – 2021. – Т. 13. – С. 4044-4049.

6. Shamsutdinov S., Abdurakhmanov D., Rakhmanov K. Repeated reconstructions of the digestive tract in the surgery of the operated stomach //Збірник наукових праць ЛОГОΣ. – 2021. С. 49-50.

7. Shukurullaevich A. D. et al. Modern views on the pathogenetic relationship between systemic inflammation and the immune system with a bile peritonitis, complicated abdominal sepsis //Вестник науки и образования. – 2021. – №. 5-1 (108). – С. 81-86.

8. Shukurullaevich A. D. et al. Modern views on the pathogenetic relationship between systemic inflammation and the immune system with a bile peritonitis, complicated abdominal sepsis //Вестник науки и образования. – 2021. – №. 5-1 (108). – С. 81-86.

9. urullaevich A. D. et al. Modern views on the pathogenetic relationship between systemic inflammation and the immune system with a bile peritonitis, complicated abdominal sepsis //Вестник науки и образования. – 2021. – №. 5-1 (108). – С. 81-86.

Article

ХИМИОТЕРАПИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВА ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Рахманов К.Э., Анарбоев С.А., Махмудов С.Б., Абдурахманов Д.Ш.

Самаркандский государственный медицинский институт

Аннотация. Целью исследования является улучшение качества лечения больных эхинококкозом печени путем разработки эффективных методов снижения рецидива заболевания. Материал и методы исследования. Клиническое исследование составили 371 больных с ЭП. С целью исследования влияния альбендазола в различной дозировке на зародышевые формы эхинококкоза, путем морфологического исследования внутренних органов экспериментальных животных (32 овцы), зараженных эхинококкозом в природных условиях. Результаты исследования. Химиотерапию альбендазолом начинали не позже 1 месяца после оперативного лечения. В группе сравнения послеоперационная химиотерапия проведена 112 (43,8%) больным по традиционной схеме. На фоне лечения отмечено повышение средней концентрации АСТ и АЛТ после первого курса химиотерапии, соответственно до $0,55 \pm 0,05$ и $0,88 \pm 0,08$ ммоль/л. Заключение. Экспериментальные исследования на 32 овцах показали, что в отдаленных от первичного эхинококковой кисты, участках печени выявлено наличие микроскопически идентифицируемых зародышевых микрокист, что может привести к развитию рецидива заболевания после удаления крупных кист.

Ключевые слова: эхинококкоз печени, химиотерапия, рецидив, профилактика.

Введение. По данным Всемирной организации здравоохранения, «в мире эхинококкозом поражено более 1 млн человек, при этом среди различных органов и тканей в 44-84% случаев процесс локализуется в печени» [5-12]. В связи с отсутствием тенденции к снижению числа больных и существованием эндемичных регионов, где показатель заболеваемости варьирует от 1,2 до 9,0 на 100.000 населения это паразитарное заболевание продолжает оставаться серьезной медицинской и социальной проблемой [4]. На современном этапе диагностика эхинококкоза печени (ЭП) не представляет значительных трудностей, во многом благодаря появлению методов неинвазивной визуализации, информативность комплексного применения которых достигает 95-100% [1]. Однако отсутствие настороженности в отношении эхинококкоза способствует поздней диагностике, а, следовательно, увеличению осложненных форм заболевания [2, 3]. «Однако достаточно высокая частота послеоперационных осложнений (34-50%) и многочисленные случаи послеоперационных рецидивов заболевания (15-64%) свидетельствуют о недостаточной эффективности и надежности распространенной хирургической тактики» [7]. В свете вышеизложенного становится очевидной необходимость

усовершенствования известных и разработка новых эффективных мер профилактики и лечения этого грозного заболевания.

Целью исследования является улучшение качества лечения больных эхинококкозом печени путем разработки эффективных методов снижения рецидива заболевания.

Материал и методы исследования. Клиническое исследование составили 371 больных с ЭП. С целью исследования влияния альбендазола в различной дозировке на зародышевые формы эхинококкоза, путем морфологического исследования внутренних органов экспериментальных животных (32 овцы), зараженных эхинококкозом в природных условиях. На основании УЗИ у всех этих животных был диагностирован (при участии специалистов – ветеринаров) эхинококкоз печени.

Для определения действия альбендазола, на первом этапе экспериментального исследования были изучены ткани печени овец не получивших химиотерапию. Морфологическое изучение проводилось по серийным срезам печени, окрашенных гематоксилин – эозином (Г-Э). У всех животных в печени обнаружены новообразующиеся зародышевые кисты. Остальные животные были подвергнуты лечению альбендазолом в течение 2 и 3

недель в различной дозировке препарата (по 5, 10, 15 и 20 мг/кг веса). При изучении печени животных, получавших альбендазол в дозе 5 мг/кг веса в течение 3 недель, микроскопически стенки зародышевой кисты были гомогенные, значительно утолщены. По периферии образовался довольно мощный каркас из лимфоидно – гистиоцитарных клеток (рис.

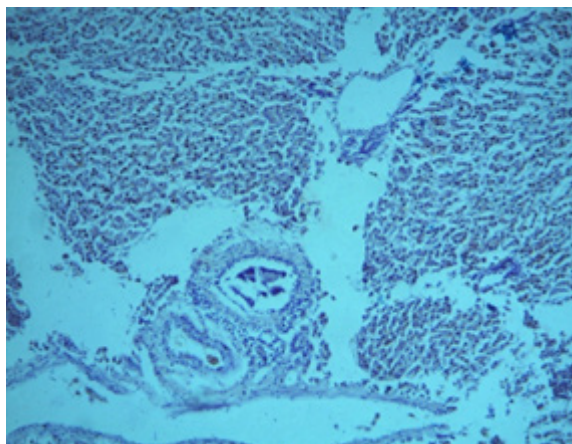


Рис. 1. Печень после применения альбендазола в дозе 5 мг/кг. Окраска Г-Э. Ув. 10×20.

1). При дозе 10 мг/кг веса в течение 2 недель определено, что среди долек печени видны формирующиеся зародышевые пузыри эхинококка, состоящие из слоистой хитиновой оболочки, заполненные аморфными массами. Среди них видны сколексы. Отмечается выраженное расслаивание и отечность стенки хитиновой оболочки (рис. 2).

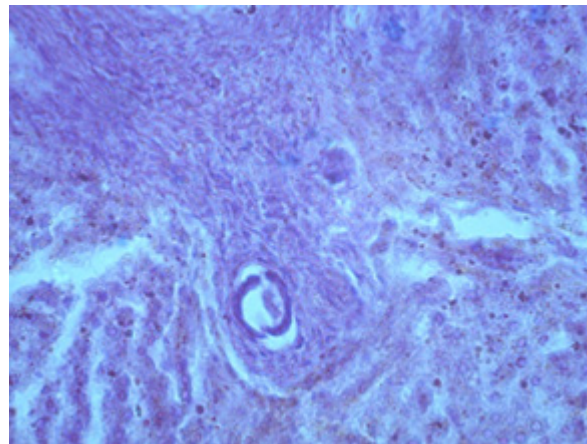


Рис. 2. Печень после применения альбендазола в дозе 10 мг/кг. Окраска Г-Э. Ув. 10×10.

При микроскопическом исследовании печени на фоне приема альбендазола в дозе 15 мг/кг веса животного в течение 2 недель выявлена, что новообразующаяся зародышевая капсула эхинококкового пузыря отечная и стенки разрыхлены. По периферии стенки пузыря появляются лимфоидно – гистиоцитарные инфильтраты, которые не были отмечены при дозе 10 мг/кг (рис. 3). При изучении

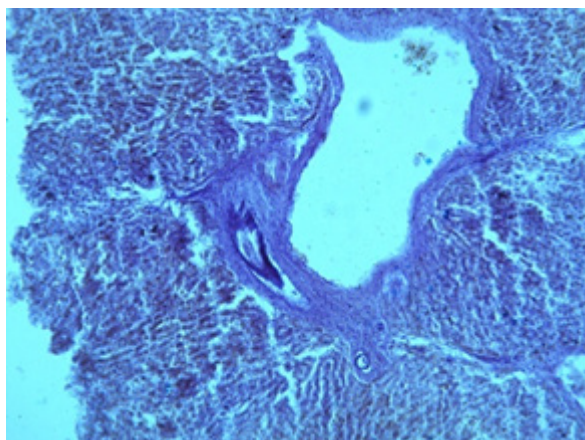


Рис. 3. Печень после применения альбендазола в дозе 15 мг/кг. Окраска Г-Э. Ув. 10×10.

печени овец, леченных альбендазолом в дозе 20 мг/кг веса животного в течение 2 недель микроскопически выявлено, что периферийные зоны зародышевой капсулы эхинококка значительно обогащены лимфоидно-клеточными инфильтратами. Полость, формирующая кисту зияет, в нем содержится аморфная масса. Стенки капсулы однородные, гомогенные (рис. 4).

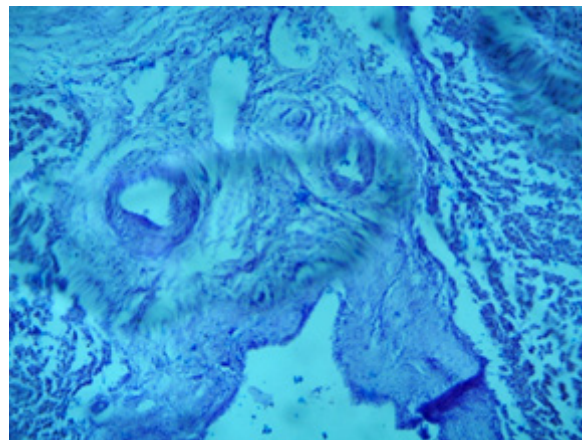


Рис. 4. Печень после применения альбендазола в дозе 20 мг/кг. Окраска Г×Э. Ув. 10x19.

До начала химиотерапии, во время, и в конце курса химиотерапии исследовали общий анализ крови, биохимические показатели и коагулограмму. У овец, леченных альбендазолом в дозе 5 мг/кг в анализе крови патологических сдвигов не наблюдали. У овец, леченных альбендазолом в дозе 10 и 15 мг/кг были незначительные изменения биохимических показателей крови. При дозе 20 мг/кг показатели ферментов крови в конце первой недели были умеренно повышены, а в конце второй недели существенно возросли.

Исследования показали, что в отдаленных участках печени от первичного эхинококкового пузыря, обнаружены микроскопически идентифицируемые зародышевые эхинококковые микрокисты. Они были представлены сформированными либо формирующимися хитиновыми оболочками без признаков макрофагально - клеточной реакции вокруг зародышевого образования, либо с наличием выраженной клеточной реакции. Лечение альбендазолом в высокой дозе – 10 мг/кг веса в течение 2 недель и более низкой дозе – 5 мг/кг веса в течение 3 недель способствовало стимулированию пролиферативно – продуктивной клеточной реакции вокруг зародышевой кисты паразита и угнетающим образом действовала на сколексы эхинококка.

Результаты исследования. Абсолютное большинство выполненных эхинококкэктомий (99,8%) носило органосохраняющий характер, и только у 1 (0,2%) пациента пришлось прибегнуть к резекции левой доли печени. В подходящих ситуациях не упускали возможность выполнения идеальной эхинококкэктомии – 2 (0,3%) паразитарных кист было удалено вылушиванием целой хитиновой оболочки. В наших наблюдениях 412 (77,6%) остаточных полостей обработаны по типу закрытой эхинококкэктомии и только 116 (21,8%) фиброзных капсул было ушито полузакрытым методом на дренаже.

Химиотерапию альбендазолом начинали не позже 1 месяца после оперативного лечения. В группе сравнения послеоперационная химиотерапия проведена 112 (43,8%) больным по традиционной схеме. На фоне лечения отмечено повышение средней концентрации АСТ и АЛТ после первого курса

химиотерапии, соответственно до $0,55 \pm 0,05$ и $0,88 \pm 0,08$ ммоль/л. Паренхиматозная желтуха наблюдалась у 3 (2,7%) больных, диспептические симптомы отмечались у 41 (36,6%) больного и у 2 (1,8%) больных развилась обратимая аллопеция, при этом в 16 (14,3%) случаев потребовалось отмена профилактического лечения. При этом следует подчеркнуть, что повышение трансаминаз было характерно для больных, страдающих или ранее страдавших заболеваниями печени. Из 112 у 54 (48,2%) больных выявлено наличие сопутствующей хронической диффузной патологии печени. Учитывая этот факт, в основной группе проводилась коррекция дозы альбендазола с учетом исходного функционального состояния печени. При циррозе печени, а также в случаях с исходным (до операции) повышением печеночных ферментов, альбендазол применялся в дозе 5 мг/кг/сут. В свою очередь, при развитии изменений в биохимических показателях крови или клинических проявлениях токсического эффекта на фоне стандартной дозы альбендазола, пациентам также изменяли схему лечения до 5 мг/кг/сут. В основной группе хронические диффузные заболевания печени выявлены в 51,3% случаев. Исходно сниженные дозы альбендазола были применены у 11 (9,6%) пациентов, а снижение традиционной дозы на фоне биохимических изменений потребовалось еще 21 (18,3%) больному. В целом химиотерапию по предложенной схеме получили 32 (27,8%) пациента основной группы.

Исследования показали, что вероятность развития побочных реакций на фоне химиотерапии альбендазолом по клиническим и лабораторным показателям составила 52,7% (59 больных в группе сравнения), что обусловлено токсическим эффектом препарата и наличием сопутствующей хронической диффузной патологии печени, при этом в 14,3% потребовалась отмена лечения, в свою очередь возможность коррекции дозы позволила снизить это значение до 18,3% (21 пациент в основной группе) и соответственно обеспечить полноценный курс антипаразитарной терапии (критерий $\chi^2 = 26.703$; $p < 0,001$). Мониторинг печеночных аминотрансфераз также показал достоверное отличие этих показателей в группах сравнения. Так уровень

АЛТ в группе сравнения составил $0,88 \pm 0,08$ ммоль/л против $0,51 \pm 0,04$ ммоль/л в основной группе ($p < 0,001$), показатели АСТ достоверно не отличались, при этом среди пациентов с сопутствующей хронической патологией печени значени АЛТ составило – $1,14 \pm 0,11$ против $0,62 \pm 0,05$ ммоль/л ($p < 0,001$) и АСТ – $0,72 \pm 0,07$ против $0,52 \pm 0,04$ ммоль/л ($p < 0,05$).

Из 236 больных, обследованных в отдаленные сроки, рецидив эхинококкоза отмечен у 21 (8,9%) больного, при этом в группе пациентов, оперированных в 2005-2008 гг., этот показатель достигал 16,3%, что было обусловлено отсутствием профилактической химиотерапии.

В последующем благодаря применению мер профилактики заболевания частоту рецидивов заболевания удалось снизить во 2-подгруппе группы сравнения до 5,9%, а в основной группе до 2,6%.

Таким образом, разработанный способа профилактической химиотерапии позволил улучшить качество оказываемой помощи за счет снижения частоты ближайших послеоперационных осложнений с 12,5% (32 пациента в группе сравнения) до 4,3% (5 пациентов в основной группе) (критерий $\chi^2 = 4.954$; Df=1; $p=0,027$) и рецидива заболевания с 11,9% (19 пациентов в группе сравнения) до 2,6% (у 2 пациентов в основной группе) (критерий $\chi^2 = 4.692$; Df=1; $p=0,031$).

Заключение. Экспериментальные исследования на 32 овцах показали, что в отдаленных от первичного эхинококковой кисты, участках печени выявлено наличие микроскопически идентифицируемых зародышевых микрокист, что может привести к развитию рецидива заболевания после удаления крупных кист.

Стимулирование пролиферативно-продуктивной клеточной реакции вокруг зародышевой кисты паразита с угнетающим воздействием при применении альбендазола в дозе 20 мг/кг происходит в течение 2 недель, тогда как при дозе 10-15 и 5-7 мг/кг эффект наступал к 3-4 неделе наблюдения, что позволяет корректировать рекомендованную дозу альбендазола (10-12 мг/кг) в случаях возможного риска развития токсических реакций (диффузные заболевания печени) с учетом про-

лонгирования курсового лечения.

Клинически обосновано коррекция дозы альбендазола для профилактики рецидива эхинококкоза печени у пациентов с сопутствующей хронической диффузной патологией печени позволившая снизить вероятность развития побочных реакций с 52,7% до 18,3% ($\chi^2 = 26.703$; $p < 0,001$), и соответственно показателей печеночных аминотрансфераз: АЛТ в группе сравнения с $1,14 \pm 0,11$ до $0,62 \pm 0,05$ ммоль/л ($p < 0,001$) в основной группе и АСТ с $0,72 \pm 0,07$ до $0,52 \pm 0,04$ ммоль/л ($p < 0,05$).

Литература:

1. Шукуруллаевич, Абдурахманов Диер и др. «Напряженная герниопластика и абдоминопластика у больных с морбидным ожирением». Вестник науки и образования 3-2 (106) (2021): 88-98.
2. Султанбаевич Б.А. и соавт. Анализ результатов хирургического лечения больных с узлами щитовидной железы // Вопросы науки и образования. - 2019. - №. 4 (49).
3. Абдурахманов Д.С., Шамсиев Ю.З. Современное состояние проблемы диагностики узлов щитовидной железы (обзор литературы) // Европейские исследования: инновации в науке, образовании и технологиях. - 2018. - С. 45-49.
4. Шамсутдинов С., Абдурахманов Д., Рахманов К. Повторные реконструкции пищеварительного тракта при хирургии операционного желудка // Збірник наукових праць ЛОГОС. - 2021 г. С. 49-50.
5. Davlatov S. et al. Current State of The Problem Treatment of Mirizzi Syndrome (Literature Review) //International Journal of Pharmaceutical Research. – 2020. – Т. 12. – С. 1931-1939.
6. Rakhmanov K. E., Davlatov S. S., Abduraxmanov D. S. Correction of albendazole disease after echinococcectomy of the liver //International Journal of Pharmaceutical Research. – 2021. – Т. 13. – С. 4044-4049.
7. Shukurullaevich A. D. et al. Modern views on the pathogenetic relationship between systemic inflammation and the immune system with a bile peritonitis, complicated abdominal sepsis //Вестник науки и образования. – 2021.

– №. 5-1 (108). – С. 81-86.

8. Shukurullaevich A. D. et al. Analysis of surgical treatment options for different types of mirizzi syndrome //Вестник науки и образования. – 2021. – №. 5-1 (108). – С. 71-76.

9. Shukurullaevich A. D. et al. Clinical questions extreme currents syndrome mirizzi // Вестник науки и образования. – 2021. – №. 5-1 (108). – С. 65-70.

10. Shukurullaevich A. D. et al. Modern views on the pathogenetic relationship between systemic inflammation and the immune system with a bile peritonitis, complicated abdominal sepsis //Вестник науки и образования. – 2021. – №. 5-1 (108). – С. 81-86.

11. Shukurullaevich A. D. et al. Modern views on the pathogenetic relationship between systemic inflammation and the immune system with a bile peritonitis, complicated abdominal sepsis //Вестник науки и образования. – 2021. – №. 5-1 (108). – С. 81-86.

12. Shamsutdinov S., Abdurakhmanov D., Rakhmanov K. Repeated reconstructions of the digestive tract in the surgery of the operated stomach //Збірник наукових праць ЛОГОΣ. – 2021. С. 49-50.

Article

ТОКСИК БУҚОҚ БИЛАН БЕМОРЛАРНИ ОПЕРАЦИЯГА ТАЙЁРЛАШДА ПЛАЗМАФЕРЕЗДАН ФОЙДАЛАНИШ

Курбаниязов З.Б., Ғозибеков Ж.И., Зайниев А.Ф.

Самарқанд давлат тиббиёт институти.

Аннотация. Мақола қалқонсимон без касалликларини даволашда замонавий эндокринология ва жарроҳликнинг долзарб муаммоларига бағишланган. Операциягача (ПФ) плазмаферездан фойдаланиб 20 ёшдан 62 ёшгача бўлган 28 нафар касаллик оғир кечувчи беморларнинг натижаларикўрилди. Плазмаферез аутоантителолар, иммун комплекслар ва бошқа патологик метаболитларни организмдан чиқарилишини таъминлайди. Тўлиқ курс учун одатда 3-4 плазмаферез сеанси талаб қилинади. Тўлиқ курсдан сўнг беморлар организмда аутоиммун жараённинг пасайиши, антителолар титрини камайиши қайд этилмоқда, бу эса касалликни ремиссиясига олиб келади. ПФ беморларнинг умумий ҳолатини яхшилаш, асабий қўзғалувчанликни камайтириш, треморнинг камайиши, синусли тахикардия шунингдек титроқ аритмиянинг йўқолиши билан намоён бўлади. Токсик буқоқда ПФ ва комплекс даво ни қўллаш гормонал ва иммун статуснинг ҳолатига ижобий таъсирини кўрсатмоқда.

Калит сўзлар: токсик буқоқ; плазмаферез, таъсир қилишнинг самарали усуллари.

Кириш қисми. Қалқонсимон безнинг (ҚБ) функционал бузилишлари шу жумладан токсик буқоқ клиник эндокринологиянинг муҳим муаммоларидан биридир [1;2;3;4].

Токсик буқоқ одатда 200.000 аҳолида 30 тадан 200 та гача кишида учрайди.

Шу билан бирга, қалқонсимон безнинг аутоиммун касалликлари, айниқса экологик жиҳатдан ноқулай ҳудудларда тез-тез ўсиши тенденцияси мавжуд. Бу Россиянинг экологик жиҳатдан ноқулай ҳудудларида аутоиммун тиреоидит билан касалланган беморлар сонининг ҳақиқий ўсиши билан боғлиқ [5;6]. Гипотиреоздаволаш учун гормонал терапияни тайинлаш, гипертиреозда қалқонсимон безнинг гиперактивлигини баратараф этиш (рентген нурлари таъсири, консерватив терапия, жарроҳлик аралашуви) ушбу касалликларнинг патогенетик механизмларини барта раф этмайди.

Носпецифик номедикаментоз даволаш усуллари, мослашиш ва компенсатор ҳимоя механизмларининг бузилишига таъсир кўрсатиши мумкин шу билан бир қаторда антитиреоид препаратларни (тиамазол) узоқ муддат қўллаш без стромасидаги склеротик компонентнинг ўсишига ёрдам беради бу эса қалқонсимон без билан атрофдаги тўқималар орасида бириктирувчи тўқима ўсиб битишма ли жараённинг ривожланишига олиб келади. Ушбу ҳолатларни келиб чиқмаслигида плаз-

маферез энг самарали усуллардан бири бўлиб хизмат қилади [7].

Кўпинча, аутоиммун касалликларини даволаш тактикаси симптоматик ва касалликнинг кўзга кўринадиган клиник кўринишларини баратараф қилиш учун қилинади. Плазмаферез иммун комплексларни ва бошқа патологик метаболитларни организмдан чиқарилишини таъминлайди. Тўлиқ курс учун, ҳатто 3-4 та плазмаферезсеансиетарли бўлиб ҳисобланади. [7].

Эндокрин хирургиянинг муҳим муаммолардан бири бу токсик буқоқ билан касалланган беморларни даволашдир. Агар беморларни дори препаратлари билан даволаб бўлмаганда муаммо ошади.

Носпецифик чидамлиликни камайтириш ва ўзига хос иммунитет, стрессли ҳолатларининг кўпайиши, қалқонсимон без патологияси бўйича ирсий мойиллик ва эндемик ҳудуд ҚБ патологиясининг кўпайишига олиб келади. Доминант омилбутоксик буқоқ (ТБ) [9].

Хирургик ёндашувнинг муваффақияти кўп маратоба операциядан олдинги тайёргарлик сифатида тиреоид интоксикацияни камайтиришга шунингдек организм гемостазидаги ўзгаришига қаратилган. Операциядан олдинги тайёргарликда плазмаферезни жорий этиш истиқболга айланди ва баъзи ҳолларда ягона самарали усул бўлиб ҳам ҳисобланади [10]. Эндокрин хирургия клиникасида токсик буқоқ

билан беморларни операцияга тайёрлашда ПФ кенг қўлланилади.

Текшириш мақсади. Токсик буқоқ билан касалланган беморларни операцияга тайёргарлик сифатини яхшилаш.

-Мақсадга эришиш учун қуйидаги вазифалар аниқланади: Операциядан олдинги даврда ПФни амалга ошириш учун кўрсатмаларни асослаш; ПФ курсининг (сеанслар сонини) давомийлигини аниқлаш; Эксфузияучун зарур плазма миқдорини аниқлаш.

Материаллар ва усуллар. Назораткасаликнинг оғир кечиши билан 20 ёшдан 62 ёшгача бўлган 28нафар бемор олинди. Беморларда касалликнинг оғирлиги клиник, лаборатор ва инструментал текширишлар натижасига кўра (тахикардия, жигар оғир дистрофияси, тана массасининг камайиши, асосий алмашинувнингбузилиши ва тиреотоксик психоз, гормонал статус ва бошқалар)аниқланди. Аксарият беморлар олдинмедикаментоз(тиреостатик, бета-адреноблокаторлар, йод препаратлари) даволанган аммо юқоридаги клиникани ремиссияга ўтказмаган.

Тавсия қилинаётган экстракорпорал детоксикациясининг оммавийлашган усули қўлланилиб, бунда бемордан 400 дан 800 мл-гача қон олиниб плазмаси ажралиши учун центрифуга қилинди. Токсик буқоқ билан беморларни операцияга тайёрлаш учун тайёргарлик 3-4 сеанс уч кунда бир маратоба алоҳида-алоҳида плазмаферез муолажалари ёрдамида

амалга оширилди. Ҳар бир муолажа бажарилишидан олдин коагулограмма кўрсаткичи, қон ивиш вақти ва қон кетиш давомийлиги назорати остида гепарин препарати 1 кг тана массасига 100-200 ЕД вена ичига инекция қилиниб борилди. Охирги муолажа операциядан 1 кун олдин ёки операция куни эрталаб амалга оширилди. Охирги муолажанинг ўзига хос хусусияти шундаки, беморга операция пайтида ва ундан кейин тўқималардан қон кетишини олдини олиш учун гепарин перапарати қилинмади. Шунингдек қондаги умумий оқсил таркиби, коагулограмма кўрсаткичлари, қон ивиш вақти, қон кетиш давомийлиги, қон иммунофермент таҳлили қилиниб ТТГ (нормада 0,25-5,0 нг/мл), Т4 (нормада 60-120 ммол/л) ҳамда Т3 (нормада 0,95-2,5 ммол/л) ҳар бир муолажадан кейинги ўзгаришлар кўрсаткичи назоратга олиниб борилади. Беморда айланадиган плазманинг бир ҳажмини ҳисоблаш, айланма қон ва гематокрит ҳажмидан аниқланди. Экстракорпорал детоксикация даволаш усулидан фойдаланиш шarti қон зардоби таркибидаги оқсил 65 г/л дан кам бўлмаганда бажарилди. Плазмаферездан кейин беморларда умумий айланиб юрган қон ҳажмининг бу рақамлардан паст бўлмаган оқсил кўрсаткичлари билан алмаштирилиши суюқлик, кристаллоидлар, оқсил эритмалари ва тўлиқ оқсилли парҳезни етарли даражада қабул қилиш билан амалга оширилди.

1-жадвал

Плазмаферез таъсирининг динамикадаги кўрсаткичлари

Кўрсаткичлар	Гармонларнинг қондаги миқдори	
	Плазмаферез олгунча	Плазмаферез олгандан кейин
ТТГ	0,75(0,24-3,56)	1,91(0,53-4,5)
Т ₃ ммоль/л	3,00(1,12-7,54)	1,49(0,7-2,9)
Т ₄ ммоль/л	124,1(76-232)	62,3(61-145)
Т-лимфоцит %		
Е-РОК	48,1(37-57)	58,9(53-67)
Еа-РОК	30,01(15-51)	30,2(15-50)
Е-ТФР-РОК(х)	37,0(28-56)	37,1(32-55)
Е-ТФЧ-РОК(с)	14,1(10-21)	21,6(17-26)
В- лимфоцит %		
ЕА-РОК	24,1(20-31)	19,1(14-26)
ЕАС-РОК	26,2(22-33)	19,1(17-25)

Иммуноглобулин г/л		
IA	2,49(2,3-3,0)	2,20(1,9-2,7)
IG	17,5(12-23)	11,6(8,7-17,3)
IM	2,30(1,6-3,0)	1,40(1,0-1,8)
ЦИК (Circulating Immune Complexes)	79,2(52-111)	39,0(21-74)

Гармонлар кўрсаткичлари алоҳида аҳамиятга эга, чунки токсик буқоқда Т4 ва Т3нинг қонда кўпайиши билан характерланади. ТТГ гармонни гипофиз безининг олдинги бўлагидан ажралиб ҚБ гормонларининг биосинтезига таъсир қилади. Токсик буқоқда ТТГ гармонни титрини нормадан камайиши, Т4 ва Т3 нинг қонда кўпайиши кузатилади.

Бундан ташқари, биз беморларнинг иммун статусини ўргандик: Т-лимфоцитлар миқдори, Т-хелперга сезувчанлик ва Т-супрессортеофиллин вакилларини.

Натижа ва муҳокамалар. Плазмаферез ёрдамида препаратнинг самарадорлиги қон босими, юрак уриши, тана ҳарорати, руҳий ҳолати ва гормонал кўрсаткичлар, беморнинг умумий ҳолатини яхшилаш бўйича баҳоланди. Токсик буқоқ билан беморларни экстракорпорол детоксикация ёрдамида операцияга тайёрлашнинг устунлиги шундаки қисқа муддат (узоғи билан 30 кун) давомида эутиреоз ҳолатига эришилади. Беморларда барча ҳаётини муҳим кўрсаткичлар тезда нормаллашди.

Беморнинг динамикадаги ижобий ҳолати лаборатор текширишусулларида маълум. Динамика кўрсаткичлари 1-жадвалда келтирилган.

Олинган маълумотларни статистик қайта ишлаш –нопараметрик мезондан фойдаланган ҳолда амалга оширилади (Wilcoxon-Mann-Whitney). ЕА – РОК и ЕАС – РОК Спермин формуласи ёрдамида ҳисоблаб чиқилган.

ПФ муолажасидан кейин Т-лимфоцитлар ваТ-супрессорлар миқдорининг ошиши ($P < 0,01$), В-лимфоцитларнинг миқдоринингнисбатан камайиши ($P < 0,01$), IgGиIgM($P < 0,01$) даражасининг камайиши ҳамда ЦИК (Circulating Immune Complexes) таркибинибироз камайиши аниқланди.

ПФ (3-сеанс) курсидан сўнг, бемор организмдааутоиммун жараёнлар оғирлик даражасининг камайиши, антителолар титрининг

пасайиши кузатилди, бу эса ремиссияга олиб келади. Бир марта умумий циркуляциядаги плазма (УЦП) тўқилганда гармонал фон ва иммун статус бузилиши кузатилади бу эса йўқотилган плазмани ўрнини тўлдириш қийинлигидан далолат беради. Шу билан бирга бу умумий циркуляциядаги плазма (УЦП) оқсил препаратлари дефицитлиги натижасида бемор организми сезувчанлигини ва даволашниш нархининг сезиларли даражада ошишига олиб келади.

Хулоса. 1. ПФ курси асосан ўрта оғирликдаги ва оғир даражадаги токсик буқоқ билан касалланган беморларда ўтказиш кўрсатмабўлади.

2. Токсик буқоқ билан оғирган беморларни даволаш учун ПФ-дан фойдаланиш гормонал фон ва иммунитет статусга қисқа муддатда сифатли таъсир кўрсатади.

Адабиётлар:

1. Балаболкин М.И. Фундаментальная и клиническая тиреоидология: Учеб. пособие / Балаболкин М.И., Клебанова Е.М., Креминская В.М. – М.: Медитсина, 2011. – 816 с.

2. Ванушко В.Э., Фадеев В.В. Болезнь Грейвса (клиническая лекция). Эндокринная хирургия. 2013; 1: 23—33.

3. Ветшев П.С. Прогностические факторы хирургического лечения диффузного токсического зоба / Ветшев П.С., Мамаев С.К. // Хирургия. – 2016. – № 2. – С. 63–68.

4. Исмаилов С.И. Качество жизни пациентов на фоне терапии тироксином и комбинацией тироксина и трийодтиронина после тотальной тиреоидэктомии вследствие болезни Грейвса / Исмаилов С.И., Акбутаев А.М., Элов А.А. // Международный эндокринологический журнал. – 2014. – Т. 61, № 5. – С. 52-55.

5. Под редакцией И.И. Дедова., Н.С. Кузнецова., Г.А. Мельниченко. «Эндокринная хирургия» Москва Издательство «Литтера» 2011.

6. Оловянных И.В. Эффективность применения различных схем медикаментозной терапии диффузного зоба. Прогностические аспекты: дис. канд. мед. наук / Оловянных И.В. – Самара, 2013. – 115 с.

7. Оловянных И.В. Эффективность применения различных схем медикаментозной терапии диффузного зоба. Прогностические аспекты: дис. канд. мед. наук / Оловянных И.В. – Самара, 2013. – 115 с.

8. Старостина А.А. Клинико-морфологическое обоснование тактики лечения больных с токсическими формами зоба. В.И. Белоконов., А.А. Старостина., Т.А. Федорина. Самара 2014. 188 ст.

9. Tireotoksicheskiy kriz. Redkie proyavleniya i trudnosti svoevremennoy diagnostiki/ Gazizova D.O., Vasichkin S.V., Xarakenen P.O., Fomin D.K., Chupina L.P., Kojokaru A.B., Shevchenko N.S.// Klinicheskaya i eksperimental'naya tireoidologiya. – 2015 – T.11, №1.

10. Woods R. Total Thyroidectomy versus Bilateral Subtotal Thyroidectomy in Patients with Graves' Dis-eases: a Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials / Woods R. // Clin Endocrinol (Oxf). – 2014. – Vol. 80, Is. 2. – P. 316.

Article

ҚАНДЛИ ДИАБЕТ КАСАЛЛИГИДА ЎТКИР ПАРАПРОКТИТЛАРНИНГ АЛОҲИДА КЕЧИШИ ХУСУССИЯТЛАРИ

Абдуллаев С.А., Ахмедов А.И.

Самарқанд давлат тиббиёт институти.

XXI-асрнинг энг катта ечими топилмаган муаммоларидан бири қандли диабет касаллигидир. Ҳозирги кунда қандли диабет касаллиги билан хасталанганлар сони кундан-кунга ошмоқда ва йирингли некротик асоратлари 20-62% ни ташкил қилмоқда. Айниқса, қандли диабет билан хасталанган кишиларда тўғри ичак билан боғлиқ бўлган оғир йирингли-некротик асоратлар суръати ошмоқда.

Илмий ишнинг мақсади. Қандли диабет билан йирингли-некротик парапроктитларни ўз вақтида ташхислаш ва оператив даволаш усулларини такомиллашдан иборат.

Илмий ишнинг материаллари ва усуллари: Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмасининг йирингли-септик бўлимида қандли диабет фонидаги парапроктит билан даволанган 44 та беморларда кузатув олиб борилди. Беморларнинг ўртача ёши 52,2 га тенг бўлди. Анамнезидан қандли диабет билан хасталанганлар 5-10 йилгача-16 та, 11-15 йилгача-18 та, 16 йил ва ундан зиёд 10 кишида аниқланди.

Бизнинг кузатувларимиз бўйича 14 та беморларда парапроктитнинг ишиоректал ва пельвиоректал шакллари аниқланди. Парапроктитларнинг этиологик факторларига қараб, семизлик ва доимо ич котиши-12 та, семизлик ва бартолонит-7 та, спиртли ичимликларга мойиллик-16 та, пешобнинг тутулиши ва парауретритлар 5 та беморда аниқланди. Чуқур парапроктитлар билан 4 та беморда йирингли некротик асоратлари билан анаэроб флегмонанинг клиник белгилари кузатилди.

Парапроктитларнинг биринчи белгиларидан тана хароратининг ошиши, орқа чиқарув тешиги атрофида оғриқ ва шишнинг бўлиши, интоксикациянинг ривожланишидир. Кўпинча беморлар шифохоналарга келмай 5-6 кунлаб уйида даволанганлар, тана харорати бирданга 38-39,0С га кўтарилиши, чарчаш, чанқоқлик, ҳолсизлик, иштахани йўқлиги, анал соҳа атрофидаги шишнинг катталашishi ва ундан ҳидли йирингли ажралма чиқишидан кейин

стационарга мурожаат қилганлар.

Ишнинг натижаси ва муҳокамаси: Беморларга аниқташхисқўйишда анамнезини яхши ўрганиш, орқа чиқарув тешиги атрофини объектив яхшилаб кўриш ва бармоқ билан текшириш зарур ҳисобланади. Клиника-лаборатор текширишлар, қоннинг умумий ва биокимёвий таҳлиллари, қондаги қанд миқдорини аниқлаш керак.

Параректал тўқималардаги йирингли некротик ҳолат фасциитлар билан асоратланиб оралиқ, чов ва қорннинг олд деворига тарқалади. Бизнинг кузатувимизда 4 та беморда анаэроб флегмоналар асорати аниқланди. Кўрик пайтида орқа чиқарув тешиги атрофида, оралиқ, чов ва қорннинг олд деворига крепетация, УТТ ўтказилганда тери тагида газ ва суюқлик борлиги аниқланди ва сепсис ташхиси куйилди. Бундай беморларни даволашда зудлик билан операция қилиш, узун ва кенг кесмалар билан параректал тўқималарни очиш, кесмаларни қорннинг олд деворигача давом этириш, ярага яхши аэроб шароит яратишни ташкил қилиш, бўшлиқларни санация ва некрэктомия қилиш ва қолган бўшлиқларни адекват дренажлаш энг оптимал маҳаллий даволаш усули ҳисобланади.

Хулоса: Қандли диабетда ўткир парапроктитлар оғир йирингли-некротик асорат бўлиб, эрта ташхислаш, комплекс антибактериал, дезинтоксикацион ва актив хирургик даволаш билан олиб бориш мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

Article

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДИКИ В АМБУЛАТОРНОЙ КОЛОПРОКТОЛОГИИ

Юлдашев Г.Ю., Рузметов Б.А., Эгамбердиев З.Ш.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии г.Ургенч, Узбекистан.

Благодаря развитию современной техники и фармакологической базы большинство больных общепроктологического профиля получают эффективную помощь в стационар-замещающих условиях. За последние 3 лет нами выполнено более 600 малоинвазивных вмешательств при различных заболеваниях прямой кишки и перианальной области.

Для лечения острого и хронического геморроя I стадии мы используем инъекции препаратов (этоксисклероз, 3% раствор тромбовар) при 2 – стадии латексное лигирование или используем для коагуляции сосудистой ножки генератора и Liga Sure. При 3 – латексное лигирование. Увеличенные наружные геморроидальные узлы поэтапно удаляли с использованием аппарата Ultra Cision сосудистая ножка геморроидального узла также обрабатывалась гормональным скальпелем.

Хронические анальные трещины иссекали электрохирургическим аппаратом в комбинированном режиме «резание коагуляция» дополняя задней дозированной сфинктеротомией при выраженном спазме. При сочетании с внутренним геморроем операцию дополняем лигированием узлов.

Электрохирургический скальпель с различными насадками мы широко используем при выполнении “малых” проктологических операций: при остром парапроктите, интра- и транссфинктерных свищах, эпителиальном копчиковом ходе, перианальном кондиломатозе. В последнем случае операции проводятся после верификации типа вируса, на фоне противовирусных препаратов, иммунопротекторов и стимуляторов. Все вмешательства на анальном канале и перианальной зоне проводим под эпителиально-копчиковой анестезией (2% новокаина 40 – 50 мл).

Полипы прямой кишки (на высоте 8-10 см) удаляем либо латексным лигированием, либо петлевой насадкой электрохирургического аппарата или сочетая оба способа. Оперированных больных наблюдаем на месте не

менее 2 часов. В последующие сутки пациенты находятся на свободном режиме под постоянным контролем, приезжая на перевязки с необходимой частотой. Количество осложнений и результаты лечения существенно не отличаются от данных специализированных стационаров по упомянутым нозологическим формам.

Таким образом, шадящие малоинвазивные методики, применяемые при общепроктологических заболеваниях, без снижения качества лечения позволяют пациентам не терять бытовой и профессиональной активности.

Article

ОБОСНОВАНИЕ ЗНАЧЕНИЯ ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ СОЗДАННОЙ МОДЕЛИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ СОЗДАННОЙ МОДЕЛИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Рузиев А.Э., Эгамов Ю.С.

Бухарский Государственный медицинский институт, Узбекистан.

Актуальность проблемы. Воспалительные заболевания кишечника, в том числе и неспецифический язвенный колит (НЯК), в настоящее время являются одной из актуальных проблем гастроэнтерологии, которые обусловлены преобладанием тяжелых осложненных форм течения, с высокой летальностью и трудностью диагностики и контроля эффективности терапии. Как известно, НЯК развивается в результате патологического иммунного ответа на антигены кишечной микрофлоры при наличии наследственной предрасположенности и имеет хроническое рецидивирующее течение.

До сегодняшнего дня недостаточно разработаны морфологические критерии НЯК, достоверные с позиций доказательной медицины. Нерешенности этих вопросов делает НЯК актуальной по отношению его лечения.

В связи с этим важным представляется дальнейшее изучение патогенеза НЯК, а также разработки и доклиническая апробация новых подходов к диагностике и лечению. Это возможно только в условиях экспериментального моделирования язвенного колита у подопытных животных.

Данное экспериментальное исследование основано на моделирование экспериментального язвенного колита у подопытных животных, изучая при этом состояние лимфатической системы кишечника в норме и на фоне созданной модели. Для проведения экспериментов нами были использованы подопытные животные - собаки (n=24). Они были разделены на 3 группы:

1) у собак контрольной группы (n=8) были изучены состояние лимфатической системы толстого кишечника и её брыжейках в норме;

2) у второй группы (n=8) создана модель язвенного колита, применяя для этого 7,5% раствор уксусной кислоты с введением его

через прямой кишечник;

3) у подопытных животных третьей группы (n=8) на фоне созданной модели язвенного колита исследовалось состояние лимфатической системы толстого кишечника и её брыжейках до (n=4) и после стимуляции (n=4).

У первой группы собак состояния лимфатической системы толстого кишечника и её брыжейке в норме определялись всасывание введенной синьки Эванса в трех точках брыжейки: корень, срединная часть, краевая часть кишечника и дополнительно из стенки кишечника – субсерозно.

Вторая группа собак были использованы для создания модели язвенного колита. Основными требованиями к модели являлись простота выполнения и низкая ее себестоимость. Отвечающим этим требованиям оказалась химически индуцированная модель создания язвенного колита с ректальным введением в полость толстого кишечника 7,5% раствора уксусной кислоты.

У третьей группы собак на фоне созданной модели язвенного колита определяли скорость лимфооттока до и после стимуляции лимфатической системы кишечника и его брыжейки. Сущность методики без стимуляции лимфатической системы кишечника заключалась в следующем: в брыжейку кишечника подопытного животного, на фоне созданной модели язвенного колита, ввели только физиологический раствор (0,9% изотонический раствор натрия хлорида) в количестве 2,0 – 3,0 мл и через 10-15 минут повторно в брыжейку кишечника ввели 0,1 мл 0,1 % раствора синьки Эванса, определяя при этом время ее всасывания по секундомеру.

Для стимуляции лимфатической системы кишечника в брыжейку ввели смесь физиологического раствора (0,9% изотонический раствор натрия хлорида) в количестве 2,0 мл с гепарином 2000 ЕД. Через 10-15 минут по-

сле введения смеси повторно в брыжейку кишечника ввели 0,1 мл 0,1 % раствора синьки Эванса и определяли время ее всасывания по секундомеру.

Результаты исследования показали, что всасывание синьки Эванса по времени в разных точках брыжейки и субсерозного слоя кишечника не одинакова: у корня брыжейки - 3 мин. 31 сек + 7 сек; у срединной части брыжейки - 3 мин. 54 сек. + 8 сек; у краевой части брыжейки кишечника – 4 мин. 19 сек + 6 сек; из стенки - субсерозной части кишечника - 4 мин. 30 сек. + 7 сек.

Время всасывания синьки Эванса из брыжейки кишечника подопытного животного после создания модели язвенного колита замедляется в 2 раза и более по сравнению нормального: у корня брыжейки - 6 мин. 43 сек + 11 сек; у срединной части брыжейки - 7 мин. 33 сек. + 12 сек; у краевой части брыжейки кишечника – 8 мин. 39 сек + 11 сек; из стенки - субсерозной части кишечника - 8 мин. 59 сек. + 14 сек.

Показатели результатов всасывания синьки Эванса на фоне созданной модели язвенного колита без и после лимфостимуляции в сравнительном аспекте доказывают эффективность метода лимфостимуляции. При этом наблюдается ускорение лимфооттока: у корня брыжейки на $36,2 \pm 1,4$ %; у срединной части брыжейки на $40,1 \pm 2,8$ %; у краевой части брыжейки кишечника на $38,2 \pm 1,3$ %.

Результаты лимфостимуляции на фоне созданной модели язвенного колита убедительно доказывают ее эффективность при воспалительном процессе, улучшая лимфоотток из кишечника и его брыжейках, предупреждая лимфостаз в лимфатических сосудах этих органов. При этом показатели после лимфостимуляции были очень приближены к показателям нормы.

Таким образом, полученные результаты наших исследований показали, что на фоне созданной модели язвенного колита установлено нарушение скорости – замедления лимфооттока в стенке кишечника и её брыжейках два раза и более по сравнению нормального. Эти нарушения способствуют развитию осложнений со стороны кишечника, особенно в послеоперационном периоде. Примененная лимфостимуляция способствовала улучшению лимфооттока из кишечника

и его брыжейках, устраняя при этом лимфостаз в лимфатических сосудах. Тем самым и в клинических условиях при язвенном колите лимфатическая стимуляция и лимфотропная терапия предупреждают, либо способствуют

Article

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ РАКЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ ОСЛОЖНЕННОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Юлдашев Г.Ю.,¹ Рузметов Б.А.,² Машарипов П.²

1 Хорезмский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. г. Ургенч, Узбекистан.

2. Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Актуальность. Острая кишечная непроходимость из наиболее сложных патологических состояний в неотложной хирургии. Наиболее сложным остается выбор хирургической тактики при острой кишечной непроходимости (ОКН) ракового генеза.

Материалы и методы. С 2000 по 2007 гг. в хирургическое отделение Хорезмского филиала РНЦЭМП госпитализированы 72 больных раком толстой кишки, осложненной ОКН. Из них 58 оперированы. Причиной отказа у 14 больных было нежелание операции самими больными или их родственниками в 4 случаях, у 10 больных после консервативной терапии общее состояние улучшилось, и они были направлены для дальнейшего лечения у онколога. Из 58 оперированных больных больше половины (41) поступили на 3 сутки от начала заболевания, 8 больных на 5 сутки, 9 больных не могли конкретно указать время начала заболевания. Возраст больных — от 32 до 75 лет. Мужчин было 22, женщин 36. В слепой кишке опухоль локализовалась у больных, восходящей кишке — у 2, поперечно-ободочной — у 3, нисходящей у 3, сигмовидной — у 23, прямой кишке — у 20.

Экстренно (в 1 сутки) оперированы 31 (53,4%), срочно (до 3 суток) — 24 (41,4%), в раннем периоде (3-5-день) — 3 больных (5,2%). При неясной локализации опухоли операцию начинали из срединного доступа. В тех случаях, когда локализация опухоли была известна, хирургическое вмешательство выполняли из соответствующего (левостороннего или правостороннего) параректального доступа.

У 39 больных ОКН осложнилась разлитым перитонитом: серозно-геморрагическим или серозно-фибринозным (24), фибринозно-гнойным (12) и каловым (3). Помимо этого, у 3 больных обнаружили околокишечный абсцесс, образовавшийся, по-видимому, в ре-

зультате микроперфорации опухоли. Каловый перитонит развился: у 2 больных вследствие разрыва перерастянутых слепой и сигмовидной кишок и у 1 — результате перфорации опухоли в свободную брюшную полость.

У 41 из 58 больных опухоль была в III стадии и у 17 — IV. Гистологическое исследование произвели у 49 больных, выявлена аденокарцинома у 43, низкодифференцированный рак — у 4, слизистый — у 2.

Обращают на себя внимание наиболее частые осложнения острой кишечной непроходимостью рака сигмовидной и прямой кишок. Этот факт, на наш взгляд, объясняется не только более частым поражением раковой опухолью указанных отделов толстой кишки, но и тем, что каловые массы формируются в плотный субстрат в левой половине толстой кишки, закупоривают даже не полностью обтурированной опухолью просвет сигмовидной и прямой кишок. По этой же причине ОКН при низко расположенном раке толстой кишки в ряде случаев удается устранить клизмой. Так, из 12 больных, у которых ОКН купирована консервативной терапией, у 10 опухоль локализовалась в дистальных отделах толстой кишки. Все они впоследствии были направлены в областной онкологический диспансер и в настоящей работе нами не обсуждаются.

Результаты. Результаты хирургического лечения больных с ОКН в большей степени зависят от предоперационной подготовки, которую начинали с введения жидкостей с целью дезинтоксикации, коррекции водно-электролитного баланса и улучшения реологических свойств крови. При необходимости назначали сердечно-сосудистые препараты. Объем и продолжительность подготовки к операции определяли индивидуально.

В выборе тактики при ОКН опухолевой природы в прежние годы мы чаще склонялись в пользу многоэтапных операций, одна-

ко вскоре убедились, что такая тактика имеет ряд отрицательных сторон. Иногда от первого этапа операции - устранения непроходимости без удаления опухоли до второго – резекции кишки — по разным причинам проходит много времени, в течение которого появляются метастазы рака, как это было в 5 наблюдениях, кроме того, сохраняется раковая интоксикация.

Из 12 больных с правосторонней локализацией опухоли у 9 выполнена правосторонняя гемиколэктомия (у 1 больного она носила паллиативный характер из-за наличия метастазов в печень), у 2 наложен обходной илеотрансверзоанастомоз в качестве первого этапа радикального лечения, последующим им выполнена радикальная гемиколэктомия. Наконец, у 1 больного карциномой IV стадии наложен илеотрансверзоанастомоз как паллиативное вмешательство. При правосторонней гемиколэктомии в 7 наблюдениях мы применяли илеотрансверзоанастомоз бок в бок, в 2 - конец в конец. Несмотря на небольшое число наблюдений, создается впечатление, что восстановление непрерывности кишки анастомозом «Конец в конец» выгоднее соусты «бок в бок».

С левосторонней локализацией рака толстой кишки, осложненного ОКН, оперированы 46 больных, из них у 24 произведена радикальная операция Гартмана или левосторонняя гемиколэктомия (у 8 эти вмешательства оказались паллиативными).

У 14 без удаления опухоли устранена ОКН путем наложения двухствольного ануса (11), целостомы (3). Из указанных 14 больных у 11 был рак IV стадии, а у 3 - разгружающие кишку вмешательства были первым этапом радикального лечения. Однако выполнить радикальное вмешательство впоследствии удалось у 2 больных: экстирпацию прямой кишки - у 1, операцию Гартмана - у 1. Один больной отказался от повторной операции.

При указанном индивидуализированном подходе к лечению больных с раком толстой кишки, осложненным ОКН, получены следующие непосредственные результаты. Из 33 больных, оперированных радикально при наличии ОКН, умерли 5 (15,2%). Все 4 больных, которым опухоль удаляли после предварительного устранения ОКН хирургическим путем, благополучно перенесли операцию.

Из 21 больных, которым произведено паллиативное хирургическое вмешательство, умерли в раннем послеоперационном периоде 11 (52,4%) больных. Причиной смерти были прогрессирующий перитонит (4), несостоятельности швов анастомоза (3), бронхолегочные осложнения (4).

Заключение. Таким образом, хирургическая тактика больных с обтурационной кишечной непроходимостью на почве ракового поражения толстой кишки определяется индивидуально. При выборе оперативного вмешательства должно учитываться общее состояние больного, локализация и распространённость ракового процесса. Цель операции - устранить ОКН и, по возможности, избавить больного от раковой опухоли.

Article

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Юлдашев Г.Ю., Рузметов Б.А., Эгамбердиев З.Ш.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии г. Ургенч, Узбекистан

Цель. Показать эффективность хирургического лечения неспецифического язвенного колита.

Материалы и методы. В отделе хирургии оперированы 24 больных в возрасте от 28 до 47 лет. Мужчин — 11, женщин — 13. Давность заболевания составила от 1,5 до 7 лет.

В экстренном порядке оперированы 3 пациента. Показаниями служили профузное кровотечение — у 1 больного, молниеносная форма заболевания — у 1, перфорация поперечно-ободочной кишки — у 1. Этим больным выполнена субтотальная колэктомия и наложена илеостомы.

В плановом порядке оперирован 21 больной с непрерывно-рецидивирующим течением заболевания и отсутствием клинико-лабораторной и морфологической ремиссии, а также наличия стойких системных воспалительных изменений. Одномоментная колэктомия с наложением илеоректального анастомоза выполнена 8 больным из этой группы при наличии минимального воспалительного процесса в прямой кишке.

Двухэтапная операция выполнена 14 больным. 1 этап — субтотальная колэктомия, илеостомия, 2 этап — илеоректальный анастомоз через 6-12 месяцев. Данная операция проводилась в случае активного воспаления в прямой кишке. Двум больным выполнена колопротэктомия, так как изменения в прямой кишке не позволили её сохранить.

Осложнения наблюдались у 2 пациентов, у одного из них в ближайшем послеоперационном периоде имело место несостоятельность швов анастомоза, перитонит, у другого — явления анастомозита с формированием ректовагинального свища, который впоследствии закрылся на фоне консервативного лечения.

Результаты. В отдалённом периоде изучены результаты у 11 пациентов. Четверо работают, ведут активный образ жизни, шестеро учатся в высших учебных заведениях. Один больной в настоящий момент получает

консервативное лечение для подготовки ко 2 этапу операции.

После операции всем больным проводились реабилитационные мероприятия и поддерживающее лечение.

В случае одномоментной операции (субтотальная колэктомия с наложением илеоректального анастомоза) больным назначали комплексную противовоспалительную терапию, включая препараты 5-аминосалициловой кислоты (салофальк, сульфасалазин) внутрь в двойной дозе, местное противовоспалительное и репаративное лечение. Курс лечения 1-1,5 месяца. Затем дозу 5-аминосалициловой кислоты снижали до поддерживающей с назначением таких препаратов, как интетрикс, трихопол, эрсефурил. Контрольное обследование проводили 1 раз в год.

В случае двухмоментной операции с промежуточным выведением илеостомы проводили только местное лечение с применением клизм или свечей с салофальком, а также обволакивающие и репаративные клизмы. Местное лечение назначалось на 25-30 дней ежеквартально до второго этапа операции.

Летальный исход наступил у 2 больных: один пациент 23 лет с молниеносной формой заболевания умер на второй день после операции от интоксикации и полиорганной недостаточности. У второго больного осложнением основного заболевания был цирроз печени. Смерть наступила после второго этапа операции от печеночной недостаточности.

Вывод. Хирургическое лечение неспецифического язвенного колита должно быть своевременным и радикальным. Своевременно выполненное оперативное вмешательство и проведённая реабилитация, позволяют улучшить качество жизни оперированных пациентов.

Article

РАСШИРЕННАЯ ЛИМФАДЕНЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ЛЕВЫХ ОТДЕЛОВ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Юлдашев А.Г.,¹ Юлдашев Г.Ю.,² Эгамбердиев З.Ш.²

1 Европейский медицинский центр Россия, г. Москва

2 Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии г. Ургенч, Узбекистан

Актуальность. Проблема хирургического лечения рака ободочной кишки находится в центре хирургов-онкологов прежде возрастания частоты этого заболевания во всех высокоразвитых странах мира. На долю рака левой половины ободочной кишки приходится около 30% от всех злокачественных опухолей ободочной кишки (M.L. Coman 2006 г.)

Клинические наблюдения и методы исследования

В основу настоящей работы включены результаты лечения 150 больных раком левой половины ободочной кишки, которые обследовались и проходили хирургическое лечение в отделении колопроктологии и хирургии тазового дна РНЦХ им. акад. Б.В.Петровского РАМН и ООО Мед Комплекс в период с июня 2016 г по декабрь 2021 г.

Для решения поставленных задач больные были разделены на две группы. В контрольную группу включен 21 больной в этой группе выполняли стандартную левостороннюю гемиколэктомию резекцию сигмовидной без парааортальной лимфаденэктомии. Данная группа пациентов сформирована из больных, прошедших хирургическое лечение в ООО Мед комплекс.

В основную группу включены 59 больных, получивших лечение на базе отделения колопроктологии РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН. Основная группа была разделена на несколько подгрупп, исходя из варианта выполненного оперативного вмешательства. В первую подгруппу включено 11 больных, с опухолью, располагающейся в селезеночном изгибе и нисходящей ободочной кишке. Им была выполнена левосторонняя гемиколэктомия с пересечением НБА у места ее отхождение от аорты. Вторую подгруппу составили 14 пациентов с опухолью, расположенной в дистальной части нисходящей ободочной кишки или проксимальной трети сигмовидной кишки. Данным больным проведена резекция левых отделов (РЛО) с парааортальной лим-

фаденэктомией, пересечением левой ободочной и сигмовидных артерий со скелетизацией и сохранением ВПА и формированием десцендосигмоидного анастомоза. В третью подгруппу включено 13 больных с опухолью, располагающейся в дистальном отделе сигмовидной кишки. При данной локализации опухоли выполнена ДРС, парааортальная лимфаденэктомия со скелетизацией и пересечением нижней брыжеечной артерии дистальнее отхождения от нее левой ободочной артерии. Четвертую подгруппу составил 21 больной с локализацией опухоли в средней трети сигмовидной кишки, в этой группе выполняли сегментарную резекцию сигмовидной кишки, парааортальную лимфаденэктомию пересечением сигмовидных артерий и скелетизацией с сохранением левой ободочной и верхней прямокишечной артерий.

Оценены непосредственные результаты, прослежены все пациенты, включенные в исследование. В основной группе средний возраст больных составил 64,9±9,7 лет (возрастной диапазон 31-83 лет), в контрольной группе 63,5±10,6 при возрастном диапазоне от 40 до 82 лет.

В общей выборке больных соотношение мужчин и женщин составило 80/70, что соответствует популяционным показателям для рака ободочной кишки. Пациенты обеих групп статистически значимо не различались по возрастным показателям и общесоматическому состоянию.

Более 85% пациентов основной и 80% контрольной группы имели распространение опухоли, классифицируемое по TNM как T3 и T4. Анализируя вид операций в основной группе можно сделать вывод о том, что левосторонняя гемиколэктомия была выполнена менее чем у одной пятой больных с левосторонней локализацией опухоли толстой кишки, в то время как в контрольной группе ЛГКО выполнялась в 56% наблюдений.

Подводя итог сравнительной характе-

ристике двух групп по основным параметрам дооперационного периода, следует отметить, что обе группы пациентов достоверно не отличались друг от друга по основным предоперационным характеристикам. Ретроспективный характер исследования и поставленные задачи, позволяют сделать вывод о том, что дальнейшее сравнение выделенных групп в рамках сравнения показателей предоперационного периода, а также параметров отдаленного периода является обоснованным и возможным.

Article

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СЕТЧАТЫХ ЭНДОПРОТЕЗОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИГАНТСКИХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Курязов Б.Н., Бабаджанов А.Р., Рузматов П.Ю., Рузметов Б.А., Бабаджанов Р.А., Яхшибоев С.Ш.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии г. Ургенч, Узбекистан

Целью исследования явилось улучшение результатов хирургического лечения больных с послеоперационными и рецидивными вентральными грыжами с применением эндопротезов.

Материалы и методы. Нами было изучено результаты оперативного лечения у 217 больных с различными послеоперационными и рецидивными грыжами передней брюшной стенки. Мужчин было 43 (19,8%), женщин - 174 (80,2%). Возраст больных колебался от 20 до 76 лет. Большая часть больных – 154 (47,9%) было в возрасте от 46 до 59 лет, несколько меньшую – 63 (29,0%) составляли лица 30-44 лет.

Больные были разделены на 4 группы в зависимости от способа герниопластики: в 1-группу включены 93 (42,8%) больных, у которых аллопластика выполнена в «Onlay» позиции; во 2-группу – 72 (33,1%) больных, у которых протез размещался под апоневрозом («Sublay»); 3-группу составили 48 (22,1%) больных оперированных по методике «Inlay». 4-группу - 4 (1,8%) больных с интра-абдоминальным расположением эндопротеза (intraperitoneal onlay mesh - «IPOM»)

Результаты. В раннем послеоперационном периоде осложнения общего характера наблюдались только у 4 (4,3%) больных из 1-группы. Среди них парез кишечника у 3 больных, явление компартмент синдрома - у 1 больного. Все больные лечились консервативно.

Местные раневые осложнения развились у 20 (2,1%) больных: длительная экссудация из раны - у 13, серома - у 5, гематома послеоперационной раны - у 2.

Во 2-группе у 1 больного было отмечено формирование гематомы послеоперационной раны. В 3- 4 группе осложнений не было. Летальных исходов не было.

Заключение. Таким образом, при хирургическом лечении пациентов с большими и гигантскими вентральными грыжами предпочтение нужно отдавать «sublay» способам ал-

логерниопластики с фиксацией протеза под апоневрозом. В случае гигантских дефектов передней брюшной стенки для аллопластики предпочтительно использовать методику интра-абдоминального расположения протеза (intraperitoneal onlay mesh - «IPOM»), что позволяет значительно снизить частоту местных осложнений и сократить сроки стационарного лечения. Методика «Onlay» может быть рекомендовано при невозможности на-дапоневротиического расположения протеза и должна являться резервной.

Article

ВЫБОР ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Шавази Р.Н., Сангирова Ф.А., Шербеков У.А.

Самаркандский Государственный Медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Актуальность проблемы. Внедрение эндохирургической технологии устранило один из наиболее существенных недостатков традиционной полостной хирургии, несоответствие между травматичным доступом и минимальным вмешательством на самом органе.

Цель исследования. Совершенствование хирургических методов лечения эхинококкоза печени с применением эндовидеохирургических технологий.

Материалы и методы. Эхинококкозом печени оперировано 299 больных. Основную группу составили 181 больной, которые условно разделены на 3 группы: первая – 27 (14,9%) больных, оперированных лапароскопическим путем, вторая - 84 (46,4%) - мини-лапаротомным и третья - 70 (38,7%) - лапаротомным доступом.

Контрольную группу составили 118 больных, которым в настоящее время можно было применение миниинвазивных оперативных вмешательств. Лапароскопическая эхинококкэктомия с соблюдением принципов апаразитарности была предпринята у 27 больных с солитарными неосложненными гидатидными кистами печени. 84 больным эхинококкэктомия из печени произведена через минилапаротомный доступ. 70 больным эхинококкэктомия из печени произведена через широкие лапаротомные доступы.

В основной группе больных использовалась только верхнесрединная лапаротомия. При лапароскопическом эхинококкэктомии удаление дочерних пузырей и хитиновой оболочки производилось с «троакар-экстрактором».

В хирургическом лечении больных эхинококкозом печени приоритетным считаем выполнение органосохраняющих операций. При неосложненном эхинококкозе печени считаем показанным выполнение закрытой эхинококкэктомии. При нагноившимся эхинококкозом печени выполняли полузакрытую эхинококкэктомию. Эту операцию при наличии цистобилиарных свищей дополняли их уши-

ванием, а при осложнениях механической желтухой и холангитом операцию завершали дренированием магистральных желчных протоков. Показанием к перицистэктомии являлись случаи краевого расположения эхинококковых кист, их кальцинация.

Выводы: Сравнительный анализ результатов лечения больных эхинококкозом печени показывает, что проведение операций эхинококкэктомии из печени через малоинвазивные доступы не привело к увеличению числа послеоперационных осложнений по сравнению с операциями из традиционного лапаротомного доступа (7,8% - в контрольной группе и 5,5% - в основной группе). Вместе с тем, значительно сократились сроки лечения больных (в основной группе 5,5 дней и в контрольной - 13,6 дней).

МАТЕРИАЛЫ МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «МАЛОИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ТОЛСТОЙ КИШКИ» (30-31 март Андижан - 2022 год)

Article

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ

Эгамов Ю.С.,¹ Хайдаров С.А.,¹ Рузиев А.Э.,² Эгамов Б.Ю.³

¹ Андижанский Государственный медицинский институт.

² Бухарский Государственный медицинский институт.

³ Республиканский центр хирургии имени академика В.В.Вахидова

Неспецифический язвенный колит (НЯК) – это тяжелое полиэтиологическое заболевание со сложным, во многих случаях труднообъяснимым механизмом развития, возникающее у лиц и молодого и зрелого возраста. В возникновении НЯК значительную роль играет наследственная предрасположенность, реализующаяся под воздействием стрессов, пищевых погрешностей и кишечных инфекций посредством иммунологических нарушений. Микрофлора толстого кишечника является одним из факторов определяющий нормального функционирования слизистого барьера кишечника [1.2.4.7].

НЯК - хроническое заболевание воспалительной природы аутоиммунной этиологии с язвенно-деструктивными изменениями слизистой оболочки прямой и ободочной кишки, характеризуется прогрессирующим течением и осложнениями таких, как: сужение, перфорация, кровотечение, псевдополипоз, дистрофия, кахексия и др. (Ситкин С.И., 2004; Секачева М.И., 2006; Lambert R., 2005), [3, 5, 6].

Цель работы. Изучение эффективности влияния лимфатической терапии в комплексном лечении НЯК.

Материалы и методы исследования. Материалами исследования явились больные с НЯК находящиеся на стационарном лечении, в количестве 456 в возрасте от 15 до 56 лет за 2007-2017 гг., которые составили 5,1% от общего количества больных находящихся на стационарном лечении в проктологическом отделении клиники Андижанского

Государственного медицинского института.

У большинства обследованных больных заболевание НЯК начиналось в возрасте в среднем до 30 лет (в 20-25 лет - у 33 %, в 26-30 лет - у 39,5 % больных) в основном у женщин. Ярко выраженные клинические симптомы болезни были частой причиной обратиться за медицинской помощью этих больных (частый жидкий стул с примесью крови, слизи, гноя, потеря аппетита, похудание, общая слабость); лишь 5 % больные обратились к врачу при появлении у них не свойственных для НЯК жалобами, а 8,4 % случаев у пациентов болезнь протекала бессимптомно и была обнаружена при обследовании по поводу других заболеваний желудочно-кишечного тракта и 15% больные были переведены из инфекционной больницы.

Исследование включало в себя динамическое клиническое обследование больных НЯК со сбором жалоб, анамнеза заболевания и жизни. Анализировались жалобы, характерные для НЯК, такие как частота и консистенция стула, кишечное кровотечение, наличие патологических примесей в кале, абдоминальные боли с уточнением их характера и локализации, что ежедневно фиксировались больными в дневниках. Оценка объективного статуса пациентов проводилась согласно общепринятым методам пальпации, перкуссии и аускультации, включая осмотр перианальной области для оценки изменений в перианальной зоне, а также пальцевое исследование прямой кишки с обязательным

проведением эндоскопического исследования. В последующем осуществлялось перспективное наблюдение, в процессе которого изучались характер клинического течения НЯК, регистрировались его осложнения и исходы.

Диагноз формулировали следующим образом:

1. Неспецифический язвенный колит, рецидивирующее течение, средней тяжести с поражением прямой и сигмовидного отдела толстой кишки, эрозивно-геморрагическая форма, фаза затухающего обострения (28 больных).

2. Неспецифический язвенный колит, рецидивирующее течение средней тяжести с поражением слепой и восходящего отдела толстой кишки, эрозивно-геморрагическая форма, фаза затухающего обострения (3 больных).

3. Неспецифический язвенный колит, острая форма, быстро прогрессирующее течение с тотальным поражением толстой кишки, токсическая дилатация кишки (14 больных).

4. Неспецифический язвенный колит, преимущественно проктосигмоидит, эрозивно-геморрагическая форма с латентным течением, фаза ремиссии (34 больных).

Хирургическое лечение проводили у 75

(15,9 %) больных с различными осложнениями НЯК.

Методика лимфотропной терапии.

Лимфотропная терапия включает в себя лимфостимуляцию и лимфатическое введение лекарственных препаратов в патологические органы. Лимфостимуляция проводится с помощью лекарственных препаратов таких как: лазикс, фуросемид, гепарин и др.

Мы во время операции при вскрытии брюшной полости сразу в брыжейки тонкой и толстой кишки ввели 0,5% раствора новокаина в объёме 40–60 мл. (Рис. № 1.)

Рис. №1. Введение раствора новокаина в брыжейку кишечника.

Перед завершением операцию в брюшной полости установили тонкий катетер в брыжейку кишечника для лимфатической терапии (для капельного применения антибиотиков и иммуностимуляторов) в послеоперационном периоде (Рис.№2).

Рис.№ 2. Установленный дренаж для капельного введения антибиотиков и иммуностимуляторов в брыжейку кишечника.

Выполненные операции: Нами были выполнены операции левосторонняя гемиколэктомия у 47, правосторонняя гемиколэктомия у 2, субтотальная колэктомия у 18, а тотальная колэктомия у 9 больных (Таб.№ 1).

Таблица № 1.



Рис.№ 3. Вскрыт просвет толстого кишечника, где отмечается множество полипов с кровотечением.

Рис.№ 4. Удаленная часть толстого кишечника.

У 7 больных произведена одноэтапная операция с наложением транзверзо-ректоанастомоза. У остальных 69 больных восстановительные операции произведены через 6-8 месяцев.

В соответствии с поставленной целью все исследованные больные с НЯК были распределены на 2 группы: первую (контрольную) группу составили 26 (34,2%) больных, получавших общепринятое или стандартное комплексное лечение; вторую (основную) группу составили 50 (65,8%) пациентов, которым произведено стандартное лечение с дополнением лечебных мероприятий по разработанной нами методике.

Общепринятое стандартное лечение в I (контрольной) группе больных с НЯК складывалось из выполнения целого комплекса лечебных мероприятий направленных на: коррекцию нарушенного гомеостаза (предоперационная подготовка), ранней ликвидации гиповолемии (внутривенное вливание жидкостей), а также послеоперационного ве-

дения больных, состоящего из проведения интенсивной эндомезентериальной антибактериальной терапии и коррекции нарушенной функции лимфатической системы органов брюшной полости.

Проведенные исследования показали высокую эффективность применения специфических мероприятий по профилактике развития функционально - динамической кишечной непроходимости в послеоперационном периоде, при этом каждый компонент алгоритма обуславливал целенаправленное действие на определенную часть патогенетического механизма развития специфических для НЯК осложнений. Лимфостимуляция и лимфотропная терапия способствовали снижению интерстициального отека и концентрации токсинов в межклеточном пространстве, блокаде потока токсинов, токсических метаболитов, бактерий и продуктов их распада, поступающих лимфогенным путем в общий кровоток, повышению дренажной функции лимфатических капилляров и нормализации лимфоциркуляции на уровне органов брюшной полости. Тем самым в послеоперационном периоде в динамике наблюдались раннее восстановления перистальтики кишечника (Таб.№3).

Таблица №3

Сутки лечения	Появления перистальтики кишечника	
	Лимфотропное лечение	Традиционное лечение
1	-	-
2	++	-
3	++	+
4	+++	++
5	+++	+++

Условные обозначения: - отсутствие перистальтики кишечника, + слабо выраженная, ++ умеренно выраженная, +++ усиленная перистальтика кишечника.

При лимфотропной терапии в послеопе-

рационном периоде выделения экссудата из брюшной полости были значительно уменьшены по отношению традиционного способа лечения (Таб.4).

Таблица №4.

Динамика выделения экссудата из брюшной полости (мл.) в послеоперационном периоде при лимфотропной терапии и традиционном способе лечения

Способ терапии	1 сутки	2 сутки	3 сутки
Традиционная	100,3± 8,1	78,0±5,3	36,8±6,9
Лимфотропная	60,8±9,7	20,0±4,1*	5,2±1,4*

	Наблюдавшиеся послеоперационные осложнения				
	Виды осложнений	Традиционная (n-26)		Лимфотропная (n-50)	
		Количество	%	Количество	%
1	Рецидив заболевания	3	11,5	4	5,3
2	Абсцессы брюшной полости	2	7,7	3	3,9
3	Нагноение послеоперационной раны	4	15,4	2	2,6
4	Послеоперационная пневмония	2	7,7	2	2,6
5	Кишечная непроходимость	1	3,8	1	1,3
6	Несостоятельность швов анастомоза	1	3,8	1	1,3
7	Витальный случай (смертность)	2	7,7	2	2,6

*) различия достоверны по сравнению с исходными данными ($P \leq 005$)

По мимо эффективности нами выполненных операций, наблюдались и осложнения, которые неоспоримы с данными мировой медицинской литературы [1,2,5,7]. (Таблица № 5).

В целом, полученные результаты наглядно отображали эффективность предложенных нами патогенетически обоснованных лимфотропной терапии, позволивших улучшить качество оказываемой помощи и соответственно результаты лечения такой тяжелой патологии как НЯК путем снижения частоты кишечных осложнений в послеоперационном периоде с 15,9% до 5,7% и летальности с 7,2% до 2,4%.

Выводы: 1. Основываясь на результаты наших наблюдений НЯК часто встречается в молодом возрасте и особенно у женщин.

2. В комплексном лечении больных с НЯК в после операционном периоде должна широко применяться лимфотропная терапия, которая способствует снижению частоты осложнений этой патологии и укорачивает количество койка дней больных находящихся в стационаре.

Литература:

1. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии. – М.: Мед. Информ. Агентство, 2009. – С.432.

2. Логинов А.С., Парфенов А.И. Болезни кишечника: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 2000. – С. 359.

3. Семионкин Е.И. Колопроктология. – М., 2004. – С. 234.

4. Наврузов С.Н., Наврузов Б.С. Неспец-

ифическая язвенная колит. –М.: Ташкент. Издательство Шарк. 2008. – С.463.

5. Ткач С.М., Иоффе А.Ю. Колоректальный рак: распространенность, основные факторы рака и современные подходы к профилактике // Укр. терап. журн. 2005. № 2. С. 83-88.

6. Courtney M. G. and others Randomized comparison of olsalazin in prevention of relapses in ulcerative colitis//Lancet. 1992. № 339. P. 1079-1281.

7. Wullstein N., Gross A., Compression anastomosis (ÀÊÀ-2) in colorectal surgery: results in 442 consecutive patients // Br. J. Surg. 2000. Vol. 87, № 8. P. 1071-1075.

Article

ҚАНДЛИ ДИАБЕТ КАСАЛЛИГИДА ЎТКИР ПАРАПРОКТИТЛАРНИНГ АЛОҲИДА КЕЧИШИ ХУСУССИЯТЛАРИ

Абдуллаев С.А., Ахмедов А.И.

Самарқанд давлат тиббиёт институти

XXI-асрнинг энг катта ечими топилмаган муаммоларидан бири қандли диабет касаллигидир. Ҳозирги кунда қандли диабет касаллиги билан хасталанганлар сони кундан-кунга ошмоқда ва йирингли некротик асоратлари 20-62 % ни ташкил қилмоқда. Айниқса, қандли диабет билан хасталанган кишиларда тўғри ичак билан боғлиқ бўлган оғир йирингли-некротик асоратлар суръати ошмоқда.

Илмий ишнинг мақсади. Қандли диабет билан йирингли-некротик парапроктитларни ўз вақтида ташхислаш ва оператив даволаш усулларини такомиллашдан иборат.

Илмий ишнинг материаллари ва усуллари. Самарқанд сахар тиббиёт бирлашмасининг йирингли-септик бўлимида қандли диабет фонидаги парапроктит билан даволанган 44та беморларда кузатув олиб борилди. Беморларнинг ўртача ёши 52,2га тенг бўлди. Анамнезидан қандли диабет билан хасталанганлар 5-10 йилгача-16та, 11-15 йилгача-18та, 16 йил ва ундан зиёд 10 кишида аниқланди.

Бизнинг кузатувларимиз бўйича 14 та беморларда парапроктитнинг ишиоректал ва пельвиоректал шакллари аниқланди. Парапроктитларнинг этиологик факторларига қараб, семизлик ва доимо ич котиши-12та, семизлик ва бартолонит-7та, спиртли ичимликларга мойиллик-16та, пешобнинг тутулиши ва парауретритлар 5та беморда аниқланди. Чуқур парапроктитлар билан 4та беморда йирингли некротик асоратлари билан анаэроб флегмонанинг клиник белгилари кузатилди.

Парапроктитларнинг биринчи белгиларидан тана хароратининг ошиши, орқа чиқарув тешиги атрофида оғриқ ва шишнинг бўлиши, интоксикациянинг ривожланишидир. Кўпинча беморлар шифохоналарга келмай 5-6 кунлаб уйида даволанганлар, тана харорати бирданга 38-39⁰С га кўтарилиши, чарчаш, чанқоқлик, ҳолсизлик, иштахани йўқлиги, анал соҳа атрофидаги шишнинг катталашиши ва ундан ҳидли йирингли ажралма чиқишидан кейин стационарда муружаат қилганлар.

Ишнинг натижаси ва муҳокамаси. Бе-

морларга аниқ ташхис қўйишда анамнезини яхши ўрганиш, орқа чиқарув тешиги атрофини объектив яхшилаб кўриш ва бармоқ билан текшириш зарур ҳисобланади. Клиника-лаборатор текширишлар, қоннинг умумий ва биохимёвий таҳлиллари, қондаги қанд миқдорини аниқлаш керак.

Параректал тўқималардаги йирингли некротик ҳолат фасциитлар билан асоратланиб оралиқ, чов ва қорннинг олд деворига тарқалади. Бизнинг кузатувимизда 4 та беморда анаэроб флегмоналар асорати аниқланди. Кўрик пайтида орқа чиқарув тешиги атрофида, оралиқ, чов ва қорннинг олд деворида крепетация, УТТ ўтказилганда тери тагида газ ва суюқлик борлиги аниқланди ва сепсис ташхиси куйилди. Бундай беморларни даволашда зудлик билан операция қилиш, узун ва кенг кесмалар билан параректал тўқималарни очиш, кесмаларни қорннинг олд деворигача давом этириш, ярага яхши аэроб шароит яратишни ташкил қилиш, бўшлиқларни санация ва некрэктомия қилиш ва қолган бўшлиқларни адекват дренажлаш энг оптимал маҳаллий даволаш усули ҳисобланади.

Хулоса. Қандли дабетда ўткир парапроктитлар оғир йирингли-некротик асорат бўлиб, эрта ташхислаш, комплекс антибактериал, дезинтоксикацион ва актив хирургик даволаш билан олиб бориш мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

Article

РОЛЬ КОМБИНИРОВАННЫХ И РАСШИРЕННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ В УСЛОВИЯХ ЧАСТНОЙ КЛИНИКИ

Наврұзов С.Н., Хакимов А.М., Рахмонов С.Т., Кулмиев Э.Э., Вохидов У.Г.

Клиника «Янги хаёт» г. Ташкент

В клинике «Янги хаёт» города Ташкента с 2016 по 2020 гг. выполнено 207 радикальных операций по поводу рака прямой и ободочной кишки. Из них комбинированных, расширенных и сочетанных – 42 (20,3%).

У 18 больных в связи с распространением процесса на другие органы операции на толстой кишке были комбинированными. В едином блоке дополнительно удалялись придатки матки (5), матка с придатками (4), желчный пузырь (1), резецировались стенки мочевого пузыря (4), участки тонкой кишки (2), стенки влагалища (2).

У 12 оперированных объем удаляемых тканей был расширен за счет резекции брюшной стенки (8), удаления паранефральной клетчатки (4). Визуальное распространение опухоли на окружающие ткани и органы подтверждено при гистологическом исследовании в 8 из 12 наблюдений (66,7%).

8 пациентам операции на кишке из-за сопутствующих заболеваний были дополнены холецистэктомией (6), ампутацией матки с придатками (2).

4 больным с первично-множественным раком удалялись несколько органов или отделов толстой кишки.

В послеоперационном периоде у 4 из 42 пациентов (9,5%) возникли осложнения чаще всего гнойно-воспалительные или сердечно-сосудистые нарушения. Летальности не было. Среди всех радикально оперированных больных эти показатели были практически такими же: 14%.

Визуальное распространение опухолевой инфильтрации на окружающие органы и ткани подтверждается при гистологическом исследовании в 66,7% наблюдений. Это обосновывает удаление препарата при местно-распространенном колоректальном раке в едином блоке.

Комбинированные, расширенные и сочетанные операции не ухудшают ближайшие результаты лечения колоректального рака и при соответствующих показаниях могут считаться операциями выбора.

Article

КОМБИНИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ С ПРОРАСТАНИЕМ В ОРГАНЫ ГЕНИТАЛИЙ В УСЛОВИЯХ ЧАСТНОЙ КЛИНИКИ

Наврұзов С.Н., Хакимов А.М., Рахмонов С.Т., Кулмиев Э.Э., Вохидов У.Г.

Клиника «Янги хаёт» г.Ташкент

Нами проанализированы результаты комбинированных операций при раке прямой кишки с прорастанием в органы гениталий, выполненных в нашей клинике за 2016 - 2020 годы. Под нашим наблюдением было 21 женщин в возрасте от 21 до 68 лет. Опухоль в ректосигмоидном отделе прямой кишки был у 4 больных, в верхнеампулярном отделе у 5 больных, в среднеампулярном отделе у 3 больных, в нижнеампулярном отделе у 5 больных, в анальном канале у 4 больных. Характер операций на прямой кишке при комбинированных хирургических вмешательствах был следующим: брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки с сигмостомией было выполнено у 4 больных (19%), брюшно-анальная резекция прямой кишки у 10 больных (47,6%), передняя резекция прямой кишки у 4 больных (19%), операция Гартмана выполнена 3 больным (14,4%). Наиболее часто при комбинированных оперативных вмешательствах выполнялись резекции влагалища - у 14 больных, ампутация или экстирпация матки - у 4 больных, удаление придатков матки - у 3 больных. Важно отметить, что метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов установлено у 23,8% больных (у 5 из 21), тогда как для всех радикально оперированных этот показатель составил 28,6%. Послеоперационные осложнения гнойно-воспалительного характера возникли у 2-х больных (9,5%). Летальности у наших больных не было. Частота появления рецидивов после комбинированных операций по поводу рака прямой кишки составила 4,8%. Средняя продолжительность без рецидивного периода составила 30 месяцев. 3-летняя выживаемость после комбинированных операций при местно-распространенном раке прямой кишки в наших наблюдениях составила 71,4%.

Таким образом, приведенные данные свидетельствуют, что такие важные показатели, как частота возникновения рецидивов (4,8%), 3-летняя выживаемость (71,4%), при комбинированных вмешательствах и операциях стандартного объема по поводу рака прямой кишки примерно одинаковы. Учитывая, что истинное прорастание опухоли в соседние структуры нередко возможно установить лишь после гистологического исследования удаленного макропрепарата и что комбинированные хирургические вмешательства в настоящее время практически не ухудшают непосредственные результаты лечения (по числу послеоперационных осложнений и летальности от них), то целесообразность их выполнения на наш взгляд не вызывает сомнений.

Article

СФИНКТЕРОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ НИЖНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ В УСЛОВИЯХ ЧАСТНОЙ КЛИНИКИ

Наврузов С.Н., Хакимов А.М., Рахмонов С.Т., Кулмиев Э.Э., Вохидов У.Г.

Клиника «Янги хаёт» г.Ташкент

С целью улучшения качества жизни больных в нашей клинике с нижеампулярным раком прямой кишки у 11 больных выполнена брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением сигмовидной кишки в анальный канал и наложением сигма-анального анастомоза. В 5 случаях, когда опухоль располагалась сразу за подкожной порцией анального сфинктера, выполнена брюшно-анальная резекция прямой кишки с сохранением только подкожной порции анального сфинктера. В 6 случаях с прорастанием опухоли на одну из участка наружного сфинктера анального канала выполнена брюшно-анальная резекция прямой кишки, резекция пораженного участка наружного сфинктера с первичной сфинктеропластикой. Всем больным в предоперационном периоде была проведена неоадьювантная химиотерапия. В послеоперационном периоде все больные получили химио-и лучевую терапию. Ранние послеоперационные осложнения, гнойно-воспалительного характера отмечены у 1 больного, которые устранены консервативными мероприятиями. Летальных исходов у наших больных не было. В послеоперационном периоде у 8 больных работу анального сфинктера как хорошо, у 2 больных - удовлетворительно, у 1 больного - неудовлетворительно. В послеоперационном периоде у 1 больного возник рецидив рака нижеампулярного отдела прямой кишки.

Таким образом, применение сфинктеросохраняющих операций при раке анального канала с первичной сфинктеропластикой в комплексном и комбинированном лечении позволяют получить функционально удовлетворительные результаты. 3-летняя выживаемость в этой группе больных практически

идентична, как у больных после брюшно-промежностной экстирпацией прямой кишки.

Article

РОЛЬ МИКРОФЛОРЫ КУЛЬТИ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ РАЗВИТИИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ АНАСТОМОЗА

Наврззов С.Н., Хакимов А.М., Рахмонов С.Т., Кулмиев Э.Э., Вохидов У.Г.

Клиника «Янги хаёт» г.Ташкент

Актуальность. В последние годы в хирургической лечении больных с язвенным колитом часто выполняется тотальная колэктомия с формированием культи прямой кишки и наложение илеостомы. Культи прямой кишки сохранялась для того, чтобы она давало возможность выполнению восстановительной операции. Восстановление непрерывности кишечной трубки после таких операций представляют собой сложную и трудноразрешимую хирургическую проблему. Так как, среди актуальных задач современной хирургии органов брюшной полости важное место занимает проблема несостоятельности кишечных швов.

Высокий процент несостоятельности швов после вмешательств на толстой кишке связывают с анатомо-физиологическими особенностями строения, характером и вирулентностью населяющей ее микрофлоры.

Создание оптимальных условий для заживления швов межкишечных анастомозов является основным пунктом улучшения ближайших результатов в колоректальной хирургии. Вышеизложенные требуют необходимости разработку оптимальной терапевтической схемы, направленную подготовку больных к восстановительным операциям.

Целью настоящей работы является повышение эффективности предоперационной подготовки больных перенесших тотальную колэктомию с наложением илеостомы и формированием культи прямой кишки к выполнению реконструктивно-восстановительным операциям.

Материал и методы исследований.

Исследование основано на изучении результатов лечения 84 пациентов, получивших амбулаторное и стационарное лечение в течение последних 5 лет (2016-2021гг.) по поводу язвенного колита. В зависимости от особенностей предоперационной подготовки эти пациенты разделены на две группы. В первую (основную) группу вошли 45 больных, которые подготавливались по разрабо-

танной нами схеме лечения. Во вторую (контрольную) группу вошли 39 больных, которым в предоперационном периоде проведена стандартная подготовка (санация кожи вокруг илеостомы, подготовка культи прямой кишки очистительными клизмами и гидрогимнастикой). Среди 84 больных 48 (57,1%) мужчины, 36 (42,9%) женщины. Средний возраст составил 31,5±2,9 год.

В обеих группах у больных была выполнена тотальная колэктомия с наложением одноствольной илеостомы и формированием культи прямой кишки.

С целью подготовки культи прямой кишки у больных основной группы мы разработали схему лечения, включающую в себя следующие мероприятия, которая начиналась за неделю до операции:

Лечебные микроклизмы: с настойкой Ромашки 100 мл утром, с препаратом Бакстимса 50 мл вечером.

Комбинированные препараты пробиотиков получили наиболее широкое распространение в клинической практике. На узбекском рынке к их числу относятся Линекс, Бифилакс, Бактисубтил, в состав которых входят *L. acidophilus*, *B. infantis*, *liferogum* и нетоксигенный молочнокислый *S. (E.) faecium*.

Пробиотики: к примеру препарат Бактисубтил назначали по 2 капсуле 3 раза в день внутрь, раствор пробиотика в виде микроклизмы 50 мл днем.

Результаты и обсуждение.

При бактериологическом исследовании отделяемого из культи прямой кишки у больных было отмечено инфекционный процесс, который характеризовался только аэробной моно- и полиинфекцией в 11,5 и 88,5% случаев соответственно. Количество видов микроорганизмов в ассоциации варьировало в среднем от 4 до 6. Суммарная контаминация была 6,0±0,6 КОЕ/г. Доминирующее положение как по частоте встречаемости, так и в сумме выделенных микроорганизмов занимали энтеробактерии, количественный уровень

которых составлял $6,1+0,4$ КОЕ/г. Наиболее часто энтеробактерии были представлены эшерихиями (85%) и только у 15% больных, наряду с ними, из отделяемого высевались условно-патогенные виды в количестве (в Ig) от $4,5+0,5$ до $5,8+0,5$ КОЕ/г. Стафилококки и стрептококки обнаруживали более чем в половине случаев (58-62%), среднее количество их было значительно ниже, чем энтеробактерий: $4,4+0,7$ и $3,5+0,6$ КОЕ/г соответственно. Кроме того, в единичных случаях (5%) обнаруживали дрожжеподобные грибы рода *Candida* в количестве, не превышающий $3,9+0,3$ КОЕ/г.

Результаты изучения микрофлоры отделяемого из культуры прямой кишки при несостоятельности анастомозов после операций показали доминирующее положение аэробных микроорганизмов, ведущая роль среди которых принадлежала представителям семейства *Enterobacteriaceae*. Летальность от несостоятельности швов анастомозов в этот период составила 4,8%.

В период работы клиники с 2016 по 2021 гг. было отмечено значительное снижение случаев несостоятельности анастомозов (всего 2). Летальных исходов от данного вида осложнений не было.

Таким образом, проведенные исследования показали, что инфекционный процесс при несостоятельности анастомозов у больных после операций по поводу язвенного колита чаще характеризуется как смешанная аэробно-анаэробная инфекция. Это диктует необходимость включения в схему лечения antimicrobных препаратов, эффективно подавляющих рост и размножение анаэробных микроорганизмов.

Article

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТОЛСТОКИШЕЧНОГО СТАЗА

Наврзуов С.Н., Хакимов А.М., Рахмонов С.Т., Кулмиев Э.Э., Вохидов У.Г.

Клиника «Янги хаёт» г.Ташкент

Актуальность. В литературе многие авторы предлагают различные способы и объемы операций в хирургическом лечении больных хроническим колостазом. До начала 90-х годов по поводу толстокишечного стаза чаще всего выполнялись следующие виды операции: резекция сигмовидной кишки, левосторонняя гемиколэктомия, правосторонняя гемиколэктомия. После выполнения, которых в большинстве случаев отмечались рецидивы заболевания.

Цель. Улучшить результаты хирургического лечения хронического колостаза.

Материалы и методы. В исследование были включены 37 пациентов, оперированных по поводу хронического колостаза за период с 2000 года по настоящее время в различных больницах Республики Узбекистан, которые обратились в нашу клинику. Проводили клиническое обследование и опрос больных для оценки результатов хирургического лечения. Больные были разделены на две группы. Первую группу составили 18 больных, чаще всего у которых были выполнены сегментарные резекции толстой кишки: резекция сигмовидной кишки - 6, левосторонняя гемиколэктомия - 8, правосторонняя гемиколэктомия - 4. Во вторую группу вошли 21 больных, у которых в основном были произведены субтотальная колэктомия - 9 и тотальная колэктомия - 12.

Результаты. Отдаленные результаты оценены по трех балльной шкале. Во второй группе чаще отмечали хорошие результаты - 94,5% против 72,0%, а неудовлетворительные - довольно реже 1,7% против 21,0%. Число удовлетворительных результатов было в первой группе 7,0%, а во второй 3,8%.

Заключение. Таким образом, такие вмешательства как левосторонняя гемиколэктомия, правосторонняя гемиколэктомия и резекция сигмовидной кишки не всегда оправданы. В подавляющем большинстве случаев выявляется тотальное поражение толстой кишки, для оценки которого, должна проводится комплексные диагностические

мероприятия, включая самых современных методов исследования. При этом операцией выбора мы считаем тотальную колэктомию с илеоректальным анастомозом. Отдаленные результаты, которого свидетельствуют о наибольшей эффективности данной методики в отношении предотвращения рецидива заболевания и реабилитации пациентов.

Article

ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

Наверзоев С.Н., Хакимов А.М., Рахмонов С.Т., Кулмиев Э.Э., Вохидов У.Г.

Клиника «Янги хаёт» г.Ташкент

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения язвенного колита путем математической оценки клинических признаков и лабораторно-инструментальных методов исследований больных.

Нами была разработана балловая система, позволяющая для каждого больного сформировать сумму цифрового значения баллов до начала лечения и после его окончания.

Математическая оценка информативности различных по характеру признаков базировалась на ретроспективном анализе результатов обследования 112 больных (87,5%), которым по поводу язвенного колита выполнялись различные хирургические вмешательства. Для математической интерпретации были отобраны 26 параметров клинических, лабораторных и инструментальных методов исследований. Они были распределены на три группы. Каждый признак по его интенсивности оценивался по 4-категориями баллов: отсутствие признака или выявление его в нормальных пределах 0 баллов, а резкая выраженность признака оценивалась в 3 балла.

Сумма всех признаков составляла 78 баллов, которая в зависимости от выраженности исследуемых показателей имела определенное число для каждого индивидуального случая. Вероятность возникновения послеоперационных осложнений наиболее высока при сумме менее 48 баллов, что соответствует 4-степени риска. Сумма баллов пределах 49-58 соответствует 3-степени риска. Сумма баллов 59-68 2-степени и при сумме баллов 69-78 1-степени риска.

Таким образом, полученные результаты позволяет судить о необходимости проведения до- и интраоперационных профилактических мероприятий у больных с 3- и 4-степенью риска.

СОДЕРЖАНИЕ

№	Название статья, Ф.И.О., автора	Страница
1.	АБДОМИНАЛ ЖАРРОҲЛИК ПАТОЛОГИЯСИДА ОПЕРАЦИЯДАН Кейинги даврда эндо- Мезентериал лимфотроп терапиянинг аҳамияти Эгамов Ю.С., Рузиев А.Э.	4-8
2.	КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ГИПОКОАГУЛЯЦИЕЙ ПОСЛЕ ГЕ- МОРРОИДЭКТОМИИ Умаров Д.А., Рузобаев Р.Ю., Сапаев Д.Ш., Рузметов Б.А.	9-11
3.	ОБОСНОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАРАПРОКТИТА Рустамов М.И., Сайдуллаев З.Я., Рустамов И.М.	12-15
4.	КОМПЛЕКСНАЯ ЛИМФАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ТОЛСТОЙ КИШКИ Эгамов Ю.С., Рузиев А.Э., Ибрагимова М.А.	16-20
5.	ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ЭНДОХИРУРГИИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН И РЕСПУБЛИКЕ КА- РАКАЛПАКСТАН Исмаилов С.И., Назыров Ф.Г., Кабулов М.К., Оразалиев Б.Х., Оразалиев Г.Б.	21-25
6.	РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРОЯ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН Ахророва Л.Б., Бозоров Д.П., Хикматов Ж.С.	26-27
7.	ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИШЕЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ АМЕБИАЗА Ахмедов М.А., Мирзахмедов М.М., Наврузов Б.С.	28-31
8.	ВЫБОР ЭТАПНОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СВЕРХОЖИРЕНИИ Оспанов О.Б.	32-36
9.	ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ИЗ МИНИЛАПАРОТОМНОГО ДОСТУПА Курязов Б.Н., Бабаджанов А.Р., Рузматов П.Ю., Рузметов Б.А., Бабаджанов Р.А., Яхшибоев С.Ш.	37-39
10.	АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОЖИРЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН Фурсов А.Б., Оспанов О.Б., Фурсов Р.А., Самиголла И.Е.	40-45
11.	SURGICAL TREATMENT OF POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIA WITH OBESITY Abdurakhmanov D.S.	46-47
12.	МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ Курбаниязов З.Б., Сайинаев Ф.К., Сайдуллаев З.Я.Ц	48-51
13.	ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКА- МЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ОСЛОЖНЕННОЙ СИНДРОМОМ МИРИЗЗИ Арзиев И.А., Сулайманов С.У., Абдурахманов Д.Ш.	52-55
14.	СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИИ И ЖЕЛЧ- НОМ ПЕРИТОНИТЕ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ Арзиев И.А., Курбаниязов З.Б., Баратов М.Б., Назаров З.Н., Сайинаев Ф.К.	56-59
15.	ХИМИОТЕРАПИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВА ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ Рахманов К.Э., Анарбоев С.А., Махмудов С.Б., Абдурахманов Д.Ш.	60-64
16.	ТОКСИК БУҚОҚ БИЛАН БЕМОРЛАРНИ ОПЕРАЦИЯГА ТАЙЁРЛАШДА ПЛАЗМАФЕРЕЗДАН Фойдаланиш Курбаниязов З.Б., Ғозибеков Ж.И., Зайниев А.Ф.	65-68
17.	ҚАНДЛИ ДИАБЕТ КАСАЛЛИГИДА ЎТКИР ПАРАПРОКТИТЛАРНИНГ АЛОҲИДА КЕЧИШИ ХУСУССИЯТЛАРИ Абдуллаев С.А., Ахмедов А.И.	69
18.	МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДИКИ В АМБУЛАТОРНОЙ КОЛОПРОКТОЛОГИИ Юлдашев Г.Ю., Рузметов Б.А., Эгамбердиев З.Ш.	70

19.	ОБОСНОВАНИЕ ЗНАЧЕНИЯ ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ СОЗДАННОЙ МОДЕЛИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ СОЗДАННОЙ МОДЕЛИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ Рузиев А.Э., Эгамов Ю.С.	71-72
20.	ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ РАКЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ ОСЛОЖНЕННОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ Юлдашев Г.Ю., Рузметов Б.А., Машарипов П.	73-74
21.	ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА Юлдашев Г.Ю., Рузметов Б.А., Эгамбердиев З.Ш.	75
22.	РАСШИРЕННАЯ ЛИМФАДЕНЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ЛЕВЫХ ОТДЕЛОВ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ Юлдашев А.Г., Юлдашев Г.Ю., Эгамбердиев З.Ш.	76-77
23.	ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СЕТЧАТЫХ ЭНДОПРОТЕЗОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИГАНТСКИХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ Курязов Б.Н., Бабаджанов А.Р., Рузматов П.Ю., Рузметов Б.А., Бабаджанов Р.А., Яхшибоев С.Ш.	78
24.	ВЫБОР ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ Шавази Р.Н., Сангирова Ф.А., Шербекоев У.А.	79
МАТЕРИАЛЫ МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «МАЛОИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ТОЛСТОЙ КИШКИ» (30-31 март Андижан - 2022 год)		
25.	ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ Эгамов Ю.С., Хайдаров С.А., Рузиев А.Э., Эгамов Б.Ю.	80-83
26.	ҚАНДЛИ ДИАБЕТ КАСАЛЛИГИДА ЎТКИР ПАРАПРОКТИТЛАРНИНГ АЛОҲИДА КЕЧИШИ ХУСУССИЯТЛАРИ Абдуллаев С.А., Ахмедов А.И.	84
27.	РОЛЬ КОМБИНИРОВАННЫХ И РАСШИРЕННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ В УСЛОВИЯХ ЧАСТНОЙ КЛИНИКИ Наврузов С.Н., Хакимов А.М., Рахмонов С.Т., Кулмиев Э.Э., Вохидов У.Г.	85
28.	КОМБИНИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ С ПРОРАСТАНИЕМ В ОРГАНЫ ГЕНИТАЛИЙ В УСЛОВИЯХ ЧАСТНОЙ КЛИНИКИ Наврузов С.Н., Хакимов А.М., Рахмонов С.Т., Кулмиев Э.Э., Вохидов У.Г.	86
29.	СФИНКТЕРОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ НИЖНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ В УСЛОВИЯХ ЧАСТНОЙ КЛИНИКИ Наврузов С.Н., Хакимов А.М., Рахмонов С.Т., Кулмиев Э.Э., Вохидов У.Г.	87
30.	РОЛЬ МИКРОФЛОРЫ КУЛЬТИ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ РАЗВИТИИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ АНАСТОМОЗОС Наврузов С.Н., Хакимов А.М., Рахмонов С.Т., Кулмиев Э.Э., Вохидов У.Г.	88-89
31.	ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ТОЛСТОКИШЕЧНОГО СТАЗА Наврузов С.Н., Хакимов А.М., Рахмонов С.Т., Кулмиев Э.Э., Вохидов У.Г.	90
32.	ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ Наврузов С.Н., Хакимов А.М., Рахмонов С.Т., Кулмиев Э.Э., Вохидов У.Г.	91

