



А.Н. Сызганов атындағы Ұлттық ғылыми хирургия орталығы
Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова
Syzganov National Scientific Center of Surgery



СПЕЦИАЛЬНЫЙ
ВЫПУСК №1 2025

IX CONGRESS OF SURGEONS OF KAZAKHSTAN With international participation

ISSN 2306-5559 (print)
ISSN 2410-938X (online)



А.Н. Сызганов ат. Ұлттық ғылыми хирургия орталығы
Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова
A.N. Syzganov's National Scientific Center of Surgery

80 ЖЫЛ
ЛЕТ
YEARS



СПЕЦИАЛЬНЫЙ
ВЫПУСК №1 2025

Халықаралық
қатысумен өтетін **ҚАЗАҚСТАН**
ХИРУРГТАРЫНЫН

11-13 ҚЫРКҮЙЕК
СЕНТЯБРЬ
SEPTEMBER **2025**

IX

КОНГРЕСІ
КОНГРЕСС
ХИРУРГОВ КАЗАХСТАНА
с международным участием
CONGRESS
OF SURGEONS OF KAZAKHSTAN
with international participation



ер тоқсанды шығып тұратын А.Н. Сызганов атындағы Ұлттық ғылыми хирургия орталығының ғылыми-тәжірибелік журналы
ежеквартальный научно-практический журнал Национального научного центра хирургии им. А. Н. Сызганова
a quarterly scientific-practical journal of the «Syzganov National Scientific Center of Surgery»

БАС РЕДАКТОР

Баймаханов Б.Б.,

«А.Н. Сызганов атындағы Ұлттық ғылыми хирургия орталығы» АҚ Басқарма Төрағасы, м.ғ.д., профессор, КР ҰҒА академигі

БАС РЕДАКТОРДЫҢ ОРЫНБАСАРЫФ, PhD

Қаниев Шокан

ЖАУАПТЫ ХАТШЫ, М.Ф.К., ПРОФЕССОР

Исмаилова Г.Н.

РЕДАКЦИЯ АЛҚАСЫ

Баймаханов Ж.Б., PhD, профессор
Нерсесов А.В., м.ғ.д., профессор
Досханов М.О., PhD
Сұлтаналиев Т.А., м.ғ.д., профессор
Байымбетов А.К., PhD, профессор
Белегенов Т.А., м.ғ.д.
Миербеков Е.М., м.ғ.д., профессор
Жураев Ш.Ш., м.ғ.д., профессор
Исмаилова Г.Н., м.ғ.к., профессор
Мутагиров В.В., м.ғ.к.
Шиরтаев Б.К., м.ғ.к.
Мурадов М.И., м.ғ.н., профессор
Баймаханов А.Н., м.ғ.к

РЕДАКЦИЯ КЕҢЕСІ

Susumu Eguchi (Япония)
Wojciech Polak (Польша)
Remzi Emiroglu (Турция)
Bulent Oktay (Турция)
Tamer Turan (Турция)
Subhash Gupta (Индия)
Jeong Tea Kim (Корея)
Владимир Вишневский (Россия)
Иван Стилиди (Россия)
Олег Руммо (Беларусь)
Hannu Kuokkanen (Финляндия)
Ho-Seong Han (Корея)
Mehmet Haberal (Турция)
Дильгам Магеррамов (Азербайджан)

Журнал ҚР ақпарат, мәдениет және спорт
Министрлігінде тіркелген.
Журнал ҚР ФБМ ғылым және білім саласындағы
Бақылау комитетті үсынған ғылыми еңбектің
негізгі нәтижелерін жариялау үшін үсынатын
ғылыми баспарап тізбесі енгізілген.

Тіркеу нөмірі 5564-Ж.

Журналдың, месі – «А.Н. Сызганов атындағы
Ұлттық ғылыми хирургия орталығы» АҚ,
Баспасын мекен-жайы:
050004, Алматы қ., Желтоксан көш. 62,
төл. +7 (727) 2795306
http://vhk.kz, е-mail: dr.gismailova@gmail.com

Әрленим және беттеу:
«Старков С.А.» ЖК
Көкшетау қ., Әуелбеков к., 98

Тапсырыс №634
Таралымы -100 дана

Жарияланатын мақалалардың мазмұнына
авторлар жаупты.

ҚАЗПОЧТА жазылу индексі – 75327

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Баймаханов Б.Б.,

Председатель правления АО «Национальный научный
центр хирургии им. А. Н. Сызганова», д.м.н.,
профессор, академик НАН РК

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА, PhD

Каниев Шокан

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ, К.М.Н., ПРОФЕССОР

Исмаилова Г.Н.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Баймаханов Ж.Б., PhD, профессор
Нерсесов А.В., д.м.н., профессор
Досханов М.О., PhD
Сұлтаналиев Т.А., д.м.н., профессор;
Байымбетов А.К., PhD, профессор;
Булегенов Т.А., д.м.н., доцент;
Миербеков Е.М., д.м.н., профессор;
Жураев Ш.Ш., д.м.н., профессор;
Исмаилова Г.Н., к.м.н., профессор;
Мутагиров В.В., к.м.н.;
Шиরтаев Б.К., к.м.н.;
Мурадов М.И., к.м.н., профессор;
Баймаханов А.Н., к.м.н

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Susumu Eguchi (Japan)
Wojciech Polak (Holland)
Remzi Emiroglu (Turkey)
Bulent Oktay (Turkey)
Tamer Turan (Turkey)
Subhash Gupta (India)
Jeong Tea Kim (Korea)
Владимир Вишневский (Russia)
Иван Стилиди (Russia)
Олег Руммо (Belarus)
Hannu Kuokkanen (Finland)
Ho-Seong Han (Korea)
Mehmet Haberal (Turkey)
Дильгам Магеррамов (Azerbaijan)

Журнал зарегистрирован в Министерстве
информации, культуры и спорта РК.
Журнал включен в перечень научных
изданий, рекомендемых Комитетом
по контролю в сфере образования и науки
МОН РК

Регистрационный номер: 5564-Ж.

Владелец журнала – АО «Национальный научный
центр хирургии имени А.Н. Сызганова».

Адрес редакции:

050004, г. Алматы, ул. Желтоксан, 62,
тел. +7 (727) 2795306

http://vhk.kz, е-mail: dr.gismailova@gmail.com

Дизайн и верстка:

ИП «Старков С.А.»

г. Кокшетау, ул. Ауельбекова, 98

Заказ 634

Тираж -100 экз.

Ответственность за содержание
публикуемых материалов несут авторы.

Подписной индекс КАЗПОЧТЫ – 75327

EDITOR IN CHIEF

Baimakhanov B.B.,

Chairman of the Board of «Syzganov National
Scientific Center of Surgery» JSC, D.Med.Sc.,
professor, academician of NAS RK

DEPUTY CHIEF EDITOR, PhD

Kaniyev Shokan

EXECUTIVE SECRETARY, C.M.S., PROFESSOR

Ismailova G.N.

EDITORIAL BOARD

Baimakhanov Zh.B., PhD, prof.;
Nersesov A.V., D.Med.Sc., prof.;
Doskhanov M.O., PhD;
Sultanaliyev T.A., D.Med.Sc., prof.;
Baimbetov A.K., PhD, prof.;
Bulegenov T.A., D.Med.Sc.,
Miyerbekov Ye.M., D.Med.Sc., prof.;
Zhurayev Sh.Sh., D.Med.Sc., prof.;
Ismailova G.N., Can.Med.Sc., prof.;
Mutagirov V.V. Can.Med.Sc.
Shirtayev B.K., Can.Med.Sc.;
Muradov M.I., Can.Med.Sc., prof.;
Baimakhanov A.N. Can.Med.Sc.

EDITORIAL COUNCIL

Susumu Eguchi (Japan)
Wojciech Polak (Holland)
Remzi Emiroglu (Turkey)
Bulent Oktay (Turkey)
Tamer Turan (Turkey)
Subhash Gupta (India)
Jeong Tea Kim (Korea)
Vladimir Vishnevski (Russia)
Ivan Stiliidi (Russia)
Oleg Rummo (Belarus)
Hannu Kuokkanen (Finland)
Ho-Seong Han (Korea)
Mehmet Haberal (Turkey)
Dilgam Maherramov (Azerbaijan)

The journal is registered with the Ministry of
Information, Culture and Sports of the
Republic of Kazakhstan.

The journal is included in the list of scientific
publications recommended by the Committee
for Control of Education and Science, Ministry
of Education and Science of Kazakhstan.

Registration number: 5564-Ж

The owner of the journal – «Syzganov
National Scientific Center of Surgery» JSC

Editorial address:

62, Zheiltoksan street, Almaty, 050004

tel. +7 (727) 2795306

http://vhk.kz, e-mail: dr.gismailova@gmail.com

Design and lead out:

«Старков С.А.» SP

98 Auelbekov street, Kokshetau

Order №634

Edition - 100 copies

The authors are responsible for the content of
published materials.

Subscript index of KAZPOST – 75327

СОДЕРЖАНИЕ

ОГЛАВЛЕНИЕ

I. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ХИРУРГИИ И ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПЕЧЕНИ

Эффективность панкреатогастрального анастомоза при панкреатодуоденальной резекции	11
Алиев М.Я., Тобиас К.	
Особенности панкреатодуоденальной резекции после паллиативных операций	11
Алиев М.Я., Тобиас К.	
Анализ показателей прироста объема трансплантата как маркера реперфузионных и гемодинамических изменений после родственной трансплантации печени	12
Бабаджанов А.Х., Махмудов У.М., Тургунбоев Э.К., Султанов С.А., Маткаримов Ш.У., Иброхимов С.С., Шарифжонов С.М., Султонова Р.Д.	
Клиническая эффективность радикальных и органосохраняющих операций при эхинококкозе печени	13
Бабаджанов А.Х., Махмудов У.М., Иброхимов С.С.	
Острый билиарный панкреатит тяжелой степени: особенности лечебно-диагностических алгоритмов, тактика хирургического лечения	13
Багненко С.Ф., Корольков А.Ю., Попов Д.Н., Смирнов А.А., Саадулаева М.М., Никитина Т.О., Ахмедов А.Н.	
Тактика хирургического лечения желчекаменной болезни и её осложнений у беременных и рожениц	14
Багненко С.Ф., Корольков А.Ю., Беженарь В.Ф., Попов Д.Н., Смирнов А.А., Саадулаева М.М., Паскошева Д.Д., Ахмедов А.Н.	
Минимально инвазивное лечение структур желчных протоков	15
Баймаханов Б.Б., Досханов М.О., Каниев Ш.А., Хаджиева А.А.	
Использование модифицированной большой подкожной вены (БПВ) для реконструкции печеночных вен сегментов 5 и 8 трансплантата	16
Оспан Ж., Досханов М., Баймаханов Б., Каниев Ш., Тилеуов С., Нагасбеков М., Мукажанов Д., Суйеркулов М., Мархабеков Д., Турсынбай М., Хаджиева А.	
Модуляция притока гraftа при трансплантации печени от живого донора	17
Турсынбай М., Баймаханов Б.Б., Досханов М.О., Каниев Ш.А., Ибекенов О.Т., Тилеуов С., Оспан Ж., Хаджиева А., Нагасбеков М., Мукажанов Д., Суйеркулов М., Башатова Ф., Мархабеков Д.	
Лапароскопическая гастропанкреатодуоденальная резекция при опухолях периампулярной зоны	17
Турсынбай М., Баймаханов Б.Б., Досханов М.О., Каниев Ш.А., Ибекенов О.Т., Тилеуов С., Оспан Ж., Хаджиева А., Нагасбеков М., Мукажанов Д., Суйеркулов М., Башатова Ф., Мархабеков Д.	
Результаты лечения осложненных форм желчнокаменной болезни у беременных	18
Ибекенов О.Т., Эбдишев Е.Б., Мусина А.С., Жумаліл Е., Төлегенов Д.Б., Каниев Ш.А., Баймаханов Б.Б.	
Комплексный подход в хирургическом лечении кистозного эхинококкоза печени	19
Нагасбеков М.С., Досханов М.О., Каниев Ш.А., Баймаханов Б.Б., Мукажанов Д.Е., Тилеуов С.Т., Оспан Ж.Р., Хаджиева А.А., Суйеркулов М.У., Ибекенов О.Т.	
Лапароскопическая перицистэктомия в хирургии кистозного эхинококкоза печени	20
Нагасбеков М.С., Досханов М.О., Каниев Ш.А., Баймаханов Б.Б., Мукажанов Д.Е., Тилеуов С.Т., Оспан Ж.Р., Хаджиева А.А., Суйеркулов М.У., Ибекенов О.Т.	
Осложнения у доноров после трансплантации печени	20
Баймаханов Б.Б., Досханов М.О., Башатова Ф.А., Тилеуов С.Т., Мукажанов Д.Е., Хаджиева А.А., Ибекенов О.Т.	
Осложнения после лапароскопической холецистэктомии	21
Башабаев М.Т., Башабаев А.М., Ермекпаев К.Ж., Есимжомартов Да.	

Опыт лечения тяжелых форм панкреанероза по данным хирургических отделений ВКО Башабаев М.Т., Башабаев А.М.	22
Чрескожное чреспеченоочное дренирование желчных протоков Башабаев М.Т., Соболев А.Н., Ермекпаев К.Ж.	22
Результаты лимфотропного введения цефтриаксона в мезоколон поперечно-ободочной кишки как способа профилактики инфицированного панкреонекроза Джаканов М.К., Жакиев Б.С., Топчиев М.А., Гайноллина Г.Г., Тайшибаев К.Р., Курманбаев Б.А., Аубакиров Г.Б.	23
Критерии выбора хирургического вмешательства у больных с деструктивным холециститом, холедохолитиазом и механической желтухой Джаканов М.К., Тайшибаев К.Р., Аубакиров Г.Б., Курманбаев Б.А., Гайноллина Г.Г.	24
Успешный опыт проведения родственной трансплантации печени в отделении гепатопанкреатобилиарной хирургии и трансплантации органов ГКП на ПХВ «Областной клинической больницы» Туркестанской области Дильдабеков Ж.Б., Мауленов Н.Б., Аймагамбетов М.Б., Таусаров Е.М., Садуакас Н.Т., Жумабек Н.Ж.	25
Опыт применения миниинвазивных вмешательств при лечении деструктивного панкреатита в отделении гепатопанкреатобилиарной хирургии и трансплантации органов ГКП на ПХВ «Областной клинической больницы» Туркестанской области Дильдабеков Ж.Б., Аймагамбетов М.Б., Таусаров Е.М., Садуакас Н.Т., Отебеков Б.Н.	25
Программированное введение лекарственных веществ в орган мишень при деструктивном панкреатите Жетпісбай Е.Ж., Рустемова К.Р., Жалгасбаев Ж.Г.	26
Результаты лапароскопических операций при лечении осложненных панкреатитов Кабулов М.К., Оразалиев Г.Б., Кабулов Т.М	26
Селективная канюляция селезеночной артерии и программируемое введение лекарственных веществ в орган мишень при деструктивном панкреатите Доскалиев Ж.А., Турсынбаев Н.Н., Кожахметов С.К., Хасенов Р.Е., Кырагов Е.Р.	27
Оптимизация тактики и техники хирургического лечения хронического панкреатита, осложненного вирсунголитиазом Исмаилов С.И., Акбаров М.М., Ибадов Р.А., Миролимов М.М.	28
Персонализированный подход к хирургическому лечению хронического панкреатита, осложненного вирсунголитиазом: усовершенствование техники панкреатоэзофагостомоза Акбаров М.М., Миролимов М.М.	28
Коррекция нарушений коагуляции при трансплантации печени у взрослых Куандыков Т.К., Сейсенбаев Н.Н., Жумабекова М.А., Кудайбергенов Е.К., Шолпанкулов Б.С.	29
Билирубиновая сорбция после трансплантации печени Куандыков Т.К., Мутагиров В.В., Мухашов Н.А., Кудайбергенова А.Н., Оспанов К.А.	30
Осложнения регионарной химиотерапии у пациентов со злокачественными опухолями печени Поликарпов А.А., Гранов Д.А.	31
Наш опыт хирургического лечения очаговых болезней печени в зоне южного Приаралья Ходжиев Д.Ш., Кабулов М.К., Султанзада Н.Д.	31
Облыстық аурухана деңгейінде механикалық сарғау синдромы кезінде тері арқылы жасалатын кіші инвазивті операциялар тәжірибесі Шанаев Д.Т., Сағынбаева Б.М., Қайдар Ж.Ә., Куанышов А.Б.	32

II. Современные подходы в хирургии желудочно-кишечного тракта, органов грудной клетки и эндокринных органов

Современные малоинвазивные методы оперативного лечения в герниологии Шанаев Д.Т., Сигуатов М.С., Султангалиев Б.Н.	33
---	----

Мининвазивные технологии в хирургии рака правой половины ободочной кишки.....	33
Шакеев К.Т., Кожамбердин К.Е., Жумакаев А.М., Масутбек А.С.	
Воронкообразная деформация грудной клетки: наш взгляд на современную хирургическую тактику	34
Хаялиев Р.Я., Абдусаломов С.А.	
Тарр-пластика современный метод лечения паховых грыж.....	35
Таштемиров К. К., Халам Д., Таштемирова О.Г.	
Experience of performing laparoscopic gastrectomy at sunkar premium medical center	35
SergazinZh. R., Annaorazov Y.A.	
The use of a nodular suture during creation of a fundoplication cuff to improve control of the lower third of the esophagus and the upper third of the gastric	36
Sergazin Zh. R., Annaorazov Y.A., Mukanova U.A.	
Видеоторакоскопия при проникающих ранениях грудной клетки	36
Рысбеков М.М., Алиев М.Ф., Койгельдиев Т.Т., Оркашбаев Н.С., Болат С.Н., Оран А.Е.	
Инновационный подход к лечению хронических язв: применение аллогенной плазмы, обогащенной растворимыми факторами тромбоцитов	37
Оспанова М.Е., Уалиев С.Д., Асабаев А.Ш., Балмухамедов Н.Т., Турабаева Б.М., Лизе В.А.	
Оперативная тактика при рубцовых стенозах трахеи	38
Доскалиев Ж.А., Рысбеков М.М., Турсынбаев Н.Н., Алиев М.Ф., Оркашбаев Н.С., Койгельдиев Т.Т., Оран А.Е., Болат С.Н.	
Выбор хирургической тактики у пациентов с острой кишечной непроходимостью	38
Опенько В.Г., Исматов А.У., Каримов Т.А., Ровгалиев Б.С., Мурат Н.М.	
Морфологическая характеристика врожденных кист средостения	39
Гринберг В.Б., Енин Е.А.	
Гамартомы легких – морфологическая характеристика	40
Гринберг В.Б., Енин Е.А.	
Разрыв трахеи в результате применения двухпросветной эндотрахеальной трубы (клинический случай).....	40
Куандыков Т.К., Жарасбаев А.М., Мутагиров В.В., Сабитов Т.А., Нуржанов А.Н., Тажимурат Г.Т., Буркитбаев Б.Б., Женис Б.Е., Турлыбек Е.Т., Ширинбай С.Н., Стыбай А.О., Бакытбек Ж.Б., Даuletбаев Д.П.	
Первый опыт хирургического лечения вторичного гиперпаратиреоза в Кыргызстане у больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности, находящихся на заместительной терапии гемодиализом.....	41
Матуматов А.А.	
Үлтабардың резекциядан кейінгі қалдығының қын сәттердегі тігу әдісі	42
Күдербаев М.Т., Ботабаев С.И., Аржан А.М., Ашубаева А.К.	
Илеостомаға қатысты реконструктивті-қалпына келтіру операциялары	42
Күдербаев М.Т., Аржан А.М., Теміржанов М.Е., Ашубаева А.К.	
Лапароскопическая гемиколэктомия при хроническом копростазе у больных с декомпенсированной форме долихосигмы.....	43
Кабдуаиысова А.Д., Рустемова К.Р., Айтмолдин Б.А.	
Optimizing methods for preventing gastroesophageal reflux after laparoscopic sleeve gastrectomy in patients with morbid obesity.....	44
Imanbayeva A.U.	

Использование ультразвукового деструктора-аспиратора в профилактике повреждения возвратного гортанного нерва.....	45
Жумабеков Е.Б., Рысмаханов М.С., Жакиев Б.С., Мусин Н.М.	
Қалқанша безі хирургиясы және көмей жүйкесінің зақымдануы: библиометриялық түргыдан шолу.....	45
Жумабеков Е., Рысмаханов М., Жакиев Б., Мусин Н.	
Использование у- образной силиконовой трубки при рубцовом стенозе нижней трети трахеи (надбиуркационной области трахеи)	46
Жарылқапов Н.С., Нысанбай М.А., Сейтханов С.Б.	
Лапароскопическая антирефлюксная хирургия	46
Башабаев М.Т., Соболев А.Н., Ермекпаев К.Ж., Абдикаримова Р.О., Есімжомартов Д.А.	
Лапароскопическая адреналэктомия	47
Башабаев М.Т., Соболев А.Н., Ермекпаев К.Ж., Есімжомартов Д.А.	
The most effective methods of strengthening the stapler line of the stomach	48
Annaorazov Y.A., SergazinZh. R., Satkhanbayev A.Z.	
Применение эндоваскулярных методов гемостаза при язвенных кровотечениях: опыт моб №2 УЗ Акмолинской области, г. Астана	48
Аксарин А.К., Мун Е.В., Джуматаев Т.К., Хасен Е.Е., Шатырбекова А.М.	
Отдаленные результаты хирургического лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы II-IV типов	49
Скрябин С.А., Корельская М.В., Манучаров А.А., Василевский Д.И.	
Использование современных малоинвазивных технологий в лечении подслизистых новообразований желудка	49
Смирнов А.А., Саадулаева М.М., Корольков А.Ю. Ручкина Я.В.	
Робот-ассистированные и лапароскопические органосохраняющие операции при опухолях надпочечников	50
Османов З.Х., Семенов Д.Ю., Соловьев И.А., Борискова М.Е., Панкова П.А., Быков М.А., Мовсесян Р.А.	
Выбор метода лечения параректальных свищей при болезни крона	51
Номоконов Д.Г., Каманин А.А., Виниченко А.А., Костюков В.В., Морозов В.П.	
Место резекции щитовидной железы в лечении фолликулярной опухоли	52
Борискова М.Е., Панкова П.А., Быков М.А., Зуйкевич Д.В	
Преимущества лапароскопических операций при осложнениях болезни крона.....	53
Каманин А.А., Богданов П.И., Османов З.Х., Номоконов Д.Г., Костюков В.В., Корольков А.Ю., Морозов В.П.	
Алгоритм применения гибридного гемостаза в лечении хронических дуоденальных язв, осложненных кровотечением	54
Багненко С.Ф., Корольков А.Ю., Танцев А.О.	
Лечение рефрактерных язв прямой кишки аутотрансплантацией стволовых клеток при болезни крона	55
Виниченко А.А., Номоконов Д.Г., Костюков В.В.	
Опыт внедрения пероральной эндоскопической миотомии у пациентов с ахалазией пищевода в ННЦХ имени А.Н.Сызганова	55
Баймаханов Б.Б., Әбдірашев Е.Б., Абдықадыров М.К., Измагамбетова Ш. С., Ужахов А.М., Шокебаев А.А., Орынбасар Н.Т., Абдрахманова А.Б., Бақтай П., Тұрсын А.С.	
Профилактика несостоительности езофагогастрального анастомоза на шейной средостении	56
Алиев М.Я., Тобиас Кек	
Опухолевые стенозы трахеи — радикальное и паллиативное лечение	57
Акопов А.Л.	

III. Актуальные вопросы диагностики и лечения в хирургии

Роль и значение эндомезентеральной лимфатической терапии в профилактике послеоперационного спаечного процесса при абдоминальных операциях	58
Эгамов Ю.С., Дурдиев Х.Б., Дадабоев А.А., Эгамов Б.Ю.	
Сравнительный анализ отдалённых результатов эффективности слив-резекции и мини-гастрошунтирования у пациентов с морбидным ожирением	59
Кожахметов С.К., Хасенов Р.Е., Турсынбаев Н.Н.	
Организация экстренной медицинской помощи больным с сочетанными поражениями грудной клетки и брюшной полости	59
Хаджибаев А.М., Пулатов М.М., Шукуров Б.И.	
Влияние аутологичной тромбоцитарной плазмы на результаты уретероцистоанастомоза при трансплантации почки	60
Смагулов А., Рыспаханов М., Султангереев Е., Куттымуратов Г., Тамадон А., Муссин Н.	
Способ локального внутрилоханочного охлаждения почечного трансплантата во время имплантации	61
Рысмаханов М.С., Жакиев Б.С., Мусин Н.М., Кадыров Ж.Ж.	
Мультидисциплинарный подход при синдроме диабетической стопы	61
Доскалиев Ж.А., Рысбеков М.М., Исматов А.О., Каримов Т.А., Ровгалиев Б.С., Тельманова Ж.Б., Мәдиомар З.С.	
Инновационный подход к лечению синдрома диабетической стопы: применение аллогенной плазмы, обогащенной растворимыми факторами тромбоцитов	62
Оспанова М.Е., Уалиев С.Д., Асабаев А.Ш., Балмұхамедов Н.Т., Турабаева Б.М., Лизе В.А.	
Эффективность хирургического и эндоваскулярного лечения стенозов сонных артерий	63
Шамшиев А.С., Жакубаев М.А., Пазылов С.Б., Маткеримов А.Ж., Демеуов Т.Н., Ханчи М.Х., Садуақас А.Е., Маккабов Р.О., Еркінбаев Н.Н., Қожамқұл Ә.Ж., Омарқызы І., Бозбаев О., Алмат Д.Ж., Аппазов Д.М., Бегім Н.Қ., Орақбай Е.Б., Әділхан Н., Мухамеджанова А.Д., Нагым Қ.М., Ордабек Б.Ғ.	
Эффективность хирургического и эндоваскулярного лечения стенозов сонных артерий	63
Шамшиев А.С., Жакубаев М.А., Пазылов С.Б., Маткеримов А.Ж., Таджибаев Т.К., Демеуов Т.Н., Баубеков А.А., Садуақас А.Е., Маккабов Р.О., Еркінбаев Н.Н., Қожамқұл Ә.Ж., Омарқызы І., Бозбаев О., Алмат Д.Ж., Аппазов Д.М., Бегім Н.Қ., Орақбай Е.Б., Әділхан Н., Мухамеджанова А.Д., Нагым Қ.М., Ордабек Б.Ғ.	
Имплантация транскатетерной системы кардиостимуляции: имеет ли это значение пол?	64
Сарсенбаева А.Б., Баимбетов А.К., Бижанов К.А., Қайратұлы Н., Мусабекова Ж.Ж., Шомансуров Ш.Ш.	
Новое поколение безэлектродного кардиостимулятора и деформация левого предсердия: перспективный предиктор атриовентрикулярной синхронности при безэлектродной кардиостимуляции	65
Сарсенбаева А.Б., Баимбетов А.К., Бижанов К.А., Қайратұлы Н., Шомансуров Ш.Ш., Мусабекова Ж.Ж.	
Clinical and functional results of a patent arterial duct embolization	65
Rakishev B.A., Kudaibergen A.B., Daniyarov N.B., I mammyrzaev U.E.	
Торакоскопической радиочастотной аблацией при нарушениях ритма сердца. результаты хирургического лечения (опыт одного центра)	66
Ракиев Б.А., Кудайберген А.Б., Имаммұрзаев Ү.Е.	
Ранние результаты хирургической коррекции аневризмы восходящей аорты и аортального клапана. реверсионное ремоделирование левых отделов сердца	66
Ракиев Б.А., Тайманова Р.С., Кудайберген А.Б., Енин Е.А.	
Промежуточные результаты реконструктивных операций на митральном клапане	67
Ракиев Б.А., Имаммұрзаев Ү.Е., Кудайберген А.Б., Малчабаева Ж.М., Тайманова Р.С., Данияров Н.Б.	
Мининвазивная хирургическая коррекция дефекта межпредсердной перегородки в условиях искусственного кровообращения (MIC)	67
Ракиев Б.А., Кудайберген А.Б., Данияров Н.Б., Имаммұрзаев Ү.Е., Малчабаева Ж.М., Тайманова Р.С.	

Васкуляризованный малоберцовый аутотрансплантат в лечении дефектов тканей верхней конечности	68
Мурадов М.И.	
Гетеротопическая реплантация пальцев кисти	69
Мурадов М.И.	
Вертикальная резекция хрящей при формировании кончика носа.....	70
Мурадов М.И., Джамалдинов Т.М.	
Genetic predisposition for bacterial infection in cirrhotic patients	70
Kuandykov T., Mutagirov V., Zharasbayev A., Tolegenov B.	
Хирургическое лечение сложных форм врожденных пороков сердца. Наш опыт	71
Квашнин А.В., Ракишев Б.А., Досмаилов Н.С.	
Результаты хирургической коррекции трикуспидального клапана	
у взрослых пациентов с септальными пороками сердца.....	72
Квашнин А.В., Ракишев Б.А., Досмаилов Н.С., Кудайберген А.Б., Малчабаева Ж.М., Имаммурзаев У.Е.	
Результаты катетерного лечения фибрилляции предсердий со сниженной фракцией	
выброса левого желудочка в долгосрочном периоде наблюдения	72
Баимбетов А.К., Бижанов К.А., Охабеков Н.А., Тулебай А.А., Бигельдиев Н.Ж., Хамидулла А.К., Мейрамбай Ж.Ю., Ахметжан И.А.	
Результаты эффективности и безопасности катетерной абляции у детей и взрослых в отдаленном периоде.....	73
Баимбетов А.К., Бижанов К.А., Бигельдиев Н.Ж., Хамидулла Н.А., Охабеков Н.А., Тулебай А.А., Мейрамбай Ж.Ю., Ахметжан И.А.	
Отдаленные результаты криобаллонной абляции у пациентов с персистирующей	
формой фибрилляции предсердий	74
Баимбетов А.К., Бижанов К.А., Бигельдиев Н.Ж., Тулебай А.А., Охабеков Н.А., Хамидулла А.К.	
Влияние метаболического синдрома на развитие желудочковых аритмий	74
Баимбетов А.К., Токтаров М.Ж., Ахметжан И.А., Сейтбек М.К., Кисикова К.Т., Алкенов Н.Е.	
Холтеровское ЭКГ мониторирование в диагностике ишемического болезни сердца	75
Баимбетов А.К., Рысбаев О.Ж., Ахметжан И.А., Сейтбек М.К., Кисикова К.Т.	
Экстракция электродов от имплантируемых сердечных устройств с использованием механических ротаторов	76
Баимбетов А.К., Бигельдиев Н.Ж., Бижанов К.А., Сарсенбаева А.Б., Охабеков Н.А., Хамидулла А.К.	
Полиморфизм гена CYP3A5 на клиренс таクロимуса у пациентов после трансплантации почки	76
Аубакирова А.Т., Ргебаев Б.Г., Ахметов Д., Садуакас Н.Т., Мададов И.К.	
Диагностическая значимость соотношения общего белка в крови и моче у пациентов хирургического профиля	77
Аубакирова А.Т., Яценко С.В., Ибраева Н.К., Абдраимова А.А., Абдилова Г.Б.	
Соотношение альбумина и креатинина в моче как потенциальный прогностический маркер в хирургии	78
Аубакирова А.Т., Ибраева Н.К., Яценко С.В., Абдилова Г.Б., Осикбаева С.О., Суранчиев А.Ж., Бекмуратов А.Я.	
Recurrent renal cell carcinoma of solitary kidney: renal sparing surgery	78
Madadov I.K., Belgibaev E.B., Nabiev E.S., Rgebayev B.G., Saduakas N.T.	
Impact of CYP3A5 gene polymorphism on tacrolimus pharmacokinetics in kidney transplant patients	
in Kazakh population	79
Madadov I.K.	
Лапароскопический мануально-ассистированный забор донорской почки. преимущества и недостатки	80
Сәдуақас Н.Т.	
Surgical treatment of visceral and renal abdominal artery aneurysms of various etiology	80
Khanchi M., Zhakubayev M.A., Matkerimova A.Zh., Demeuov T.N., Pazilov S.B., Khanchi M.M., Yerkinbayev N.N., Saduakas A.E., Makkamov R.O.	

Surgical treatment of multifocal atherosclerotic vascular lesions in combination with renovascular hypertension	81
Khanchi M., Zhakubayev M.A., Matkerimov A.Zh., Demeuov T.N., Pazilov S.B., Khanchi M.M., Shamshiyev A.S., Yerkinbayev N.N., Saduakas A.E., Makkamov R.O.	
Surgical treatment of arterial aneurysms of the lower limbs	81
Khanchi M., Zhakubayev M.A., Matkerimov A.Zh., Demeuov T.N., Pazilov S.B., Khanchi M.M., Shamshiyev A.S., Yerkinbayev N.N., Saduakas A.E., Makkamov R.O.	
Surgical treatment of aneurysms of the aortic arch branches and upper extremity arteries.....	82
Khanchi M., Zhakubayev M.A., Matkerimov A.Zh., Demeuov T.N., Pazilov S.B., Khanchi M.M., Yerkinbayev N.N., Saduakas A.E., Makkamov R.O.	
Evaluation of endovascular surgical treatment of renovascular hypertension in combination with lesions of other arterial beds.....	83
Khanchi M., Zhakubayev M.A., Abilkhanov Y.Y., Kim D., Matkerimov A.Zh., Demeuov T.N., Pazilov S.B., Khanchi M.M., Shamshiyev A.S., Yerkinbayev N.N., Saduakas A.E., Makkamov R.O.	
Рецидивы фибрилляции предсердий и роль холтеровского мониторирования в постаблационном периоде	83
Бижанов К.А., Баимбетов А.К., Сарсенбаева А.Б., Рысбаев У.Ж., Тулебай А.А., Мейрамбай Ж.Ю., Элкенов Н.Е.	
Оценка вариабельности сердечного ритма у пациентов с персистирующей формой фибрилляции предсердий на фоне приема антиаритмических препаратов	84
Бижанов К.А., Баимбетов А.К., Сарсенбаева А.Б., Рысбаев У.Ж., Бигельдиев Н.Ж., Тулебай А.А., Охабеков Н.А., Элкенов Н.Е.	
Ларингеальная маска как альтернатива эндотрахеальной интубации у детей.....	84
Куандыков Т.К., Мутагиров В.В., Жарасбаев А.М., Жумабекова М.А., Кудайбергенова А.Н.	
КТ-перфузия печени как инструмент дифференциации фиброза в исходе аутоиммунного гепатита	85
Байгусова Д., Батталова Г., Мухамеджанова А., Қалшабай Е., Ахметов Е., Кабиденов А.	
Automatic CT-volumetry in the preoperative assessment of graft volume before living donor liver transplantation	86
Baigussova D., Kalshabay Ye., Battalova G., Mukhamejanova A., Kabidenov A., Sadykova A., Akhmetov Y.	
Клинический случай лапароскопической нефрэктомии поликистозно-изменённых почек у реципиента в отдалённом послеоперационном периоде	86
Кузьмин Д.О., Федотова Д.Д., Кутенков А.А., Логинов И.В., Фитро Д.В., Дайнеко В.С., Анаьев А.Н., Мануковский В.А., Багненко С.Ф.	
Катетеризация хвостовой вены у крыс для внутривенного обезболивания при экспериментах на животных моделях	87
Исмаилов С.И., Ахмедов А.Р., Абдугафуров З.У.	
Лапароскопическая мануально-ассистированная донорская нефрэктомия в РСНПМЦ хирургии	87
имени академика В.Вахицова	
Исмаилов С.И., Ахмедов А.Р., Абдугафуров З.У.	
Эфферентная терапия в ранней фазе тяжелого острого панкреатита.....	88
Исмаилов Е.Л., Рамазанов М.Е., Еспенбетов Е.Б.	
Тәжірибелік жануардағы бүйрек аутотрансплантациясы кезіндегі трансплантация локусын салыстыру	
[тәжірибелік жағдайдағы бақылау]	89
Жарылқасынов А.Ж., Кадыров Ж.Ж., Темирова Г.К., Өтесін М.А., Мусин Н.М., Рысмаханов М.С.	
Маммарокоронарлық және бұғанаасты-коронарлық шунттардауда тамыр трансплантатының түрінің шунттардың тұрақтылығына және регенерациясына әсері: қояндардағы эксперименттік зерттеу	
[тәжірибелік жағдайдағы бақылау]	89
Жарылқасынов А.Ж., Темирова Г.К., Тогызбаев А.Р., Бақыткерей А.Е., Гарифоллин А.Р., Кадыров Ж.Ж., Рахманов С.Б., Балмагамбетова А.Д., Қомекбай Ж.Е.	
Сравнительная оценка результатов бариатрических вмешательств в лечении больных с морбидным ожирением	90
Дильдабеков Ж.Б., Оспанов О.Б., Абдурахманов Б.А., Мауленов Н.Б., Нурашев А.Т., Султанов А.У.	

Оценка ответа на комбинированную неоадъювантную терапию у пациентов с раком прямой кишки с помощью мрт высокого разрешения	91
Джакипов М.А., Ахметов Е.А., Ахметбаева А.К.	
Использование артериальных аллографтов в формировании сосудистого доступа для гемодиализа	91
Федотова Д.Д., Кузьмин Д.О., Кутенков А.А., Логинов И.В., Фитро Д.В., Ананьев А.Н., Мануковский В.А., Багненко С.Ф.	
Применение PRP-терапии в комплексном лечении огнестрельных РАН: клинические результаты и перспективы стандартизации	92
Помелова А.А., Куликов Д.В.	
Десятилетний опыт мультидисциплинарного подхода в бariatрической хирургии в федеральном центре.....	93
Василевский Д.И., Баландов С.Г., Анисимова К.А., Хамид З.М., Берулава Е.Т., Куликов А.С., Волкова А.Р., Лискер А.В., Семикова Г.В., Зинченко А.В., Храпов К.А., Хряпа А.А., Блинов Е.В., Четверкина Е.Д.	
Инновации в трансплантологии: лапароскопическая донорская нефрэктомия в РСНПМЦ хирургии имени академика В.Вахидова	94
Бахритдинов Ф.Ш., Ахмедов А.Р., Уринов Ж.Б.	
Лапароскопическая мануально-ассистированная санирующая билатеральная нефрэктомия. Наш опыт	94
Баймаханов Б.Б., Мададов И.К., Ргебаев Б.Г., Сәдуақас Н.Т.	
Морфологические методы выявления цитомегаловируса и полиомавируса у реципиентов почки с дисфункцией трансплантата.....	95
Баймаханов Б.Б., Енин Е.А., Мададов И.К., Дабылтаева К.С., Белгибаев Е.Б., Набиев Е.С., Ргебаев Б.Г., Сәдуақас Н.Т., Болысбаева Ф.П.	
Особенности иммунологического статуса у пациентов при трансплантации почки	96
Баймаханов Б.Б., Енин Е.А., Мададов И.К., Дабылтаева К.С., Белгибаев Е.Б., Набиев Е.С., Ргебаев Б.Г., Сәдуақас Н.Т., Болысбаева Ф.П.	
Benign and malignant neoplasms of the kidney	96
Baimakhanov B.B., Madadov I.K., Belgibaev E.B., Dabyltaeva K.S., Nabiev E.S., Saduakas N.T.	
Influence of warm and cold ischemic time on the outcome of transplantation	97
Baimakhanov B.B., Madadov I.K., Belgibaev E.B., Dabyltaeva K.S., Nabiev E.S., Saduakas N.T., Rgebayev B.G.	
Безопасность и интраоперационные результаты с множественными артериями после лапароскопической мануально-ассистированной нефрэктомии у живых доноров почек	98
Ахмедов А.Р.	
Алгоритм диагностики и лечебная тактика при остром аппендиците у беременных и рожениц	98
Багненко С.Ф., Королькова А.Ю., Беженарь В.Ф., Попов Д.Н., Логвин Л.А., Паскошева Д.Д.	
Особенности маршрутизации и лечебно-диагностических алгоритмов при острой хирургической патологии у беременных и рожениц	99
Багненко С.Ф., Королькова А.Ю., Беженарь В.Ф., Попов Д.Н., Логвин Л.А., Паскошева Д.Д.	

I. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ХИРУРГИИ И ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПЕЧЕНИ

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПАНКРЕАТОГАСТРАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА ПРИ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

Алиев М.Я.¹, Тобиас К.²

¹Азербайджанский Медицинский университет,
г.Баку, Азербайджан

²Университет Шлезвиг-Холштейн, г.Любек, Германия

Введение. В современной медицине, несмотря на бурное развитие науки, практики и медицинского оборудования остаются нерешенные проблемы при выполнении панкреатодуоденальной резекции (ПДР). Особенно актуальны вопросы при выполнении анастомоза между культьей поджелудочной железы с пищеварительным трактом. На сегодняшний день существует 2 варианта этого анастомоза: панкреатоюнальный и панкреатогастральный.

Цель исследования. Изучение эффективности панкреатогастрального анастомоза по сравнению с панкреатоюноанастомозом.

Материалы и методы исследования. Начиная с 2018-го, по 2024-го годы нами было произведено 26 ПДР. Показаниями к выполнению этой операции послужили следующие патологии: рак головки поджелудочной железы (16 больных), рак большого дуоденального соска (6 больных), рак холедоха (4 больных). У 16 больных при операции ПДР был выполнен панкреатогастроанастомоз, а у 10 панкреатоюноанастомоз. Все анастомозы были наложены инвагинационным путем. При этом по возможности старались сохранить пилорический отдел желудка. Гепатикоюноанастомоз накладывали непрерывным нерассасывающим швом «пролен – 0\4». Остальные анастомозы накладывали рассасывающими швами «викрил – 0\3».

Результаты исследования. У больных с панкреатоюноанастомозом несостоительность наблюдалась у трех больных, один из которых умер на 15-й день после операции от перитонита. А у остальных 2-х больных после консервативного лечения нам удалось ликвидировать осложнения несостоительности панкреатоюнального анастомоза. У больных с панкреатогастроанастомозом никаких осложнений не наблюдалось. У этой группы больных койко-дней и реабилитационный период был коротким. Качество жизни после операции у больных панкреатогастральным анастомозом было лучше и

продолжительность жизни по сравнению у больных с панкреатоюнальным анастомозом было на 20-25% длиннее.

Заключение. При ПДР наложение панкреатогастрального анастомоза имеет ряд преимуществ по сравнению с панкреатоюноанастомозом. Эти преимущества проявляют себя следующим образом: не отмечается несостоительность анастомоза, уменьшается койко-дней и период реабилитации, увеличивается продолжительность жизни.

ОСОБЕННОСТИ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПОСЛЕ ПАЛЛИАТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ

Алиев М.Я.¹, Тобиас К.²

¹Азербайджанский Медицинский университет,
г.Баку, Азербайджан

²Университет Шлезвиг-Холштейн, г.Любек, Германия

При опухолях панкреатодуоденальной зоны некоторые пациенты подвергаются паллиативной операции со стороны непрофессиональных хирургов. Во время этих операций хирурги не удаляя опухоль, накладывают разные паллиативные обходные анастомозы.

Цель исследования. Разрабатывать варианты панкреатодуоденальной резекции у больных с опухолями панкреатодуоденальной зоны ранее перенесенных паллиативные операции.

Материалы и методы. В период 2018-2024 гг к нам обратились 20 пациентов палиативно оперированных по поводу опухолей панкреатикодигестивной зоны. Ретроспективные и повторные обследования выявили, что только у 6-и из 20-ти пациентов на радикальные операции были противопоказания, а у остальных можно было выполнить панкреатодуоденальную резекцию (ПДР) с удалением опухоли. Противопоказанием к ПДР были прорастание к соседним крупным сосудом и множественные метастазы. Причинами выполнения паллиативной операции при показание ПДР были непрофессионализм врачебной бригады и некомпетентная организация органов здравоохранения.

Результаты. Пациенты нуждающихся к ПДР через 2-6 месяцев после выполнения паллиативной операции обратились университетскую клинику. Повторное обследование этих 14 больных выяви-

ло, что из них только у 11-и пациентов можно выполнить радикальную операцию. А у остальных 3 пациентов за этот срок опухоль увеличиваясь в размере прорастал в окружающие сосуды (или органы) и стал иноперабельным. У этих 11 больных были выполнены следующие паллиативные операции: choledo-eyunoanastomosis – у 2-х больных; choledoduodenal anastomosis – у 1-го; стентирование холедоха через Фатеров сосочек – у 3-х больных; gastroenteroanastomosis - у 3-х больных; - gastroentero+гепатико-еюноанастомоз – у 2-х больных. У этих больных после повторного обследования и предоперационной подготовки было выполнено операция – ПДР. У 2-х больных с холедохоеюноанастомозом при выполнении ПДР дополнительно был выполнен гастропанкреатико- и дуоденоеюноанастомоз (мы обычно оставляем пилорический отдел желудка и начальный отдел двенадцатиперстной кишки. У больных с холедоходуоденоанастомозом во время ПДР этот анастомоз ликвидируется и выполняются гепатико-еюно-, гастро-еюно-, гастропанкреатикоанастомоз. При этой операции двенадцатиперстная кишка и пилорус полностью удаляются, исходя из того, что стенка этого отдела бывает воспалена из-за близости холедоходуоденоанастомоза. У больных со наличием стента в холедохе тоже выполнена аналогичная операция. У 3-х больных с гастро-еюноанастомозом операция ПДР выполнена с сохранением этого анастомоза. Дополнительно накладывали гепатико-еюно- и панкреатико-еюноанастомоз. Причина отказа от панкреатикогастроанастомоза явилась наличие спаечного процесса вокруг желудка. У 2-х больных с гастро-еюно- гепатико-еюноанастомозом при ПДР дополнительно накладывали панкреатико-еюноанастомоз. В наших наблюдениях послеоперационная смертность и сахарный диабет после ПДР не наблюдалась. Среди послеоперационных осложнений у трех больных отмечалось нагноение послеоперационной раны, у одного острая почечная недостаточность и у двух вентральная грыжа живота.

Заключение. При опухолях панкреатикодуоденальной зоны у больных перенесенных паллиативные операции во время повторного радикального операционного вмешательства (ПДР) оставления предыдущих анастомозов дает хорошие результаты. При этом можно укоротить время операции, улучшить качество оперативного вмешательства.

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИРОСТА ОБЪЕМА ТРАНСПЛАНТАТА КАК МАРКЕРА РЕПЕРФУЗИОННЫХ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПОСЛЕ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

**Бабаджанов А.Х., Махмудов У.М., Тургунбоев Э.К.,
Султанов С.А., Маткаримов Ш.У., Иброхимов С.С.,
Шарифжонов С.М., Султонова Р.Д.**

Национальный медицинский центр, Ташкент,
Республика Узбекистан

Цель работы: оценка прироста объема трансплантата в ранние сроки после родственной трансплантации правой доли печени как возможного маркера реперфузионных и гемодинамических изменений.

Материалы и методы. В исследование включено 46 пациентов, перенесших родственную трансплантацию правой доли печени. Средний возраст составил $41,2 \pm 9,2$ лет, из них 25 мужчин и 21 женщина. Объем правой доли печени у донора оценивали с помощью мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) до операции. Масса гraftа фиксировалась интраоперационно после этапа подготовки (back-table). Объем трансплантированной печени у реципиентов определяли по данным контрольной МСКТ на 5-6 сутки после операции. Масса тела реципиентов использовалась для расчета индексов GV/BW (г/кг) и GRWR (%), отражающих соотношение массы или объема трансплантата к массе тела пациента.

Результаты. Средний объем правой доли печени у доноров по данным МСКТ составил 805 ± 159 мл, в то время как интраоперационная масса гraftа в среднем составляла 667 ± 128 г. Это расхождение объясняется физиологическими потерями крови и тканей, а также различием в плотности. Средний объем правой доли печени у реципиентов на 5-6 сутки после трансплантации составил 1180 ± 226 мл, что превышает как расчетный объем донора, так и массу гraftа. В относительном выражении прирост объема трансплантата составил $78,3 \pm 29,5\%$. При этом у 9 (19,6%) пациентов прирост составил до 20%, у 14 (30,4%) - от 21% до 40%, у 10 (21,7%) - от 41% до 60%, у 7 (15,2%) - от 61% до 80% и у 6 (13,0%) - более 80%. Средний индекс GV/BW составил $10,66 \pm 2,52$ г/кг, что превышает нижний критический порог 7 г/кг, минимально необходимый для предупреждения синдрома малого трансплантата. Однако даже при высоких значениях GV/BW в ряде случаев наблюдалось значительное увеличение объема трансплантата, что может указывать на гиперперфузию или венозную конгестию, особенно при наличии технических или анатомических ограничений венозного оттока (отсутствие дренирования задних вен, перегибы в зоне анастомоза и др.).

Заключение. Прирост объема трансплантата в первые сутки после родственной трансплантации печени является информативным показателем ранних реперфузионных и гемодинамических изменений. Умеренное увеличение (до 40%) отра-

жает физиологическую адаптацию трансплантата, тогда как прирост выше 60%, особенно более 80%, должен рассматриваться как потенциальный маркер гиперперфузии, реперфузионного отека или нарушений венозного оттока. Полученные данные подчеркивают важность комплексной оценки не только массы и объема трансплантата, но и его динамического изменения после трансплантации с учетом клинического контекста и индивидуальных особенностей венозного дренажа.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАДИКАЛЬНЫХ И ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ

Бабаджанов А.Х., Махмудов У.М., Иброхимов С.С.

Национальный медицинский центр, Ташкент,
Узбекистан

Целью исследования явилось сравнение частоты послеоперационных осложнений и показателей восстановительного периода у пациентов с эхинококкозом печени в зависимости от характера выполненного хирургического вмешательства - резекционного или органосохраняющего.

Материалы и методы. В исследование включено 295 пациентов с эхинококкозом печени, распределенных на три группы. Основная группа (n=47) включала пациентов, которым была выполнена резекция печени или тотальная цистэктомия. Группа 1 (n=181) состояла из пациентов, перенесших органосохраняющие операции в лечебных учреждениях различного уровня. Группа 2 (n=67) также включала пациентов после органосохраняющих вмешательств, однако их анатомические и клинические характеристики соответствовали критериям для выполнения резекционных вмешательств. Возрастной состав групп был сопоставим: средний возраст составлял 38,7±12,6 лет в основной группе, 37,7±13,1 лет - в группе 1, и 39,2±14,5 лет - в группе 2. Мужчины преобладали во всех группах (от 52,5% до 56,7%). Оценивались частота и структура послеоперационных осложнений, их тяжесть по Clavien-Dindo, длительность дренирования и продолжительность госпитализации.

Результаты. Общая частота послеоперационных осложнений составила 27,7% в основной группе, 30,9% в группе 1 и 52,2% в группе 2. Однако, в целом доля значимых послеоперационных осложнений была относительно невысокой. Осложнения III степени по классификации Clavien-Dindo, требующие инвазивного вмешательства, зафиксированы в 1 случае (2,1%) в основной группе, у 7 пациентов (3,9%) в группе 1 и у 5 пациентов (7,5%) в группе 2. В свою очередь, в основной группе ос-

ложнения I-II степени наблюдались у 25,5% пациентов. В группе 1 эти осложнения зафиксированы у 27,1% пациентов, а в группе 2 - 44,8%. При этом, статистически значимые различия по структуре осложнений были выявлены между основной группой и группой 2 ($\chi^2=7,153$; $p=0,028$), тогда как между основной группой и группой 1 - отсутствовали ($\chi^2=0,412$; $p=0,8136$). Аналогично, анализ осложнений в целом показал достоверное превышение их частоты в группе 2 (52,2%) по сравнению с основной группой (27,7%) ($\chi^2=6,846$; $p=0,0089$), разницы по отношению к группе 1 не выявлено (30,9%). Средняя длительность дренирования брюшной полости в основной группе составила 2,8±1,9 суток, а госпитализация в послеоперационном периоде - 7,5±1,8 суток. В группе 1 дренирование (остаточной полости или брюшной полости) по первому дренажу составило 5,5±4,1 суток, по второму - 11,6±8,1 суток, госпитализация - 7,2±2,8 суток. В группе 2 эти показатели были выше: 7,7±6,4 и 16,4±11,6 суток по дренажам соответственно, и 8,9±3,8 суток - длительность послеоперационной госпитализации. Это указывает на более затяжной восстановительный период у пациентов, не получивших радикального хирургического лечения при наличии показаний.

Заключение. Полученные результаты демонстрируют, что выполнение резекционных вмешательств или тотальной цистэктомии при анатомически и клинически подходящих формах эхинококкоза печени способствует снижению частоты тяжелых послеоперационных осложнений и сокращению сроков дренирования и госпитализации. Напротив, применение органосохраняющей тактики у таких пациентов связано с повышением риска осложненного течения послеоперационного периода. Эти данные подтверждают клиническую обоснованность активного использования радикальных методов хирургического лечения при соответствующих показаниях.

ОСТРЫЙ БИЛИАРНЫЙ ПАНКРЕАТИК ТЯЖЁЛОЙ СТЕПЕНИ: ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ АЛГОРИТМОВ, ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Багненко С.Ф., Корольков А.Ю., Попов Д.Н.,
Смирнов А.А., Саадулаева М.М., Никитина Т.О.,
Ахмедов А.Н.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П.

Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, Санкт-Петербург

«Золотым стандартом» лечения острого билиарного панкреатита (ОБП), вне зависимости от тяжести его течения является выполнение эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ). При этом, в случаях тяжелого течения ОБП остается дискутабельным вопрос о необходимости стентирования холедоха и главного панкреатического протока (ГПП) с целью профилактики рецидива билиарных событий (механическая желтуха, острый холецистит) и прогрессирования течения панкреонекроза.

Цель работы: улучшить результаты лечения у пациентов с острым билиарным панкреатитом тяжелой степени.

Материалы и методы. За период с 2018 по 2024 в НИИ хирургии и неотложной медицины ПСПБГМУ им. акад. И.П. Павлова было пролечено 51 пациент с острым билиарным панкреатитом тяжелой степени. Средний возраст больных составил $54,7 \pm 12,1$. Мужчин было 70,5 %, женщин – 29,5 %. Всем пациентам было выполнено оперативное лечение в объеме ЭПСТ с литоэкстракцией, при этом у 24 (47,1%) было выполнено стентирование холедоха и ГПП, а у 27 (52,9%) стентирование не выполнялось. Соответственно вышеуказанному критерию пациенты были разделены на две группы. В данных группах было произведено сравнение таких показателей как: частота рецидива билиарных событий, частота интра- и послеоперационных осложнений, длительность операции, койко-день, динамика показателей маркеров воспалительной реакции и органной дисфункции, динамика течения распространенности парапанкреатита, частота развития гнойно-некротических осложнений, летальность.

Результаты. При оценке рецидивов билиарных событий у пациентов, которым не выполнялось стентирование холедоха и ГПП (группа II) было отмечено, что у 5 больных (18,5%) имел место рецидив ОБП, у 3 (11,1%) развился холангит, а у 9 (33,3%) острый калькулозный холецистит, и, таким образом, общая частота рецидивов билиарных событий в группе II составила 62,9 %. При дальнейшем анализе показателей в группе I, в которой выполнялось стентирование холедоха и ГПП, отмечалась меньшая частота рецидивов билиарных событий (8,3% против 62,9%, $p < 0,02$), а также меньшее время длительности оперативного вмешательства (85,0±10,0 против 44,0±7,5, $p < 0,01$) и меньший суммарный койко-день (14,5±1,1 против 28,0±10,5, $p < 0,04$). Помимо этого, в случаях, когда было выполнено стентирование ГПП (группа I) отмечалась более интенсивная динамика снижения показателей ССВР и органной дисфункции. Также, на основании данных компьютерной томографии

брюшной полости в динамике к 7 суткам отмечалось меньшее прогрессирование распространенности парапанкреатита в группе I. При анализе зависимости динамики течения панкреатита и парапанкреатита от сроков выполненного стентирования выявлено, что у пациентов, стентированных более чем через 48 часов ($n=7$; 29,1%) от момента начала заболевания отмечалось: у 85,7 % (6) из них СПОН сохранялась более 48 часов; у 71,4 % (5) отмечено прогрессирование распространенности парапанкреатита; у 57,1 % (4) развились гнойно-некротические осложнения, которые потребовали оперативных вмешательств.

Заключение. У пациентов с тяжелым острым билиарным панкреатитом выполнение ЭПСТ со стентированием главного панкреатического и общего желчного протоков способствует предотвращению развития осложнений, связанных с желчекаменной болезнью. При стентировании ГПП также отмечается более быстрое регрессирование воспалительной реакции и органной дисфункции. В большинстве случаев отсутствовало прогрессирование распространенности парапанкреатита, что ассоциируется с меньшей длительностью койко-дня и частотой развития гнойно-некротических осложнений.

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ И ЕЁ ОСЛОЖНЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ И РОЖЕНИЦ

Багненко С.Ф., Корольков А.Ю., Беженарь В.Ф.,
Попов Д.Н., Смирнов А.А., Саадулаева М.М.,
Паскошева Д.Д., Ахмедов А.Н.

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет имени академика И.П.
Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, Санкт-Петербург

Цель работы: разработать лечебно-диагностический алгоритм и оценить эффективность гибридных хирургических вмешательств у беременных и рожениц с осложненным течением ЖКБ.

Материалы и методы. За период с 2019 по 2024 годы в ПСПБГМУ им. акад. И.П. Павлова в экстренном порядке были госпитализированы 362 беременные с симптомным течением ЖКБ. После осмотра акушера-гинеколога, выполнения КТГ и исключения патологии течения беременности, в условиях стационарного отделения скорой медицинской помощи (СтОМП) выполнялись лабораторные и инструментальные исследования в объ-

ёме: клинический, биохимический анализ крови, УЗИ органов брюшной полости. При подозрении на холедохолитиаз выполнялось МРХПГ. При его сомнительных результатах, особенно при невозможности исключить наличие мелких конкрементов в зоне БДС, выполнялась ЭндоУЗИ.

Результаты. Диагноз «механическая желтуха» был установлен у 17 (4,7%) пациенток, «холангит» – у 9 (2,4%), «острый билиарный панкреатит» – у 9 (2,4%), «острый холецистит» – у 62 (17,1%), у 265 (73,2%) пациенток печеночная колика была купирована и данных за холедохолитиаз получено не было. Беременные с купированной печеночной коликой оценивались по разработанной в ПСПБГМУ шкале с градацией риска развития осложненного течения ЖКБ на низкий, средний и высокий. Пациентки с низким риском (n=45; 16,9%) выписывались на амбулаторное лечение с рекомендацией выполнить ЛХЭ после родоразрешения. Пациентки со средним риском (n=188; 71,0%) заносились в «чек-лист» и наблюдались нами амбулаторно во время всей беременности. При возникновении повторного приступа печеночной колики они госпитализировались для выполнения холецистэктомии. Пациентки с высоким риском развития осложнений (n=32; 12,1%) госпитализировались на хирургическое отделение, где им в плановом порядке выполнялась холецистэктомия. Выбор доступа (открытый или лапароскопический) определялся особенностями конституции больной, размерами плода и высотой стояния дна матки. Так, в плановом порядке было выполнено 25 ЛХЭ и 7 открытых холецистэктомии. Пациенткам, которым в результате обследования был установлен диагноз «Острый холецистит» и исключен холедохолитиаз, было выполнено 48 ЛХЭ и 14 открытых вмешательств. Пациенткам с доказанным холедохолитиазом, осложненным механической желтухой, острым холангитом или острым билиарным панкреатитом выполнялись одномоментные гибридные оперативные вмешательства (n=25): 6 (24,0%) – одномоментное ЛХЭ+ЭПСТ по методике «pre-cut», у 8 (32,0%) – ЛХЭ+ЭПСТ по методике «Рандеву» и у 3 (12,0%) беременных на поздних сроках – открытая холецистэктомия и ЭПСТ. При этом все эндоскопические вмешательства выполнялись без использования ЭОП, для исключения влияния рентгеновского излучения на плод. 4 пациенткам со сроком гестации более 38 недель первым этапом было выполнено родоразрешение, а вторым одномоментная ЛХЭ+ЭПСТ. В раннем послеоперационном периоде пациентки наблюдались на хирургическом отделении, а затем переводились в клинику акушерства. Из послеоперационных осложнений отмечался лишь постманипуляционный панкреатит у 2 больных (8%), который был пролечен консервативно. Также следует отметить, что при анализе

отдаленных результатов и наблюдении за оперированными женщинами у кого не было отмечено патологии течения беременности, а все новорожденные были оценены на 8/9 баллов по Апгар.

Заключение. При подозрении на холедохолитиаз у беременных необходимо выполнять МРХПГ и ЭндоУЗИ. У беременных с симптомным течением ЖКБ необходимо оценивать риск развития осложнений. Гибридные хирургические вмешательства являются безопасной и эффективной методикой лечения при осложненном течении ЖКБ у беременных и рожениц.

МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТРИКТУР ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

**Баймаханов Б.Б.¹, Досханов М.О.¹, Каниев Ш.А.¹,
Хаджиева А.А.^{1,2}**

¹Национальный научный центр хирургии
им. А.Н. Сызганова; Алматы, Казахстан

²Казахский национальный медицинский университет
им. С.Д.Асфендиярова; Алматы, Казахстан

Повреждение желчных протоков – потенциально жизнеугрожающее состояние, характеризующееся высокой заболеваемостью и смертностью. Оно возникает в результате ошибочных действий во время хирургического вмешательства, таких как неправильная идентификация протоков, некорректное клипирование или термическое повреждение.

Цель исследования. Сравнить и изучить эффективность различных методов лечения у пациентов с повреждениями желчных протоков после холецистэктомии.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения пациентов в условиях отделения гепатопанкреатобилиарной хирургии и трансплантации печени АО «ННЦХ имени А.Н. Сызганова» в период с 2017 по 2025 гг. с повреждениями желчных протоков. В зависимости от метода оперативного лечения, пациенты (n=100) были разделены на 3 группы. Первую группу составили пациенты, которым выполнен лапароскопический гепатикоюностомоз (n=26), вторую группу составили пациенты, перенесшие традиционное открытное наложение гепатикоюностомоза (n=57), в третью группу включены пациенты, которым применялась эндоскопическая коррекция (n=17) рубцовых структур. Все пациенты ранее перенесли лапароскопическую или открытую холецистэктомию в сторонних медицинских учреждениях и были направлены в наш центр с повреждением желчных протоков.

Результаты. В первой группе средний возраст

составил $51,7 \pm 15,3$ лет (20-70). Во второй группе средний возраст составил $45,6 \pm 10,5$ лет (26-67), в третьей группе $59,2 \pm 13,4$ лет (34-77). В общем количестве на долю мужчин у пациентов приходился 3 (11,5%), 14 (24,5%) и 6 (33,3%) пациентов соответственно первой, второй и третьей группе. В первой группе пациентов наружный желчный свищ был в 10 (38,4%) случаях. Во второй группе пациентов наружный желчный свищ был в 41 (71,9%) случаях. В третьей группе в 4 (23,5%) случаях. В послеоперационном периоде в первой группе после ЛС ГЕА в 1 (3,8%) случае наблюдалось осложнение. Во второй группе в 15 (26,3%) случаях в послеоперационном периоде наблюдались осложнения. В третьей группе в 2 (11,7%) случаях в послеоперационном периоде наблюдались осложнения. Количество послеоперационных койко-дней в первой группе в среднем составило $6,7 \pm 1,7$ дня (3-10), во второй группе в среднем составило $11,1 \pm 4,49$ дней (6-31), в третьей группе $6,1 \pm 4,5$ дня (4-20). Отмечены статистически значимые различия в наличии наружного желчного свища, размерах диаметра анастомоза, в длительности операции, послеоперационных осложнений, послеоперационного периода. Интраоперационных осложнений в трех группах не наблюдалось

Заключение. Таким образом, при повреждениях желчных протоков по Страсбергу типов E1-E2 лапароскопический гепатикоюностомоз является безопасным, малотравматичным и эффективным методом, сопоставимым по результатам с открытым вмешательством, но с преимуществами в виде меньшей инвазии и более быстрой реабилитации. Эндоскопическая коррекция, в свою очередь, может рассматриваться как оптимальный вариант лечения у пациентов с ограниченными рубцовыми структурами.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МОДИФИЦИРОВАННОЙ БОЛЬШОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ (БПВ) ДЛЯ РЕКОНСТРУКЦИИ ПЕЧЕНОЧНЫХ ВЕН СЕГМЕНТОВ 5 И 8 ТРАНСПЛАНТАТА

Оспан Ж.^{1,2}, Досханов М.¹, Баймаханов Б.¹,
Каниев Ш.¹, Тилеуов С.¹, Нагасбеков М.^{1,2},
Мукажанов Д.¹, Суйеркулов М.¹, Мархабеков Д.¹,
Турсынбай М.¹, Хаджиева А.^{1,2}.

¹Национальный научный центр хирургии
им. Сызганова, г. Алматы.

²НАО «Казахский национальный медицинский
университет имени С. Д. Асфендиярова»,
г. Алматы, Казахстан

Реконструкция печеночных вен является наи-

более сложным этапом трансплантации печени от живого донора (ТПЖД). Нарушение венозного оттока от трансплантата является одной из основных причин печеночной недостаточности в послеоперационном периоде. При трансплантации правой доли печени важно рассмотреть возможность реконструкции существенно больших вен сегментов 5 и 8 (более 5 мм в диаметре), чтобы избежать застоя в переднем секторе трансплантата.

Цель исследования - оценить результаты комплексной реконструкции печеночных вен при трансплантации правой доли печени в нашей клинике.

Методы. С декабря 2011 года по июнь 2025 года в Национальном научном центре хирургии имени А.Н. Сызганова было проведено 328 трансплантации печени (ТП) у взрослых и детей. ТПЖД была выполнена 299 (91,2%) пациентам, включая ТП детям 51 (15,5%) и ТП от посмертного донора в 29 (8,8%) случаях. Были использованы следующие типы трансплантатов: правая доля – 225 (68,6%), левая доля – 31 (9,5%), задний латеральный сектор – 1 (0,3%), двойной трансплантат – 1 (0,3%), левый латеральный сектор – 41 (12,5), целая печень – 29 (8,8%). Реконструкция печеночных вен 5 и 8 сегмента при трансплантации правой доли печени была выполнена в 105 (32%) случаях. Из них реконструкция печеночных вен 5 и 8 сегмента печени с использованием воротной вены реципиента в 76 (72,3%) случаях, сосудистым протезом в 11 (10,5%) случаях, с модифицированной большой подкожной веной в 13 (12,4%) случаях и сосудами посмертного донора в 5 (4,8%) случаях. Для оценки функционирования реконструированных вен пациентам проводилась контрольная КТ через – 7 дней, 14 дней, 1 месяц, 3 месяца.

Результаты. Проходимость neo-MHV с использованием воротной вены реципиента на 1 неделе составила 90%, на 2 неделе – 86,7%. В группе с реконструкцией с использованием сосудистого протеза проходимость на 1 неделе составила 81,9%, на 2 неделе – 72,8%. В группе с реконструкцией с использованием модифицированной БПВ проходимость на 1 неделе составила 100%, на 2 неделе – 90%. В группе с реконструкцией с использованием сосудами посмертного донора проходимость на 1 неделе составила 80%, на 2 неделе – 80%. У пациентов, которым была выполнена реконструкция печеночных вен 5 и 8 сегментов печени, осложнений со стороны печеночных вен не было.

Заключение. Реконструкция печеночных вен 5 и 8 сегмента печени с использованием модифицированной большой подкожной вены дают хорошие результаты, а также уменьшают время тепловой и холодовой ишемии и агепатического периода, что в последующем положительно сказывается на реабилитацию в послеоперационном периоде.

МОДУЛЯЦИЯ ПРИТОКА ГРАФТА ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ ОТ ЖИВОГО ДОНОРА

Турсынбай М., Баймаханов Б.Б., Досханов М.О.,
Каниев Ш.А., Ибекенов О.Т., Тилеуов С.,
Оспан Ж., Хаджиева А., Нагасбеков М.,
Мукажанов Д., Суйеркулов М.,
Башатова Ф., Мархабеков Д.
АО «Национальный научный центр хирургии
им. А.Н. Сызганова», г. Алматы, Казахстан

Трансплантация печени от живого донора (LDLT) является одним из основных ресурсов для решения проблемы растущего дисбаланса между потребностью в трансплантации печени и доступностью органов от умерших доноров. Более того, во многих странах Ближнего Востока и Азии доступ к трансплантации печени от умерших доноров ограничен из-за культурных и религиозных факторов, что фактически делает LDLT единственным реалистичным вариантом для людей с терминальной стадией заболевания печени. Синдром малого гraftа (SFSS) является общепризнанным осложнением после трансплантации печени (LT), при этом до 20% развиваются после трансплантации печени от живого донора (LDLT). Модуляция давления в воротной вене для поддержания давления в воротной вене ниже 15 мм рт.ст. или кровотока в воротной вене менее 250 мл/мин/100 г веса трансплантата приводит к положительным результатам.

Целью исследования является оценка результатов модуляции притока трансплантата при трансплантации печени от живого донора в нашей клинике.

Материалы и методы. С декабря 2011 по май 2025 года в Национальном Научном Центре Хирургии им. А.Н. Сызганова было проведено 324 трансплантации печени у взрослых и детей. Трансплантация печени от живого донора была выполнена 295 (91%) пациентам, в том числе из них трансплантация печени детям – 51 (15,7%) и трансплантация печени от умершего донора – в 29 (8,9%) случаях. Были использованы следующие типы трансплантатов: правая доля – 222 (68%), левая доля – 27 (8,3%), задне латеральный сектор – 1 (0,3%), двойной трансплантат – 1 (0,3%), левый латеральный сектор – 44 (13,5%), цельная печень – 29 (8,9%). Модуляция притока трансплантата при трансплантации печени от живо о донора была проведена в 25 (8,4%) случаях. Из них спленэктомия была выполнена в 7 (28%) случаях, перевязка селезеночной артерии – в 9 (36%) случаях, эмболизация селезеночный артерии – в 1 (4%) случаях, перевязка левой почечной вены – в 3 (12%) случа-

ях, перевязка спленоренального шунта – в 1 (4%) случае, перевязка коронарной вены – в 3 (12%) случаях временное ортока вальное шунтировани-ев 1 (4%) случае. У пациентов, которым была проведена модуляция притока трансплантата, GRWR варьировал от 0,5 до 0,8.

Результаты: Средняя продолжительность оперативного вмешательства с модуляцией притока гraftа составила 615 мин. Средняя кровопотеря составило 3000 мл. Тепловая ишемия составило 27,8 мин. Холодовая ишемия составило 33,1 мин. После операционные осложнения возникли в 7 (28%) случаях. Билиарные осложнения наблюдались в 3 (42,8%) случаях, отек легких – в 1 (14,3%) случае, синдром обкрадывания – в 1 (14,3%) случае и тромбоз портального анастомоза – в 1 (14,3%) случае, тромбоз воротной вены – 1 (14,3%) случае, что потребовало ре-операцию. Госпитальная летальность не наблюдалось.

Заключение: Модуляция притока трансплантата снижает вероятность развития синдрома малого гraftа и является важным инструментом при частичной трансплантации. Изменения гемодинамики печени во время операции могут помочь хирургам выбрать подходящую стратегию для модуляции притока трансплантата.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГАСТРОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПРИ ОПУХОЛЯХ ПЕРИАМПУЛЯРНОЙ ЗОНЫ

Турсынбай М., Баймаханов Б.Б., Досханов М.О.,
Каниев Ш.А., Ибекенов О.Т., Тилеуов С.,
Оспан Ж., Хаджиева А., Нагасбеков М.,
Мукажанов Д., Суйеркулов М.,
Башатова Ф., Мархабеков Д.
АО «Национальный научный центр хирургии
им. А.Н. Сызганова», г. Алматы, Казахстан

Гастропанкреатодуоденальная резекция (ГПДР) считается одной из самых сложных абдоминальных операций. Лапароскопическая ГПДР (ЛГПДР) впервые был описан Гагнером и Помпом в 1994 году. Недавние исследования в литературе описывают преимущества ЛГПДР, включая сопоставимые онкологические результаты, меньшая боль, более быстрое выздоровление и более короткое пребывание в больнице, чем при открытой ГПДР.

Целью данного исследования является оценка результатов в послеоперационном периоде у пациентов со злокачественным образованием периампулярной зоны перенесших ЛГПДР.

Материалы и методы. В период с 2019 г. по июнь 2025 г. в Национальном Научном Центре Хирургии им. А.Н.Сызганова 282 пациентам было выполнено ГПДР с диагнозом – опухоль периампулярной зоны. Из них 28(9,9%) пациентам было выполнено лапароскопическим путем. Возраст больных варьировал от 41 до 70 лет (средний возраст – 55 лет). Из 28 лапароскопических ГПДР преобладало женский пол в 20 (71,4%) случаях, мужской пол в 8 (28,6%) случаях.

Показаниями к лапароскопической ГПДР являлись следующие факторы: размер опухоли меньше 2,5 см без признаков метастазов, без прорастания в верхнеебрыжеечной и воротной вене, плотная железа и широкий панкреатический проток. Противопоказаниями являются: наличие у больного сопутствующего заболевания (кардио-респираторные), возраст выше 70 лет, наличие перенесенных открытых операции на животе, мягкая железа и маленький диаметр панкреатического протока, которые усложняют реконструкцию. Обструкция панкреатического протока наблюдалась у 15 (53,5%) больных. Предоперационное дренирование желчных протоков было выполнено 23 (82,2%) больным. Средний уровень показателя СА 19-9 составило 39 ± 164 U/ml. По этиологии в 27 (96,4%) случаях наблюдалось adenокарцинома, в 1 (3,6%) случае наблюдалась нейроэндокринная опухоль.

Результаты. Средняя продолжительность оперативного вмешательства составила 465 мин. Средняя кровопотеря составило 160 мл. Средний размер опухоли составило 2,2 см. Среднее время пребывания в стационаре составило 9 дней. Во всех случаях была достигнута R0 резекция. Среднее число удаленных лимфоузлов составило 16. Во всех случаях гепатикоюноанастомоз выполнялся интракорпорально. Панкреатоюноанастомоз в 26 (92,8%) случаях выполнялось протоково-слизистом методом, в 2 (7,1%) случаях инвагинационным методом. У 22 (78,5%) пациентов наблюдалось плотная железа, у 6 (21,4%) пациентов мягкая железа. В 7 (25%) случаях диаметр панкреатического протока составило <5 мм, в 21 (75%) случаях > 5 мм. Клинически значимые панкреатические свищи наблюдались у 5 (17,8%) пациентов. Панкреатические свищи класса C наблюдалось у 2 (7,1%) пациентов, которым было выполнено инвагинационный панкреатоюноанастомоза, где на фоне мягкой железы с последующим привело к аррозивному кровотечению и релапаротомии. У 1 (3,5%) пациента, где наблюдалось панкреатический свищ класса C привело к летальному исходу.

Заключение. В заключении, наш опыт показывает, что ЛГПДР возможна при тщательном отборе (плотная железа и расширенный панкреатический проток).

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У БЕРЕМЕННЫХ

Ибекенов О.Т., Эбдірашев Е.Б., Мусина А.С., Жұмалі Л.Е., Төлегенов Д.Б., Каниеев Ш.А., Баймаханов Б.Б.

Национальный Научный центр хирургии имени А.Н. Сызганова, Казахстан, Алматы

Цель: Оценка эффективности тактики ведения беременных женщин с осложненными формами желчнокаменной болезни (ЖКБ).

Материалы и методы. В период с 2022 года по 1 июня 2025 года в Национальном научном центре хирургии имени А.Н. Сызганова с осложненными формами ЖКБ пролечены 32 беременных. Средний возраст пациентов составил 37,6 лет (от 21 до 49 лет). Пациентки поступали из разных регионов Казахстана после проведения телемедицинских консультаций. По срокам беременности пациенты распределены следующим образом: I триместр – 3 случая, II триместр – 21 случай, III триместр – 8 случаев. Кроме стандартного комплекса лабораторных и инструментальных исследований всем пациентам выполнялась магнитно-резонансная холангиопанкреатография (MRCP).

Результаты. На догоспитальном этапе у всех пациенток наблюдался типичный болевой синдром, характерный для осложненных форм ЖКБ. Механическая желтуха была выявлена у 19 женщин (59,4%) с уровнем общего билирубина от 25,7 до 148,9 мкмоль/л. Уровень С-реактивного белка (СРБ) превышал норму у 8 пациенток (25%) и колебался в пределах 25,7–148,9 мг/л. Повышение уровней АЛТ и АСТ зарегистрировано у 17 пациенток (53,1%). Холедохолитиаз диагностирован у 26 пациенток (81,25%) по данным УЗИ проведенных в ННЦХ, информативность которого при осложненных формах ЖКБ составила 100%. У 6 пациенток (18,75%) наблюдалась картина острого калькулёзного холецистита. После подтверждения диагноза всем пациенткам были выполнены хирургические вмешательства.

У 17 пациенток (53,1%) была применена двухэтапная минимально инвазивная хирургическая тактика: первый этап – эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) с эндоскопической папилосфинктеротомией (ЭПСТ) и экстракцией камней из холедоха; второй этап – лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), выполняемая на 3–6 сутки, после нормализации лабораторных показателей. Все ЭРХПГ с ЭПСТ проводились под общей анестезией. У 8 пациенток (25%) была выполнено только ЭРХПГ и ЭПСТ с холедохолитэкстракцией. В 5 случаях проведе-

на только ЛХЭ по поводу деструктивного холецистита, у всех пациентов отсутствовали показания к ЭРХПГ. В 2 случаях ограничились выполнением чрескожно-чреспеченочной холангиостомии (ЧЧХС) в связи с холедохолитиазом на поздних сроках беременности (36 и 37 недель). После родо-разрешения пациенткам проведены двухэтапные операции ЭРХПГ с ЭПСТ и ЛХЭ. Выписка всех пациенток производилась после стабилизации лабораторных показателей — нормализации уровня билирубина, печёночных ферментов, амилазы и воспалительных маркеров. В одном случае наблюдалось осложнение в виде перфорации кисты холедоха с развитием обширной подкожной эмфиземы и посткватетеризационного панкреатита. Данная патология была выявлена интраоперационно, произведено стентирование холедоха и проведено консервативное лечение. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии.

Заключение. Диагностическая ценность УЗИ при осложнённой форме ЖКБ у беременных сопоставима с данными МРТ. Выбор лечебной тактики должен основываться на сроке беременности, выраженности клинической симптоматики и данных инструментальной диагностики. Наиболее оптимальным подходом при холедохолитиазе у беременных является staged-менеджмент: проведение ЭРХПГ, ЭПСТ с холедохолитэкстракцией, вторым этапом — выполнение ЛХЭ. Эффективное лечение данной категории пациенток возможно только при тесной междисциплинарной координации между хирургами, эндоскопистами, акушерами-гинекологами и анестезиологами-реаниматологами.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ КИСТОЗНОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Нагасбеков М.С.^{1,2}, Досханов М.О.^{1,2},

Каниев Ш.А.^{1,2}, Баймаханов Б.Б.^{1,2},

Мукажанов Д.Е.¹, Тилеуов С.Т.¹, Оспан Ж.Р.^{1,2},

Хаджиева А.А.^{1,2}, Суйеркулов М.У.¹, Ибекенов О.Т.¹

¹«Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова, г. Алматы, Казахстан.

²«Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова», г. Алматы, Казахстан.

Республика Казахстан относится к числу регионов с высокой эндемичностью по кистозному эхинококкозу печени. Несмотря на то, что открытые хирургические вмешательства традиционно считаются «золотым стандартом» лечения, современные клинические стратегии всё чаще ориенти-

рованы на применение мини-инвазивных методов в сочетании с неоадьювантной противопаразитарной терапией. Настоящее исследование представляет клинический опыт Национального научного центра хирургии им. А.Н. Сызганова по реализации комплексного подхода в лечении кистозного эхинококкоза печени.

Цель: анализ эффективности и безопасности комплексного подхода в хирургическом лечении кистозного эхинококкоза печени.

Методы и методы. Проведен ретроспективный одно центровый анализ результатов лечения 634 пациентов с активными эхинококковыми кистами печени, пролеченных в период с января 2017 года по июнь 2025 года. Стадирование кист проводилось в соответствии с классификацией WHO-IWGE (2003). Выбор метода лечения определялся индивидуально, на основе стадий заболевания и локализацией кисты. Монотерапия альбендазолом проведена 32 пациентам с кистами в стадии СЕ1 и СЕ3а менее 5 см в диаметре. Остальные пациенты с кистами более 5 см были распределены на три группы в зависимости от объема оперативного вмешательства: лапароскопическая перцистэктомия (n=53), лапаротомия (n=390),PAIR (n=159).

Результаты. Статистически значимых различий по возрасту и полу между группами не отмечено. Эффективность противопаразитарной монотерапии составила 88,5%.

Средняя продолжительность операции в группе PAIR составила 55,4 минут (23–170), что значительно меньше по сравнению с лапаротомией (225,2 мин [45–570]) и лапароскопией (215,3 мин [110–405]) ($p=0,0001$). Интраоперационная кровопотеря в группе PAIR отсутствовала, тогда как в группах лапаротомии и лапароскопии составила 146,0 мл (10–1000) и 111,0 мл (10–250) соответственно. Средняя длительность послеоперационного пребывания в стационаре была существенно ниже в группе PAIR (3,8 суток [1–19]) по сравнению с лапаротомией (7,5 суток [3–21]) и лапароскопией (6,4 суток [3–16]) ($p=0,0001$). Средний период наблюдения составил $39,8 \pm 21$ месяца (от 1 до 84 месяцев). Частота рецидивов не отличалась статистически значимо между группами: 3,6% (n=11) в группе лапаротомии и 5,1% (n=6) в группе PAIR.

Заключение. Эхинококковые кисты печени диаметром менее 5 см в стадии СЕ1 и СЕ3а могут успешно лечиться консервативно, с эффективностью до 88,5%.

При кистах стадии СЕ1 и СЕ3а, от 5 до 10 см в диаметром методом выбора является PAIR с неоадьювантной противопаразитарной терапией с эффективностью в 95,4% с меньшим послеоперационным периодом и сопоставимой частоте рецидивов и осложнений в сравнении с открытыми вмешательствами. Лапароскопическая перцистэктомия

является высокоэффективным и безопасным методом лечения у отдельных пациентов, преимущественно при краевых локализациях кист.

ЛАПАРОСКОПЧИЕСКАЯ ПЕРИЦИСТЭКТОМИЯ ВХИРУРГИИ КИСТОЗНОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

**Нагасбеков М.С.^{1,2}, Досханов М.О.^{1,2},
Каниев Ш.А.^{1,2}, Баймаханов Б.Б.^{1,2},
Мукажанов Д.Е.¹, Тилеуов С.Т.¹, Оспан Ж.Р.^{1,2},
Хаджиева А.А.^{1,2}, Суиеркулов М.У.¹, Ибекенов О.Т.¹**

¹«Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова, г. Алматы, Казахстан.

²«Казахский Национальный медицинский университет им. С. Д. Асфендиярова», г. Алматы, Казахстан.

Кистозный эхинококкоз остаётся актуальной медико-социальной проблемой в эндемичных регионах Республики Казахстан. По данным ВОЗ, до 3 миллионов человек ежегодно заболевают эхинококкозом. В Казахстане заболеваемость в южных регионах достигает 8–12 случаев на 100 тыс. населения. Традиционно, «золотым стандартом» лечения кистозного эхинококкоза печени считалась открытая хирургия, однако последние десятилетия отмечен устойчивый рост интереса к мини-инвазивным вмешательствам. Лапароскопическая перицистэктомия как один из современных хирургических методов демонстрирует хорошие клинические результаты при соответствующей селекции пациентов. Преимуществами лапароскопии являются снижение интраоперационной травматичности, сокращение сроков госпитализации, а также снижение частоты послеоперационных осложнений.

Цель: Оценка эффективности, безопасности, ранних и отдалённых результатов лапароскопической перицистэктомии при лечении кистозного эхинококкоза печени.

Методы и методы. Проведен ретроспективный анализ данных 53 пациентов, которым в период с января 2017 по июнь 2025 года была выполнена лапароскопическая перицистэктомия по поводу активных эхинококковых кист печени. Из них в 3-х (5,6%) случаях были после рецидивы послеPAIR. Показаниями являлись стадии СЕ2 и СЕ3b при краевом расположении кист, а также стадия СЕ1 и СЕ3a более 10 см в диаметре. Всем пациентам назначалась предоперационная и неоадьювантная противопаразитарная терапия альбендазолом (10–15 мг/кг/сут) в течение 7 дней до и 30 дней после операции.

Результаты. Средняя продолжительность операции составила 215,3 мин (110–405). Средний объём интраоперационной кровопотери — 111,0 мл (10–250). Конверсия потребовалась в 4-х (7,5%) случаях, причинами были трудные локализации и высокий риск диссеминации. Средняя длительность госпитализации составила 5,4 суток (3–16). Послеоперационные осложнения зарегистрированы у 3 пациентов (5,7%): серома послеоперационного рубца 2 (3,8%) и инфекция остаточной полости у 1 (1,9%) пациента, не потребовавшие повторного хирургического вмешательства. Средний срок наблюдения составил 42,1 ± 19 месяцев. Рецидив эхинококкоза возник у 1 (1,9%) пациента.

Заключение. Лапароскопическая перицистэктомия при кистозном эхинококкозе печени стадий СЕ2 и СЕ3b при краевом расположении кист, а также стадия СЕ1 и СЕ3a более 10 см в диаметре является высокоэффективным и безопасным методом лечения у отдельных пациентов. Метод обеспечивает минимальную интраоперационную травму, низкий уровень осложнений и благоприятные отдалённые результаты при соблюдении строгих показаний и соответствующем хирургическом опыте.

ОСЛОЖНЕНИЯ У ДОНОРОВ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

**Баймаханов Б.Б., Досханов М.О., Башатова Ф.А.,
Тилеуов С.Т., Мукажанов Д.Е., Хаджиева А.А.,
Ибекенов О.Т.**

Национальный научный центр хирургии имени А.Н. Сызганова, г. Алматы, Казахстан

Цель работы. Изучить частоту развития осложнений в после операционном периоде у доноров фрагмента печени.

Материалы и методы. В период с 2012 г. по 2025 г. в Национальном Научном Центре Хирургии им. А.Н. Сызганова 251 пациентам была выполнена гемигепатэктомия. В 227 случаях была выполнена ПГГЭ, 23 случая ЛГГЭ, в 1 случае резекция заднего латерального случая. 157 пациентов мужчины, 94 женщины. Возраст больных варьировал от 18 до 55 лет (средний возраст – 34 года). На этапе обследования 24(7,43%) донорам было отказано в доноровании фрагмента печени. В 24(7,43%) случаях в связи со стеатозом печени 2-3 ст.. В 6(1,7%) случаях была выполнена лапаротомия и операцию приходилось приостановить – в 3 случаях из-за наличия портальной гипертензии у донора, в 1 случае из-за атипичной анатомии и в 2-х случаях когда у реципиента интраоперационно не обнаружен цирроз печени. Из 251 доноров в после операционном периоде осложнения развились у 24(9,56%) пациентов.

Результаты. Из 24 (9,56%) осложнений в 16 (76,19%) случаях развились билиарные осложнения, кровотечение в 6-ти (9,5%) случаях, пристеночный тромбоз воротной вены в 1 (4,7%) случае, правосторонний плеврит в 1 (4,7%) случае. 2 (0,61%) пациентам с неразрешающейся структурой желчных протоков (после неоднократного стентирования желчного протока) было выполнено оперативное вмешательство в объеме ГЕА. Через 3 месяца после ГЕА развились структура ГЕА. Пациентам было выполнено ЧЧХС с антеградным стентированием, стент проведен за анастомоз в тонкую кишку. Каждые 3 месяца производится замена антеградно установленного ЧЧХС. В 14 (4,33%) случаях наблюдалась билома резецированного края печени, пациентам установлена ЧЧХС. По мере уменьшения отделяемого по дренажной трубке до 0 мл дренаж ЧЧХС удалялся. Средняя продолжительность установки ЧЧХС до 14 дней. У 6-ти (1,85%) пациентов в раннем после операционном периоде развилось кровотечение. В 3-х случаях по дренажной трубке из поддиафрагмального пространства на 1-е сутки после операции наблюдалось геморрагическое отделяемое общим объемом 400-500 мл. Учитывая отсутствие клинических данных за активное продолжающееся кровотечение, было принято решение о наблюдении в динамике. Данное состояние купировано консервативно- проведена гемотрансфузия эритроцитарной взвеси и свежезамороженной плазмы. У 3-х пациентов на 1-е сутки по дренажам было геморрагическое отделяемое. В одном из случаев возникло ламинарное кровотечение из портальной пластины культи правого додлевого протока. Выполнена релапаротомия, место кровотечения ушито узловыми швами. У 50 (15,5%) доноров в после операционном периоде после правосторонней гемигепатэктомии наблюдались признаки печеночно-клеточной недостаточности. Последнее мы определяли согласно результатам лабораторных исследований. У данных пациентов наблюдалось повышение общего билирубина и коагулопатия. У 19 (38%) доноров МНО \geq 2, у 17 (34%) доноров повышение общего билирубина > 50 мкмоль/л и в 14 (28%) случаях повышение МНО \geq 2 и общего билирубина ≥ 50 мкмоль/л. Повышение данных показателей наблюдалось на 1-е и 2-е сутки после ПГГЭ. Максимальный подъем общего билирубина составил 120 мкмоль/л. Признаки печеночно-клеточной недостаточности регрессировали от 7 до 14 дней самостоятельно, без медикаментозной терапии. На момент выписки уровень МНО и общего билирубина соответствовал норме.

Заключение. Всестороннее обследование донора, опытная мультидисциплинарная команда, хирургическая техника, тщательное послеоперационное наблюдение и налаживание хорошего диалога с донором должны способствовать достижению

лучших результатов. Согласно статистическим данным в 10-15% случаев у пациентов в после операционном периоде возникают осложнения. Однако своевременная диагностика дают положительный прогноз доноров.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

**Башабаев М.Т., Башабаев А.М., Ермекпаев К.Ж.,
Есимжомартов Д.А.**

КГП на ПХВ «Восточно-Казахстанская областная
больница» г. Усть-Каменогорск, Казахстан

Желчнокаменная болезнь является одной из наиболее часто встречающихся хирургических патологий и составляет по данным отечественных и зарубежных авторов от 14% до 17%.

Цель исследования: проанализировать основные причины осложнений.

Материалы и методы: исследование проводилось на базе отделения проктологии, абдоминальной и торакальной хирургии КГП на ПХВ «Восточно-Казахстанская областная больница». В период с 1999 г. по 2024 г. выполнено 10191 операций по поводу калькулезного холецистита, из них лапароскопических холецистэктомий – 8597 (84,2%). Проанализированы результаты лечения 13 (0,2%) пациентов с ятrogenными повреждениями.

Результаты и их обсуждение. Хирургическая тактика в каждом конкретном случае определялась типом повреждения и временем, прошедшим от момента его распознавания. Анализируя причины, которые повлияли на возникновение ятrogenных повреждений при лапароскопической холецистэктомии, мы выделяем клинико-анатомические особенности, недостаточное индивидуальное мастерство и опыт хирурга, технические условия проведения операции. Так, атипичное расположение сосудисто-протоковых элементов в зоне желчного пузыря, в наших наблюдениях отмечены у 6 пациентов (46,2%), выраженные спаечные и воспалительно-инфилтративные изменения гепатопанкреатодуоденальной зоны, стали причиной повреждений у 3 пациентов (23,1%), недостаточная квалификация хирурга повлияла на возникновение ятrogenных повреждений у 4 пациентов (30,7%).

В структуре повреждений травмы протоковой системы составили 45,4% (7 пациентов), повреждения сосудов – 18,2% (2 пациентов), повреждения окружающих органов – 18,2% (2 пациентов), ДПК и толстая кишка – по 1 пациенту (9,1%). Отсутствие обоснованных критериев выбора способа хирургической коррекции относится более всего к по-

вреждениям желчных протоков так как, зачастую, при лечении одинаковых повреждений применялись и восстановительные, и реконструктивные операции, а также различные способы каркасного дренирования. В 5 случаях дефект холедоха сразу заметили и ушили, в 2 случаях холедох ушит на Т-образном дренаже. Повреждения, распознанные в ходе лапароскопического вмешательства, подлежат немедленному устраниению.

Необходимо отметить, что у 17,4% пациентов повреждения протоковой системы не были обнаружены во время 1-й операции. Возникшие в по-слеоперационном периоде билиарные осложнения (желчеистечение по дренажам и мимо дренажей в повязки, механическая желтуха, диффузный билиарный перитонит) требуют серьезной продуманной программы действий с выработкой конкретных алгоритмов для каждого типа повреждения. За-частую – это двухэтапная тактика, первым этапом ко-торой – борьба с перитонитом (детоксикационная терапия, вынужденные санирующие операции с наружным отведением желчи) и выполнение ре-конструктивных вмешательств после стабилизации состояния больных на втором этапе.

Не менее грозным и тяжелым осложнением яв-лялось ранение магистральных сосудов: печеноч-ной артерии, воротной вены или печеночных вен. В этом случае необходимо выполнить лапарото-мию и выполнить окончательный гемостаз. Травмы окружающих органов, результат электрохирурги-ческого повреждения, во время лапароскопиче-ской холецистэктомии (ранение стенки ДПК и тол-стой кишки) послужили поводом к конверсии в 2-х случаях.

Заключение. Для предупреждения и лечения ятогенных повреждений органов зоны хирурги-ческого вмешательства при лапароскопической холецистэктомии необходима продуманная про-грамма действий, включающая оценку причин или факторов риска возможных осложнений и приме-нения обоснованной тактики при выборе способа хирургической коррекции.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ПАНКРЕАНЕРОЗА ПО ДАННЫМ ХИРИУРГИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЙ ВКО

Башбаев М.Т., Башбаев А.М.

КГП на ПХВ «Восточно-Казахстанская областная больница» г. Усть-Каменогорск, Казахстан

Острый панкреатит – одно из наиболее распро-страненных заболеваний органов брюшной поло-сти с высоким уровнем летальности, которая в от-дельных случаях доходит до 80%.

Цель исследования – улучшение результатов диагностики и лечения пациентов с тяжелыми формами ОП.

Материалы и методы: исследование прово-дилось на базе хирургических отделений Восточ-но-Казахстанской области. В 2023 году проана-лизировано 1058 случаев, в 2024 – 1025 случаев. Возраст пациентов от 26 лет до 93 лет. Деструктив-ные формы ОП (панкреонекроз) диагностирова-ны в 116 случаев в 2023 г., что составляет 10.9% и 11,7% (120) случаев в 2024 г.

Результаты. Мы наблюдаем увеличение доли деструктивных форм ОП в структуре общей заболе-ваемости ОП. Тем не менее, отмечается снижение показателя общей летальности с 1,47% в 2023 г. до 0,5% в 2024 г. Наблюдается увеличение количества операций с 41 в 2023 г. до 48 в 2024 г. В период с 2023 г. по 2024 г. незначительно увеличилась по-слео-перационная летальность – с 21,69% до 22,68%. При этом отмечается снижение процента по-слео-перационных осложнений с 6,1% в 2023 г. до 5,2% в 2024 г. В практической работе мы используем 2 классификации: международная классификация «Атланта, 1992г.» и Acute Pancreatitis Classification Working Group – 2012. В процессе лечения ОП мы применяем стандартную базисную терапию. В на-шем отделении с 2014 г. года дополнительно с ба-зисной терапией у 24 пациентов проводили анти-медиаторную терапию ксефокамом по схеме: 32 мг, 32 мг, 24 мг, 16 мг, 16 мг в течение 5 суток. В этой группе пациентов обязательно увеличивали дозировки H2-блокаторов и блокаторов протоно-вой помпы до 80мг в сутки. В результате чего у нас отмечено уменьшение количества пациентов, опе-рированных по поводу панкреонекроза, снижено количество осложнений и летальности за 2021 год о чем мы говорили выше. По поводу ОП проопери-ровано 41 человека в 2023 г. и 48 в 2024 г.

Анализ результатов ранних оперативных вме-шательств показал следующее:

1) ранние операции (всего 5 случаев в 2023 г. и 6 в 2024 г.) привели к усилению эндотоксикоза, ухудшению состояния и увеличению смертности; 2) в 5 случаях в 2023 г. и в 6 случаях в 2024 г. про-изошло инфицирование поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки. Основные причи-ны летальных исходов при тяжелых осложненных ОП: панкреогенный шок – 3 случаев; сепсис – 2 случая; СПОН – 2 случая.

Заключение. 1) тактика лечения пациентов с ОП должна быть направлена на устранение патоге-нетических основ патологического процесса;

2) ранние операции приводят к усилению эндо-токсикоза и инфицированию поджелудочной же-лезы и парапанкреатической клетчатки;

3) необходимо внедрение в практику лечения ОП, в т.ч. его деструктивных форм, современных

принципов в комплексе с антимедиаторной терапией.

В заключении необходимо подчеркнуть, что составляющие успеха ведения пациентов с острым панкреатитом и, особенно, стерильным и инфицированным панкреонекрозом, должны включать современные представления о неразрывной патогенетической сущности этих состояний. Существует обоснованное мнение, что концентрация пациентов с панкреонекрозом в хирургических центрах, имеющих определенный опыт, квалифицированных специалистов и соответствующее оснащение, позволит кардинально улучшить результаты лечения остого панкреатита. Необходимым условием осуществления вышеуказанных принципов лечения ОП является изменение психологии врача для приобретения навыков малоинвазивных хирургических вмешательств на поджелудочной железе и забрюшинной клетчатке при панкреонекрозе под комбинированным интраскопическим контролем.

ЧРЕСКОЖНОЕ ЧРЕСПЕЧЕНОЧНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Башабаев М.Т., Соболев А.Н., Ермекпаев К.Ж.
КГП на ПХВ «Восточно-Казахстанская областная
больница» г. Усть-Каменогорск, Казахстан

Несмотря на совершенствования современной медицины, число пациентов с синдромом механической желтухи по поводу образований ПЖЖ и холедоха ежегодно растет. Проблемой выбора хирургической тактики с рациональным подходом в диагностике и дальнейшемлечении, является чрескожная чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС). Это мало инвазивное вмешательство, при относительной его простоте, позволяет у большинства пациентов быстро купировать синдром механической желтухи при образованиях, для выработки оптимальной лечебной тактики у пациентов с высоким операционным риском.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения.

Материалы и методы. С октября 2018 года по май 2025 года в отделении проктологии, абдоминальной, торакальной хирургии Восточно-Казахстанской областной больницы выполнено 178 ЧЧХС и стентирование.

Результаты. Из 178 пациентов у 178 проведено ЧЧХС и у 19 пациентов в последующем выполнено стентирование желчных протоков при опухолях внепеченочных протоков и опухоли головки ПЖЖ в 1 случае. В 11 случаях из 178 выполнено ЧЧХС при ЖКБ, осложненной холедохолитиазом с холангитом. Впоследствии в 7 случаях из 11 выполнена

ПСТ и в 4 случаях открытое оперативное лечение по поводу синдрома Мирризи. Из 178 ЧЧХС выполнена ЧЧХС по поводу опухоли Клатскина – 14 случаев, по поводу рака головки ПЖЖ – 150 случаев, по поводу рака дистального отдела холедоха – 2 случая, по поводу структуры дистального отдела холедоха – 1 случай, по поводу МТС в печени при опухолях желудка – 2 случая. Технически успешно выполнить наружную чрескожную чреспеченочную холангиостомию под ультразвуковым и рентгеноскопическом контроле удалось у всех больных. Осложнения ЧЧХС развились у 6 (4,92%) пациентов: - кровотечение – 4 случая (купированы консервативно); - гематома передней брюшной стенки – 1 случай; - гемобилия – 1 случай (нарастание гипербилирубинемии, снижение Нв с 130 до 68 г/л. При контрольной фистулографии – полный блок желчных протоков и неэффективность дренажа. Потребовалось оперативное вмешательство – лапаротомия, холедохотомия, удаление гематом с желчных протоков с наружным дренированием холедоха по Керу). Осложнения при стентировании желчных протоков отмечены не были.

Заключение. 1. ЧЧХС под контролем УЗИ является малотравматичным высокоеффективным методом декомпрессии и санации ЖВП.

2. Выполнение ЧЧХС расширяет возможности лечения больных с механической желтухой, создаёт благоприятные условия для выполнения радикальных, паллиативных оперативных вмешательств и проведения химиотерапии.

3. При неоперабельных опухолях панкреатодуоденальной зоны предпочтительным является выполнение наружно-внутреннего ЧЧХС или стентирования.

4. Улучшение качества жизни пациентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛИМФОТРОПНОГО ВВЕДЕНИЯ ЦЕФТРИАКСОНА В МЕЗОКОЛОН ПОПЕРЕЧНО-ОБОДОЧНОЙ КИШКИ КАК СПОСОБА ПРОФИЛАКТИКИ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

**Джаканов М.К.¹, Жакиев Б.С.¹, Топчиев М.А.²,
Гайноллина Г.Г.¹, Тайшибаев К.Р.¹, Курманбаев
Б.А.¹, Аубакиров Г.Б.¹**

¹Западно-Казахстанский медицинский университет
имени Марата Оспанова, г. Актобе, Казахстан

²Астраханский государственный медицинский уни-
верситет, г.Астрахань, РФ

Цель исследования. Разработка способа про-
филактики инфицированного панкреонекроза в
комплексном лечении острого деструктивного пан-

кreatита, включающего лимфотропное введение антибиотика в мезоколон ободочной кишки.

Материал и методы исследования. Пациенты со стерильным панкреонекрозом, перитонитом были разделены на основную, проспективную (47 пациентов) и контрольную, ретроспективную (47 пациентов) группы. Пациентам обеих групп произведено лапароскопическое вмешательство с санацией и дренированием брюшной полости, при этом в основной группе производили катетеризацию мезоколон поперечно-ободочной кишки для интра- и послеоперационного лимфотропного введения цефтриаксона в дозе 1 гр. на 20 мл 0,25% раствора новокаина с предварительным за 15 мин до введения антибиотика через катетер раствора 32 Едлидазы с 20 мл 0,25% новокаина. Антибактериальная терапия в обеих группах включала назначение цефтриаксона в сочетании с метронидазолом. В контрольной группе антибиотик вводился по 1,0 гр. 3 раза в день внутримышечно или внутривенно, а в основной – 2 раза в день внутримышечно или внутривенно и один раз через катетер в мезоколон ободочной кишки на протяжении 7 суток. Основными критериями для оценки результатата лечения были частота перехода стерильного панкреонекроза в инфицированный, выздоровление, клиническое улучшение, летальный исход.

Результаты исследования. Из 47 пациентов основной группы выбыли из исследования 11 - по причинам летального исхода после лапароскопического вмешательства в раннем послеоперационном периоде, невозможности катетеризации брыжейки ободочной кишки из-за ее выраженного отека и инфильтрации, развития гематомы последней, что явилось препятствием для ее катетеризации, дислокации катетера из мезоколона в свободную брюшную полость, выявленные при УЗИ. Таким образом, исследование было продолжено с участием 36 пациентов в каждой исследуемой группе. В результате лечения инфицированный панкреонекроз развился в основной группе у 7 (19,5%) пациентов, в контрольной – у 16 (44,5%), выздоровление отмечено – у 26 (72,2%) и у 20 (55,6%) пациентов соответственно. По основному критерию эффективности применения предложенного способа профилактики – частоте инфицирования, последний был определен расчетом показателя относительного риска (ОР) развития исхода, показавший статистически значимую обратную связь между применением разработанного способа профилактики и снижением частоты инфицирования, что указывало на эффективность применения разработанного способа ($OR=0,4375$, 95% доверительного интервала [0,204; 0,934]). По критерию летальности, при сравнении пациентов с развивающимся инфицированным панкреонекрозом в обеих группах статистически значимой разницы не наблюдалось ($p=0,092$), так же как у пациентов без развития инфицированного панкреонекроза ($p=0,65$).

Заключение. Разработанный способ профилактики инфицированного панкреонекроза статистически значимо снижает частоту перехода стерильного панкреонекроза в инфицированный в 1,5 раза ($p=0,042$), летальность в 2,7 раза ($p=0,18$) без статистической значимости, что указывает на эффективность его применения. Осложнениями способа профилактики инфицированного панкреонекроза были гематома мезоколон и дислокация катетера из него, а противопоказанием для применения разработанного способа можно считать выраженный отек и инфильтрацию брыжейки толстой кишки.

КРИТЕРИИ ВЫБОРА ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ С ДЕСТРУКТИВНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ, ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ И МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Джаканов М.К., Тайшибаев К.Р., Аубакиров Г.Б., Курманбаев Б.А., Гайноллина Г.Г.

Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова, г. Актобе, Казахстан

Целью исследования явилось определение клинико-инструментальных и лабораторных критериев выбора тактики хирургического вмешательства (лапароскопия или лапаротомия) у больных с острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом и механической желтухой, с целью повышения эффективности лечения.

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 60 больных с острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом и механической желтухой. 35 больным произведено лапароскопическое вмешательство, а 25 – лапароскопия с последующей конверсией на лапаротомию.

Результаты. У пациентов, успешно перенесших лапароскопическое вмешательство без конверсии, выявлены устойчиво повторяющиеся предоперационные признаки: уровень билирубина не выше 60 ммол/л; свертываемость крови от 3,2 до 7 мин.; УЗИ, КТ и МРТ – признаки увеличения желчного пузыря до 10 см.; УЗИ, КТ и МРТ – признаки наличия одиночных камней в холедохе; УЗИ, КТ и МРТ – признаки отсутствия перипузирного инфильтрата; УЗИ, КТ и МРТ – признаки расширения холедоха до 1 см. При этом установлены следующие статистически значимые критерии в пользу выбора лапароскопического вмешательства: уровень билирубина

не выше 60 ммоль/л ($p=0,0004$); УЗИ-признаки увеличения желчного пузыря не более 10 см ($p=0,025$); УЗИ и КТ, МРТ – признаки наличия одиночных камней в холедохе ($p=0,04$; $p=0,001$); УЗИ и КТ, МРТ – признаки отсутствия перипузырного инфильтрата ($p=0,052$; $p=0,002$), КТ и МРТ – признаки расширения холедоха не более 1 см ($p=0,01$), отсутствие УЗИ – признаков холангита ($p=0,014$), отсутствие ахоличности кала ($p=0,017$) и отсутствие заболеваний сердечно-сосудистой системы ($p=0,0001$). Статистически значимыми критериями в пользу выбора лапаротомии были: наличие УЗИ – признаков холангита ($p=0,043$), ахоличность кала ($p=0,038$) и наличие сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой системы ($p=0,048$).

Заключение. Достоверными критериями в пользу выбора лапароскопического вмешательства при остром калькулезном холецистите, осложненного холедохолитиазом и механической желтухой в порядке снижения значимости критерия являются УЗИ, КТ, МРТ – признаки отсутствия перипузырного инфильтрата, уровень билирубина не выше 60 ммоль/л, отсутствие заболеваний сердечно-сосудистой системы, УЗИ, КТ, МРТ – признаки наличия одиночных камней в холедохе, отсутствие ахоличности стула, отсутствие УЗИ – признаков холангита, КТ и МРТ – признаки расширения холедоха до 1 см., УЗИ-признаки увеличения желчного пузыря не более 10 см. Достоверными критериями в пользу выбора лапаротомии в порядке снижения значимости критерия являются наличие сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой системы, ахоличность стула и наличие УЗИ – признаков холангита.

УСПЕШНЫЙ ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ В ОТДЕЛЕНИИ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ХИРУРГИИ И ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ ГКП НА ПХВ «ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ» ТУРКЕСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Дильдабеков Ж.Б., Мауленов Н.Б.,
Аймагамбетов М.Б., Таусаров Е.М.,
Садуакас Н.Т., Жумабек Н.Ж.

Областная клиническая больница УОЗ
Туркестанской области, г. Туркестан, Казахстан

Цель. Описать успешный опыт проведения родственной трансплантации печени в Туркестанской области

Материалы и методы. В феврале 2025 года в

отделении гепатопанкреатобилиарной хирургии и трансплантации органов ГКП на ПХВ «Областная клиническая больница Туркестанской области» произведена успешная трансплантация печени от живого родственного донора. Операция проведена под руководством главного хирурга РК д.м.н., профессора Б.Б.Баймаханова, с участием специалистов АО «Национальный научный центр хирургии им. А.Н.Сызганова». Пациентка Н. 48 лет, с 2019г состоит на «Д» учете у гепатолога с диагнозом Цирроз печени вирусной В+Д этиологии, класс «В» по Child-Turcotte-Pugh. Портальная гипертензия. Отечно-асцитический синдром: асцит 2 ст. по IAC. Синдром гиперспленизма. Печеночная энцефалопатия 1-2ст. Неоднократно получала стационарное лечение в ЦРБ по месту жительства, в отделении гастроэнтерологии ОКБ, в клинике МКТУ г.Туркестан. В 2022г. проведено лигирование ВРВП в условиях хирургического отделения ОКБ. Получает противовирусную терапию. Несмотря на адекватную медикаментозную терапию, продолжалось прогрессирующее отрицательное течение заболевания. В сентябре 2024 года гепатологом направлена на консультацию трансплантолога ОКБ, рекомендована трансплантация печени. В догоспитальном этапе реципиент и донор были обследованы в полном объеме, получено письменное согласие на проведение трансплантации печени от живого родственного донора которым явилась дочь, 19 лет.

Результаты. 12.02.2025г произведена операция – трансплантация печени от живого родственного донора. В послеоперационном периоде проведено лечение согласно клиническому протоколу. Иммуносупрессивная терапия проводилась под мониторингом концентрации уровня Тациролимуса в крови. Послеоперационное течение больной без особенностей. Выписана из стационара 12.03.2025г.

Заключение. После проведенного оперативного вмешательства, состояние больной значительно улучшилось, больная выписана из стационара в удовлетворительном состоянии. Рекомендован прием подобранной дозы Тациролимуса по 1,5г 2р в день. На момент выписки уровень Тациролимуса крови составлял 9,85нг/мл.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МИНИИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИВА ОТДЕЛЕНИИ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ХИРУРГИИ И ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ ГКП НА ПХВ «ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ» ТУРКЕСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

**Дильдабеков Ж.Б., Аймагамбетов М.Б.,
Таясаров Е.М., Садуакас Н.Т., Отебеков Б.Н.**
Областная клиническая больница УОЗ
Туркестанской области, г.Туркестан, Казахстан

Цель работы: анализ эффективности применения миниинвазивных вмешательств у пациентов с острым деструктивным панкреатитом.

Материалы и методы. В условиях областной клинической больницы Туркестанской области за период 2022–2024 гг. пролечено 670 пациентов с острым панкреатитом. Возраст больных – от 25 до 80 лет, мужчины – 37,9%, женщины – 62,1%. Поступление в стационар отмечено на 7–30 сутки от начала заболевания. Диагностика включала определение уровня амилазы в крови, ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерную томографию (КТ), фиброззофагогастродуоденоскопию и исследование показателей токсемии. С момента поступления проводилась интенсивная консервативная терапия с применением назогастральной гипотермии, анальгезии, инфузационной терапии, коррекции микроциркуляции, восполнением энергетических затрат, детоксикацией. В клинике применялся патогенетически обоснованный алгоритм лечения с разделением пациентов по степени тяжести. При наличии признаков интоксикации и абсцедирования по данным КТ пациентам выполнялось чрескожное дренирование под УЗИ-контролем. При УЗИ определялись размер абсцесса, его локализация, оценка жидкостного компонента, близость полости к внутренним органам. Выбор диаметра катетера зависил от вязкости полученной жидкости, использовались дренажи диаметром 8,5–14 Fr.

Результаты. Миниинвазивные вмешательства проведены у 22 пациентов с гнойно-некротическими осложнениями. У 4 больных при отсутствии эффекта от дренирования выполнена лапаротомия с некреквестрэктомией. Показаниями к открытым операциям служили: обширный инфицированный панкреонекроз, отрицательная динамика по КТ, неэффективность дренирования. Средняя продолжительность госпитализации составила 21 сутки. Летальность среди оперированных – 4.5% (1 случай). Остальные пациенты выписаны с дренажными трубками, которые были удалены через 4–8 недель после контрольной КТ. Миниинвазивный подход позволил избежать открытых операций более чем в 80% случаев.

Заключение. Миниинвазивная санация очагов инфицированного некроза в сочетании с активно-выжидательной тактикой и мультидисциплинарным подходом позволяет достичь высокой эффективности лечения, снижая частоту осложнений и летальность.

ПРОГРАММИРОВАННОЕ ВВЕДЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЕЩЕСТВ В ОРГАН МИШЕНЬ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

**Жетпісбай Е.Ж.¹, Рустемова К.Р.²,
Жалгасбаев Ж.Г.³**

¹НАО «Медицинский университет Астана»
Астана, Республика Казахстан

²NAO Ualikhanov University, Kokshetau, Kazakhstan
³РГП на ПХВ Национальный координационный
центр экстренной медицины МЗ РК

Актуальность: При остром деструктивном панкреатите (ОДП) летальность составляет 20-45% без учета клинической формы, достигая при инфицированном панкреонекрозе 85%, а при фульминантном течении заболевания-100%.

Материалы и методы исследования: С 2022-2024гг. в исследование вошли 70 пациента с различными клинико-морфологическими формами ОДП. Всем пациентам основной группы (35) была выполнена канюляция селезеночной артерии с последующим программированным введением лекарственных веществ в поджелудочную железу, включая улинастатин.

Результаты: Разработанная нами программа введения лекарственных веществ непосредственно в орган мишень, путем катетеризации селезеночной артерии, считаем эффективным при ОДП.

Заключение: Результаты наших исследований показали высокую эффективность разработанной программы регионарной внутриартериальной перфузии медикаментов в лечения ОДП в сочетании с применением улиностатина.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ПАНКРЕАТИТОВ

Кабулов М.К, Оразалиев Г.Б², Кабулов Т.М¹.

*Каракалпакстанский медицинский институт,
г. Нукус, Республика Каракалпакстан.*

*Берунийское районное медицинское объединение
Министерства здравоохранение
Республики Каракалпакстан.*

Цель исследования: Провести анализ и оценить эффективности комплексного лечения больных с острым осложненным панкреатитом (ООП) посредством высокотехнологических видеолапароскопических оперативных вмешательств.

Материал и методы. Изучены данные ком-

плексного обследования и лечения 248 больных с ООП. Возраст больных колебался от 20 до 75 лет. Мужчин -63 (25,4%), женщин-185 (74,6%). Из них консервативному лечению подвергнут 164 (66,1%), оперативному-84 (33,9%). Помимо общеклинических, биохимических и рентгенологических методов обследование больных включало УЗИ, КТ, ФГДС. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатографию не выполнили в связи со сложностью процедуры и возможными тяжелыми осложнениями. Из 84 оперированных больных, лапаротонным доступом выполнено у 54, видеолапароскопическим инвазивным методом-30 пациентов.

Результаты. Анализированы результаты мининвазивных видеолапароскопических операций, выполненных у 30 больных с ООП. Объем хирургического вмешательства определялся в зависимости от вида тяжести осложнений, а также общего состояние пациентов и они должны быть строго индивидуализированы. Виды выполненных операций:

1) Вскрытие и дренирование сальниковой сумки + холецистэктомия (ХЭК) по поводу

калькулезного холецистита с дренированием холедоха через пузирный проток по Пиковскому + тщательная санация с антисептическими растворами и дренирование парапанкреатической клетчатки и брючной полости у 20 больных; 2) Вскрытие сальниковой сумки + рассечение капсулы панкреас + некрэктомия с санацией и дренированием ложи ПЖ и брючной полости у 7 больных; 3) Вскрытие сальниковой сумки + холецистостомия + санация брючной полости у 3 больных.

В конце операции ложа ПЖ обрабатывали сухим порошком гемобина – кровоостанавливающего препарата в дозе 300 мг. Частота видеолапароскопических операций за последний 6 лет увеличилась с 5,2% до 15,8% у больных с ООП. Продолжительность операции колебалась от 120 до 150 минут и зависела от распространённости осложнений патологического процесса в ПЖ и соседних структурах (наличие билиарной гипертензии, калькулезного холецистита, холангита и вирсунголитиаза). Операции при ООП должны включаться строго индивидуализированы. Послеоперационные осложнения при мининвазивных видеолапароскопических операциях имелись в 5 (16,6%) случаях с 3 летальностью (10%): 2 за счет продолжающего эндо токсикоза и перитонита и 1 от тромбоэмболии легочной артерии.

Заключение. В регионе Южного Приаралья за последние 20 лет наблюдается постепенное увеличение частоты заболеваемости с ООП, особенно у женщин (74,6%). Среди госпитализированных больных у 34% имелись ООП которые нуждались в оперативном лечении. Применение высокотехнологических мининвазивных видеолапароскопических

методов операции в различных вариантах с использованием релапароскопии, тщательной динамической санации и адекватного дренирование брючной полости и холедоха способствует снижению в два раза послеоперационной летальности от ООП.

СЕЛЕКТИВНАЯ КАНЮЛЯЦИЯ СЕЛЕЗЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ И ПРОГРАММИРОВАННОЕ ВВЕДЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЕЩЕСТ В ОРГАН МИШЕНЬ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Доскалиев Ж.А.¹, Турсынбаев Н.Н.²,

Кожахметов С.К.¹, Хасенов Р.Е.², Кырагов Е.Р.

¹ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница №2», Астана, Казахстан.

НАО «Медицинский университет Астана», Кафедра хирургических болезней №2 имени Цой Г.В.

Цель исследования: Острый деструктивный панкреатит является одной из важнейших проблем неотложной хирургии органов брюшной полости. Это обусловлено неуклонным ростом заболеваемости, увеличением частоты осложнений и высокой летальностью. При остром деструктивном панкреатите летальность составляет 20-45% без учета клинической формы, достигая при инфицированном панкреонекрозе 85%, а при фульминантном течении.

Целью является улучшить результаты медикаментозного лечения пациентов с острым деструктивным панкреатитом.

Материалы и методы: С 2022-2025 г. В исследование вошли 272 пациента с различными клинико-морфологическими формами ОДП: в контрольную группу вошло 88 пациентов. В основную - 184. Из них 2 - оперативное лечение, 182 - консервативное лечение. Всем пациентам была выполнена канюляция селезеночной артерии с последующим программированным введением лекарственных веществ в поджелудочную железу, включая улиностатин. Программа регионарной внутриартериальной перфузии медикаментов при

«Остром деструктивном панкреатите».

Препарат выбора. Улиностатин ингибитирует маркеры воспаления, многие сериновые протеазы, включая трипсин, химотрипсин, калликреин, плазмин, гранулоцитарную эластазу, катепсин, тромбин, и инактивирует производство факторов некроза опухоли (ФНО-альфа), интерлейкинов, стимулируемых эндотоксинами. Препарат ослабляет повышение высвобождения нейтрофилов эластазы, таким образом замедляя рост противовоспалительных цитокинов, а также ингибитирует

секрецию противовоспалительных цитокинов IL-1, IL-6, IL-8, IL-10, IL-11, ФНО-альфа. Также препарат ингибирует коагуляцию и фибринолиз, тем самым способствует улучшению.

Результаты: Средняя продолжительность нахождения в стационаре в основной группе составила 20,2 количество дней, на 4,3 количества дней меньше в сравнении с контрольной группой, что также коррелирует с динамикой показателей биохимического анализа крови.

Среднее значения уровня общего билирубина у больных: медикаментозное лечение включавшее внутриартериальное селективное введение улинастата снижалось с 65 мкмоль/л при поступлении до 22 ммоль/л к моменту выписки при равном статическом отклонении. Среднее значение уровня амилазы после лечения снижался с 2165 Ед/л при поступлении до 51 Ед/л к моменту выписки. Летальность в основной группе 4 (5,55%). В контрольной группе 8 (11,1%); ($p<0,05$)

Заключение: Результаты наших исследований показали высокую эффективность разработанной программы регионарной внутриартериальной перфузии медикаментов в лечения острого деструктивного панкреатита в сочетании с применением улинастата.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ И ТЕХНИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ВИРСУНГОЛИАЗОМ

Исмаилов С.И.¹, Акбаров М.М.^{1,2}, Ибадов Р.А.¹, Миролимов М.М.¹

¹Республиканский специализированный научно-практический центр хирургии им. академика В. Вахидова, 100115, Республика Узбекистан, г. Ташкент, ул. Кичик Халка Йули, д. 10

²Ташкентская медицинская академия, 100109, Республика Узбекистан, г. Ташкент, ул. Фарабий, д. 2

Хронический панкреатит (ХП) – воспалительное заболевание поджелудочной железы, которое часто осложняется вирсунголитиазом (наличием камней в панкреатическом протоке). Это состояние приводит к экзокринной и эндокринной дисфункции, болевому синдрому и механической обструкции. Хирургические методы лечения имеют важное значение, но выбор оптимальной тактики и техники остается актуальной проблемой.

Цель исследования. Разработка оптимальных тактических и технических подходов к хирургическому лечению хронического панкреатита, осложненного вирсунголитиазом.

Материалы и методы. Исследование проводилось в период с 2010 по 2024 годы среди пациентов с диагнозом хронический панкреатит и вирсунголитиаз. Пациенты были разделены на три группы:

1. Эндоскопические методы – эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ), сфинктеротомия, литоэкстракция.

2. Минимально инвазивные хирургические методы – лапароскопическая панкреатическая литотомия и дренирующие операции.

3. Открытые хирургические методы – панкреатоэноанастомоз по Пюстоу, операции Фрея и Бегера.

Оценивались клинические исходы, частота осложнений, продолжительность реабилитации и частота рецидивов.

Результаты. • Эндоскопические методы показали эффективность при камнях менее 1 см, расположенных в проксимальном отделе вирсунгова протока. Они обеспечили облегчение боли и сохранение функции поджелудочной железы у большинства пациентов.

• Минимально инвазивные методы были эффективны при крупных (≥ 1 см) и множественных камнях, способствуя сокращению реабилитационного периода за счет меньшей травматичности вмешательства.

• Открытые хирургические методы показали лучшие результаты при выраженном фиброзе паренхимы и стенозах панкреатического протока, обеспечивая надежное устранение болевого синдрома и восстановление функционального состояния железы.

Заключение. Хирургическое лечение хронического панкреатита, осложненного вирсунголитиазом, должно учитывать индивидуальные особенности пациента. Эндоскопические и лапароскопические методы предпочтительны при небольших и средних камнях, а при сложных случаях рекомендуется открытое хирургическое вмешательство. Такой поэтапный подход позволяет минимизировать осложнения, снизить частоту рецидивов и улучшить качество жизни пациентов.

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА, ОСЛОЖНЁННОГО ВИРСУНГОЛИАЗОМ: УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТЕХНИКИ ПАНКРЕАТОЕНОАНАСТОМОЗА

Акбаров М.М., Миролимов М.М.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени акад. В. Вахидова», г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Повышение эффективности хирургического лечения пациентов с хроническим панкреатитом, осложнённым камнеобразованием в главном панкреатическом протоке, за счёт внедрения индивидуализированных подходов к технике формирования панкреатоноанастомоза, адаптированной к морфологическому состоянию протока.

Материалы и методы. В исследование включены 47 пациентов, страдающих хроническим панкреатитом с наличием камней в протоках ПЖ, которые проходили лечение в специализированном центре хирургии. Применялись современные методы диагностики — УЗИ, мультиспиральная КТ, МРТ с холангиопанкреатографией. Все пациенты были разделены на группы по типу вмешательства: эндоскопическое и открытое. В основной группе применялись предложенные модификации формирования анастомоза.

Результаты. Анализ показал, что применение модифицированной техники шовной пластики позволило добиться существенного снижения частоты ранних осложнений. У пациентов, которым выполнялась операция по усовершенствованной методике, снизилась частота несостоительности анастомоза с 16,7% до 10,0%, необходимость в повторных хирургических вмешательствах полностью отсутствовала, а средняя длительность госпитализации сократилась почти на два дня. Также отмечено значительное снижение болевого синдрома и рецидивов камнеобразования в течение трёхлетнего наблюдения (с 33,3% до 5,0%).

Заключение. Разработанный подход позволяет хирургу индивидуально подходить к выбору техники шовной пластики, ориентируясь на морфологические особенности тканей. Это способствует улучшению послеоперационного периода, снижает риск осложнений и повышает долгосрочную эффективность лечения. Методика может быть рекомендована к внедрению в клиническую практику отделений хирургии поджелудочной железы. Предложены и апробированы новые модификации наложения швов при формировании панкреатоноанастомоза. Техника варьируется в зависимости от консистенции и анатомических особенностей стенки главного панкреатического протока, что позволяет снизить вероятность формирования послеоперационных осложнений, таких как несостоительность анастомоза, кровотечение и формирование панкреатических свищей.

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ КОАГУЛЯЦИИ ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ У ВЗРОСЛЫХ

Куандыков Т.К., Сейсенбаев Н.Н., Жумабекова М.А.,
Кудайбергенов Е.К., Шолпанкулов Б.С.

Национальный научный центр хирургии
им. А.Н. Сызганова Алматы, Республика Казахстан

Цирроз печени как правило сопровождается тяжелыми нарушениями коагуляции, а оптимальная коррекция коагуляции остается одной из самых сложных задач при трансплантации печени. В настоящее время, ряд пациентов во время трансплантации печени нуждаются в активном восполнении факторов свертывания.

Цель исследования: определить состояния, при которых у взрослых пациентов во время трансплантации печени используются свежезамороженная плазма (СЗП), криопреципитат, переливание тромбоцитов и применение концентратов факторов свертывания.

Материалы и методы: после одобрения Локального этического комитета мы ретроспективно изучили 226 взрослых пациентов с циррозом печени, прооперированных в нашем Центре в период с 2016 по 2024 год. Мы изучали показатели коагулограммы: активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), протромбиновый индекс (ПИ), международное нормализованное отношение (МНО), уровень сывороточного фибриногена А (ФА); количество тромбоцитов (PLT) и показатели тромбоэластограммы (K; R; угол α ; MA; LY30). Выявили объем свежезамороженной плазмы (СЗП), криопреципитата, переливаемых тромбоцитов и концентратов факторов свертывания, примененных во время операции.

Результаты и обсуждение: средний возраст пациентов составил $42,6 \pm 9,4$ (24-67) лет, пол мужской/женский составил 61,1/38,9%, средняя масса тела составила $64,0 \pm 9,8$ (48-82) кг. Средний индекс массы тела составил $23,3 \pm 2,9$, среднее количество баллов по шкале MELD составило $17,1 \pm 4,4$, средний балл по шкале CLIF-CACLF составил $38,5 \pm 14,2$ (16-48). У 175 пациентов был асцит (77,4%), у 154 пациентов был гиперспленизм (68,1%), у 19 пациентов был гепаторенальный синдром (8,4%), у 46 пациентов был гидроторакс (20,4%), у 154 пациентов была коагулопатия (68,1%), у 21 пациента наблюдалась энцефалопатия (9,3%).

Этиология цирроза печени была следующей: вирус гепатита В 35 (29,2%); вирус гепатита В + D 31 (25,8%); вирус гепатита С 19 (15,8%); вирус гепатита В + С; неалкогольная жировая болезнь печени 9 (7,5%); алиментарная жировая болезнь печени 5 (4,2%); аутоиммунный гепатит 16 (13,3%); первичный билиарный цирроз 5 (4,2%).

Средняя продолжительность пребывания в отделении интенсивной терапии составила $7,6 \pm 5,1$ (5-27) дней. Средняя продолжительность пребывания в больнице составила $26,3 \pm 18,9$ (10-56) дней.

У 154 (68,1%) пациентов наблюдалась тяжелая коагулопатия и активное кровотечение во время

операции, всем этим пациентам применяли СЗП, криопреципитат, тромбоциты и концентрат факторов свертывания крови. Поводом для активной коррекции коагулопатии были значительная коагулопатия и кровотечение. Средний объем кровотечения составил $2312 \pm 2345,7$ мл (1500-3500).

Переливание СЗП начиналось, когда у пациентов кровопотеря составляла более 1500 мл и наблюдалась коагулопатия с показателями АЧТВ $87,8 \pm 35,8$ сек; ПИ $28,5 \pm 13,0\%$; МНО $3,17 \pm 0,91$; R $8,7 \pm 3,6$ мин; K $5,1 \pm 2,6$ мин.

Переливание криопреципитата начиналось при активном кровотечении более 1320 мл с уровнем ФА ниже $0,56 \pm 0,74$ г/л и углом а ниже $44,0 \pm 14,2$ градуса.

Переливание тромбоцитов начиналось при активном кровотечении более 1850 мл с количеством тромбоцитов в крови ниже $24,3 \pm 12,2$ тыс/мкл и снижении МАдо $24,6 \pm 10,8$ мм.

Поводом для применения концентрата факторов свертывания были кровотечение более 3500 мл и коагулопатией с АЧТВ более $98,7 \pm 45,2$ сек; ПИ менее $18,4 \pm 19,8\%$; МНО более $5,69 \pm 3,75$; ФА менее $1,1 \pm 2,7$ г/л; R более $14,4 \pm 7,9$ мин; K более $12,4 \pm 8,3$ мин; угол а менее $25,0 \pm 26,9$ градусов.

Заключение: 68% взрослых пациентов, при трансплантации печени нуждаются в активном введении факторов свертывания для остановки кровотечения во время операции.

БИЛИРУБИНОВАЯ СОРБЦИЯ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ Возможности современной экстракорпоральной детоксикации

**Куандыков Т.К., Мутагиров В.В., Мухашов Н.А.,
Кудайбергенова А.Н., Оспанов К.А.**

Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова, Алматы, Республика Казахстан

В настоящее время поддержание функции печени при печеночной недостаточности остается одним из трудных проблем в гепатобилиарной хирургии. Методы очищения крови и плазмы активно стали использоваться для лечения гипербилирубинемии только в последние два десятилетия. Небиоартифициальная печень – это главная альтернатива в очищении крови при гипербилирубинемии, который включает в себя гемоперфузию, плазмоперфузию, гемодиализ, молекулярную адсорбционную систему.

Цель исследования: оценить эффективность эффеरентных способов детоксикации при печеночной недостаточности.

Материалы и методы: описан клинический слу-

чай применения билирубиновой сорбции у пациента с острой печеночной недостаточностью после трансплантации печени.

Результаты и обсуждение: пациент Т., женщина, в возрасте 58 лет с диагнозом: Цирроз печени в исходе хронического вирусного гепатита В с Д-агентом, MELD 31. Класс С по СТР. Печеночно-клеточная недостаточность тяжелой степени. Печеночная энцефалопатия. Коагулопатия. Синдром портальной гипертензии. Варикозное расширение вен пищевода 2 степени. Асцит 3 степени по IAC. Гепаторенальный синдром. Острая почечная недостаточность преренальный вариант, стадия I по RIFLE в стадии разрешения. Мочекаменная болезнь правой почки. Кардиомиопатия смешанного генеза. ХСН II ФК по NYHA, стадия В по ACCF/AHA. В плановом порядке пациенту выполнена операция Лапаротомия по Черни справа. Гепатэктомия. Имплантация левой доли печени от живого донора. Билио-билиарный анастомоз на каркасном дренаже. Дренирование брюшной полости, малого таза. В раннем послеоперационном периоде возникло реперфузионное поражение печени. Острая почечная недостаточность. Вторичная коагулопатия. Энцефалопатия. Острая почечная недостаточность. На этом фоне через 2 суток присоединилась острая почечная недостаточность. Проводимая терапия в виде энтеральной и внутривенной гидратации, инфузии альбумина 20%, магнезиальной терапии, применения салуретиков не принесла успеха, состояние прогрессивно усугублялось. В связи с прогрессированием азотемии, на 5 сутки начата непрерывная заместительная почечная терапия (НЗПТ). На фоне печеночной недостаточности и уремии присоединилась энцефалопатия, которая значительно усугубилась к 7 суткам. Интенсивная терапия печеночной энцефалопатии с применением лактулозы, очистительных клизм с лактулозой, инфузии орнитин-аспартата, деконтаминации ЖКТ – рифаксимином, антибактериальной терапии ципрофлоксацином в течение нескольких дней с неудовлетворительным эффектом. В связи с чем на 10 сутки после операции начата билирубиновая сорбция. Билирубиновая сорбция применена в стандартном CVVHD-контуре НЗПТ с плазмасепаратором на аппарате Diapact BBraun. Использована полимерная плазмасорбционная колонка для таргетной элиминации билирубина BS330. Продолжительность непрерывного применения одной колонки составила 36-54 часа. Антикоагулянт не применялся, в связи с выраженной вторичной коагулопатией. Тромбирования контура не было.

Результаты: Снижение билирубина при использовании билирубиновой плазмасорбции отмечено уже через 6 часов после инициации процедуры. Отмечено снижение уровня общего билирубина в крови в 2,2 раза (с 456,7 мкмоль/л до 210,3 мкмоль/л).

Осложнений, связанных с применением метода экстракорпоральной детоксикации не выявлено.

Заключение: Плазмасорбция является эффективным эfferентным методом терапии гипербилирубинемии у пациентов с дисфункцией печеночного трансплантата. При применении сорбента BS330 отмечается снижение уровня билирубина в 2,2 раза (с 456,7 мкмоль/л до 210,3 мкмоль/л). Осложнений, связанных с применением сорбента BS330, в описываемом случае не было.

ОСЛОЖНЕНИЯ РЕГИОНАРНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ПЕЧЕНИ

Поликарпов А.А., Гранов Д.А.

ФГУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий им ак. А.М.Гранова МЗ РФ», Санкт-Петербург

Цель. Проанализировать осложнения химиоэмболизации печеночной артерии (ХЭПА) по результатам 1200 процедур у 450 пациентов со злокачественными опухолями печени и провести анализ современной литературы.

Материал и методы. Осложнения ХЭПА можно разделить на внутри- и внепеченочные. Первые связаны с ишемическим повреждением опухоли и структур печени, вторые – с рефлюксом эмболизата в артерии соседних органов. ХЭПА сопровождается постэмболизационным синдромом. Его тяжесть зависит от плотности и объема выполненной окклюзии. Наиболее частыми осложнениями является печеночная или мультиорганская недостаточность, обусловленная некрозом массивной опухоли и недостаточными функциональными резервами печени, ишемический холецистит, холангит, инфаркт и абсцесс печени, сепсис. Редкими осложнениями являются инфарктов селезенки, ишемическое повреждение желудка и поджелудочной железы, связанные с попаданием частиц химиоэмболизата в «нечелевые» артерии. Редкими но жизнеугрожающими осложнениями ХЭПА являются разрыв опухоли при вне капсульном расположении и «плотной» эмболизации и кровотечения из ВРВ пищевода в следствии усиления портальной гипертензии.

Результаты. По нашим данным, наибольшее число осложнений наблюдалось после выполнения ХЭПА. Для купирования 4 из 9 осложнений (44%) ХЭПА потребовалось инвазивное вмешательство в виде чрескожного дренирования. Всего после 1200 лечебных процедур у 450 больных общая летальность составила 1,1 %, частота осложнений

5,3%, причем инвазивное лечение для их устранения понадобилось в 0,5 % случаев.

Заключение: ХЭПА в лечении пациентов злокачественными опухолями печени являются относительно безопасными процедурами при условии правильного их выполнения.

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЧАГОВЫХ БОЛЕЗНЕЙ ПЕЧЕНИ В ЗОНЕ ЮЖНОГО ПРИАРАЛЬЯ

Ходжиев Д.Ш., Кабулов М.К., Султанзада Н.Д.

¹Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, Узбекистан, Ургенч

²Каракалпакстанский медицинский институт, Узбекистан, Нукус

³Частная многопрофильная клиника «Бахтилиоила», Узбекистан, Ургенч

Настоящее исследование направлено на улучшение хирургических подходов к лечению пациентов с очаговыми поражениями печени в регионе Южного Приаралья, что позволит повысить эффективности терапии и снизить риск осложнений.

Материал и методы. В период с 2019 по 2024 год в хирургическом отделении клиники «Бахтилиоила» было выполнено 67 оперативных вмешательств у пациентов с различными поражениями печени. В исследуемой группе преобладали женщины - 44 (65,7%) случая по сравнению с мужчинами - 23 (34,3%). Возраст пациентов варьировал от 40 до 74 лет. Среди выявленных патологий: первичный рак печени диагностирован 39 (58,2%) больных, гемангиомы - у 15 (22,3%), фокальная нодулярная гиперплазия — у 10 (14,9 %), метастатическое поражение печени — у 3 (4,5%) пациентов. Онкологический диагноз подтверждён методом гистологического исследования удалённого макропрепарата: в 39 случаях гепатоцеллюлярный рак (ГЦР), а также в 3 случаях метастатического поражения печени установлена колоректальная аденокарцинома. У остальных 26 больных установлены доброкачественные опухоли.

Результаты. Диагностический алгоритм включал лабораторные исследования и инструментальные методы визуализации: ультразвуковое исследование (УЗИ), магнитно-резонансную томографию (МРТ), мультиспиральную компьютерную томографию с ангиографией (МСКТ-ангиография), эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС) и трепан биопсия печени. Выполнены следующие хирургические вмешательства: правосторонняя гемигепатэктомия (38 случаев), левосторонняя гемигепатэктомия (12 случаев), расширенная гемигепатэктомия (8 случаев), атипичная резекция (6 случаев) и ком-

бинированные операции - резекция рака толстой кишки + сегментарная резекция печени (3 случая). Для диссекции паренхимы печени применялись различные методики: дигитоклазия, монополярная и биполярная коагуляция, ультразвуковой скальпель Harmonic. Средний объём интраоперационной кровопотери составил 1050 ± 420 мл, независимо от применяемого метода диссекции печени. В послеоперационном периоде осложнения зарегистрированы у 8 пациентов (11,9%), в том числе печеночная недостаточность (4 случая), билиарное выделение жёлчи из печени (2), реактивный плеврит (1), послеоперационный абсцесс (1), нагноение раны (1). Летальность составила 3 % (2 больных), обусловленных печеночной недостаточностью и острым инфарктом миокарда. При наблюдении в течение двух лет после резекции печени по поводу злокачественных новообразований рецидивы не зарегистрированы.

Заключение. Несмотря на эффективность хирургического лечения очаговых поражений печени, его проведение сопряжено с трудностями, включая необходимость высокой квалификации хирурга, риск осложнений и ограниченные возможности трансплантации. Дальнейшие исследования направлены на оптимизацию хирургической тактики и снижение послеоперационных рисков, что повысит выживаемость и качество жизни пациентов.

ОБЛЫСТЫҚ АУРУХАНА ДЕҢГЕЙІНДЕ МЕХАНИКАЛЫҚ САРҒАЮ СИНДРОМЫ КЕЗІНДЕ ТЕРІ АРҚЫЛЫ ЖАСАЛАТЫН КІШІ ИНВАЗИВТІ ОПЕРАЦИЯЛАР ТӘЖІРИБЕСІ

Шанаев Д.Т., Сағынбаева Б.М., Қайдар Ж.Ә.,
Куанышов А.Б.

ШЖҚ КМК «Атырау облыстық аурұханасы». Атырау
қаласы, Қазақстан

Әзектілігі. Механикалық сарғаюы бар науқастарға жасалатын шұғыл хирургиялық операциялар көптеген асқынулар түдірады, ал өлім деңгейі 15-30% құрайды. Бұл механикалық сарғаюды негізгі операцияға дейін жоюға болатын жағдайдан 4 есе жоғары көрсеткіш.

Механикалық сарғаю кезінде өт жолдарына ашық түрде жасалатын операциялармен салыстырғанда ультрадыбыстың қөмегімен тери және бауыр

арқылы жасалатын хирургиялық операциялардың артықшылығына операциядан кейінгі асқыну деңгейінің төмендігі және аз жарақатты болуы жатады.

Зерттеудің мақсаты: Әр түрлі себептерден болатын механикалық сарғаю клиникасы бар науқастарды емдеуде Атырау Облыстық аурұханасының деңгейінде тери және бауыр арқылы жасалатын кіші инвазивті операцияларды тәжірибеге енгізу.

Мәліметтер мен әдісі. 01.04.2024 жыл мен 01.04.2025 жыл аралығында «Атырау Облыстық Аурұханасының» жалпы хирургия бөліміне 92 науқас механикалық сарғаю синдромымен стационарлық емге жатқызылды. Соның ішінде, үйқы безі базының қатерлі ісігімен 24 науқас, өт жолдарының терминалды бөлігінің қатерлі ісігімен 13 науқас, Клацкин ісігі бойынша 9 науқас, Мириззи синдромымен 11 науқас, жедел деструктивті тасты холецистит диагнозымен 15 науқас, холедохолитиаз диагнозы бойынша 11 науқас, бауыр абсцессімен 9 науқас тіркелді. Барлық науқастарға өт жолдарын сыртқа дренаждау үшін ультрадыбыс пен рентген көмегімен тери және бауыр арқылы ота жасалды.

Нәтижелері. Биохимиялық қан анализінде билирубиннің жалпы орташа мөлшері 326 ммоль/л ($120 - 532 \text{ ммоль/л}$) құрады. Науқастардың орташа жасы 68 жас ($33 - 81$ жас аралығы). Науқастардың стационарда болуының орташа үзақтығы 8 күн (ең азы - 6 күн; ең көбі - 13 күн). Тері және бауыр арқылы жасалатын операциялардың тиімділігі 97% құрайды.

Тері және бауыр арқылы дренаждаудан кейін науқастарға 5 - 6 тәулікте II кезеңде ЭРХПГ.ЭПСТ. Холедохолитоэкстракция операциясы жасалды. Жедел деструктивті тасты холецистит және Мириззи синдромы бойынша жасалған өт жолдарын тери және бауыр арқылы дренаждау операциясынан кейін 2-4 ай аралығында холецистэктомия операциясы жасалды.

Операциядан кейінгі кезеңде 1 (2,4%) асқыну тіркелді, науқаста бауырдың капсула асты гематомасы анықталып, консервативті емнен кейін он мәнді нәтиже болды. Науқас қанағаттанарлық жағдайда аурұханадан шығарылды.

Стационарда бақылау барысында операциядан кейінгі кезеңде өлім көрсеткіші тіркелген жоқ.

Қорытынды. Науқастардағы механикалық сарғаю синдромының емдеу кезінде ультрадыбысты зерттеу қөмегімен жасалатын тери және бауыр арқылы холецистохолангистомия операциясы шұғыл хирургия саласындағы ең тиімді әдістердің бірі болып табылады.

II. Современные подходы в хирургии желудочно-кишечного тракта, органов грудной клетки и эндокринных органов

СОВРЕМЕННЫЕ МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ В ГЕРНИОЛОГИИ

Шанаев Д.Т., Сигуатов М.С., Султангалиев Б.Н.
КГП на ПХВ «Атырауская областная больница»,
г.Атырау, Республика Казахстан

Цель работы: Целью исследования является анализ динамики применения лапароскопических методов в лечении грыж брюшной полости в областной больнице за период с 2019 по 2024 год, а также оценка результатов лечения.

Материалы и методы: Анализируется количество операций по лечению грыж брюшной полости, проведенных в областной больнице в период с 2019 по 2024 год. Использованы данные о числе операций и доле лапароскопических вмешательств в общей структуре. Лапароскопические операции выполнялись по стандартной методике с использованием современного хирургического оборудования. Методы статистической обработки данных — описание, процентное соотношение.

Результаты: С 2019 года по 2024 год в областной больнице наблюдается устойчивый рост числа операций по лечению грыж брюшной полости. В 2019 году было проведено 191 вмешательство, из которых 11% составили лапароскопические операции. В 2020 году прооперировано 145 пациентов, доля лапароскопии составила 16%. В 2021 году количество операций увеличилось до 172, при этом 21% из них были выполнены лапароскопически. В 2022 году было прооперировано 189 пациентов, из которых 29% операций были лапароскопическими. В 2023 году количество операций возросло до 209, и доля лапароскопии составила 32%. К 2024 году количество операции составило 202, из них лапароскопия стала основным методом, с долей операций, составившей 35%. Внедрение лапароскопии позволило значительно снизить уровень послеоперационных осложнений и сократить время восстановления пациентов. Кроме того, в последние годы активно используются методы TAPP (transabdominal preperitoneal repair) и IPOM (intraperitoneal onlay mesh). В 2024 году было выполнено 52 операций по методу TAPP, с ежегодным увеличением количества таких вмешательств. Пластика методом IPOM также продемонстрировала рост с каждым годом, в 2024 году их количество

составило 11 операции, что свидетельствует о повышении квалификации хирургов и успешном внедрении данных методов в клиническую практику. Одним из нововведений стало применение операции TAPP для лечения пупочных грыж, в 2024 году их было сделано 5 операции, а также внедрение метода eTERP (enhanced view totally extraperitoneal repair) для лечения паховых грыж в количестве 3 операции в 2024 году. Эти инновационные подходы позволили существенно повысить эффективность лечения и улучшить результаты послеоперационного восстановления пациентов.

Заключение: Динамика увеличения числа лапароскопических вмешательств в области лечения грыж брюшной полости в областной больнице подтверждает успешное внедрение современных малоинвазивных методов. С каждым годом наблюдается повышение квалификации медицинского персонала, улучшение технической базы и уверенности в применении лапароскопии. Этот процесс привел к улучшению качества медицинской помощи, снижению травматичности операций и сокращению времени восстановления пациентов. Внедрение таких методов, как TAPP и eTERP, а также использование лапароскопической пластики с применением сетчатых имплантатов методом IPOM, значительно расширило возможности лечения пациентов с различными видами грыж брюшной полости.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИИ РАКА ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

**Шакеев К.Т.¹, Кожамбердин К.Е.²,
Жумакаев А.М.², Масутбек А.С.²**

¹НАО «Карагандинский медицинский университет»
²КГП на ПХВ «Многопрофильная больница №3
г.Караганды»

Актуальность: Частота колоректального неуклонно продолжает увеличиваться, а эффективность лечения определяется возможностью радикальной операции. Следует отметить, что радикально выполненная операция с лимфодиссекцией D2 эффективное выполнять при лапароскопической технологии, так как более лучшая визуализация и дифференциация тканей позволяет с высокой точностью выполнять мобилизацию.

Цель исследования: определить эффективность лапароскопической технологии правосторонней гемиколэктомии.

Материал и методы: на базе КГП на ПХВ «Многопрофильная больница №3 г. Караганды» за период 2021 г. по 2025 г. включительно 6 месяцев было выполнено 221 операций при раке правой половины ободочной кишки. Объем операции определялся локализацией и распространностью процесса: правосторонняя гемиколэктомия 213 (96,3%), расширенная правосторонняя гемиколэктомия 8 (3,7%). Следует отметить, что лапароскопическая технология начала внедряться с 2022 г. Для сравнения эффективности выделены группа больных, которым выполнена лапаротомия 154 (69,8%) и лапароскопическая технология 67 (30,3%). Критерием оценки определены интраоперационные осложнения со стороны зоны операционного воздействия, состоятельность анастомоза и раневые гнойно-деструктивные процессы, сроки активизации пациента.

Результаты: при выполнении лапаротомии у 154 больных были отмечены следующие осложнения 10,3%: частичная несостоятельность илеотрансверзоанастомоза у 4 (2,6%), нагноение лапаротомной раны 8 (%), эвентерация у 3 (1,3%), ранняя спаечная кишечная непроходимость 3 (%), абсцесс брюшной полости у 1 (%). В группе больных 67, которым выполнены лапароскопические вмешательства осложнения имели место в 7,4%: частичная несостоятельность илеотрансверзоанастомоза у 2 (2,9%), серома области минилапаротомной раны у 3 (4,4%). Следует отметить, что после лапаротомии из-за болевого синдрома активация была в среднем на 3-4 сутки, деятельность кишечника восстанавливалась на 3-4 сутки, возможно из-за травматичности доступа. При лапароскопических вмешательствах на 2 сутки была активация больных, а деятельность кишечного тракта восстанавливалась на 2-3 сутки. Лапароскопические технологии начали с 2022 г. и имели определенные трудности в период освоения методики.

Заключение: таким образом, при лапароскопических технологиях частота осложнений 7,4 % в сравнении в открытыми вмешательствами 10,3%. Меньше осложнений при лапароскопических вмешательствах за счет меньшей травматичности, при этом отмечалась более ранняя активация пациентов и восстановление деятельности кишечного тракта, снижение частоты осложнений зоны операционного воздействия.

ВОРОНКООБРАЗНАЯ ДЕФОРМАЦИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ: НАШ ВЗГЛЯД НА СОВРЕМЕННУЮ ХИРУРГИЧЕСКУЮ ТАКТИКУ

Хаялиев Р.Я., Абдусаломов С.А.

Республиканский научно-практический центр спортивной медицины, клиника «Соф Нафас», г. Ташкент, Узбекистан.

Целью работы является улучшение результатов лечения пациентов с воронкообразной деформацией грудной клетки на основе разработки критериев применения адекватных видов хирургической помощи с учетом типа и степени деформации.

Материалы и методы: За период 2018-2024 г. мы наблюдали 3525 детей и убедились, что данный метод эффективен и безопасен, а также может выступать альтернативой хирургическому лечению. Из этого числа, пациенты из Узбекистана и стран Средней Азии составили 648 детей, из них 506 (78%) мальчиков и 142 (22%) девочки. Следует отметить, что основное большинство детей начали вакуумную терапию после 2022 года. Наилучшие результаты были у детей от 7 до 15 лет. По нашему опыту альтернативный метод лечения эффективен от 4 до 20 лет у мальчиков и от 4 до 12 лет у девочек. У лиц женского пола формирование скелета идет более быстрыми темпами и к моменту завершения полового созревания (13-16 лет) эластичность грудной клетки резко снижается, что является относительным противопоказанием к проведению вакуумной колоколтерапии, в данных случаях необходимо оперативное вмешательство.

Результаты: На данный момент полностью излечились 247 (38%) детей, остальные на этапе пролонгации и стабилизации положительного эффекта. Необходимо отметить, что большую часть составляют дети и подростки от 4 до 16 лет – до 92%, 16 детей до 4 лет и 47 пациентов старше 16 лет. Есть пациенты старше 20 лет с положительной динамикой. Главный принцип действия титановых пластин, устанавливаемых при операции Насса – это длительное давление изнутри кнауажи на деформированную часть грудины и хрящей. Вакуумный колокол действует по такому же принципу, только тянет снаружи. Таким образом, и там и здесь работает один закон физики – длительное давление. Главное при лечении деформаций конкретизировать показания к каждому методу. Как рекомендует сам Дональд Насс, не следует выполнять операции у детей до 7 лет, это зачастую даже больше травмирует скелет и может привести к необратимым последствиям. И операция «лишает» ребенка детства.

Заключение: По нашему мнению, операцию следует выполнять после остановки быстрого роста, чаще всего у девочек после 11-12 лет, у мальчиков после 16 лет. И в тех случаях, когда лечение вакуумным колоколом заведомо не принесет эффекта. Дело в том, что многие специалисты дискредитируют альтернативный метод, не понимая

главную стратегию – постепенно увеличивая время ношения колокола, доводить экспозицию выше 12 часов в сутки, а желательно до 18 часов в сутки. Только тогда мы вправе ожидать хороший и отличный эффект.

ТАРР-ПЛАСТИКА СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Таштемиров К. К.¹, Халам Д.¹, Таштемирова О.Г.²

¹КГП на ПХВ «Павлодарская областная больница им. Г. Султанова», г. Павлодар, РК

²Павлодарский филиал НАО «Медицинский университет Семей»

Цель исследования: Улучшение результатов лечения паховых грыж путем применения современных методов пластики: ТАРР (трансабдоминальная предбрюшинная пластика) и ТЕР (тотальная экстраперитонеальная пластика).

Материалы и методы: Исследование – проспективное не рандомизированное клиническое. Представлены результаты обследования и лечения 718 пациентов с паховой грыжей в отделении хирургии КГП на ПХВ «Павлодарская областная больница им. Г. Султанова» с 2020 по 2025 гг. Субъективная оценка проводилась на основании жалоб пациентов и физикального осмотра. Проведен анализ выраженности болевого синдрома, осложнений и рецидивов послеоперационном периоде, а также длительности госпитализации. Различия между качественными переменными в группах определяли с помощью критерия Хи квадрат Пирсона. Для сравнения количественных переменных в однородных группах (до и после лечения) использован критерий Вилкоксона. Для оценки значимости различий показателей, ввиду неправильного распределения признака в вариационном ряду, применялся критерий Манна-Уитни, при $p \leq 0,05$.

Результаты: В отделении хирургии КГП на ПХВ «Павлодарская областная больница им. Г. Султанова» за период с 2020 по 2025 годы прооперировано 718 пациентов с паховой грыжей, что составило 51,4% всех плановых операций, из них преобладали мужчины – 652 (90,8%), а женщин пролечено 66 (9,2%). Средний возраст пациентов составил 50,8±3,7 лет, на трудоспособный возраст приходилось 50,4% (362 пациента) случаев. Односторонняя косая грыжа выявлена у 474 (66,0%) пациентов, прямая – у 244 (34,0%) пациентов. Двусторонняя грыжа отмечена у 70 (9,7%) пациентов, рецидивная – у 13 (1,8%) пациентов. Сопутствующая патология диагностирована у 434 (60,4%) пациентов, из них преобладали заболевания сердечно-сосудистой системы, что составило 67,5% (293 пациента) случаев.

Из 718 пациентов методом трансабдоминальная предбрюшинная пластика (ТАРР) выполнена 230 (32,0%) пациентам, а тотальная экстраперитонеальная пластика (ТЕР) проведена 106 (14,8%) пациентам. Группу сравнения составило 382 (53,2%) пациента, которым проведена пластика по Лихтенштейну. Все операции проводились под эндотрахеальным наркозом.

При проведении сравнительного анализа установлено, что послеоперационные осложнения (в основном серомы) при ТАРР отмечены в 2,6% (6 пациентов) случаев, при ТЕР в 3,8% (4 пациентов) случаев, а в группе сравнения после пластики по Лихтенштейну осложнения выявлены у 13 (3,4%) пациентов. Средняя длительность пребывания пациентов в койке после пластики ТАРР составила 6,7±2,3 дня, после пластики ТЕР – 4,7±2,1 дня, а после пластики по Лихтенштейну – 7,8±1,1 дня ($p < 0,01$). Потребность пациентов в анальгетиках после ТАРР – 4,7±2,4 койко-дня, после Лихтенштейна – 7,8±1,5 койко-дня ($p < 0,05$). Летальных исходов не было. Частота рецидивов при пластиках по ТАРР и ТЕР составила 1,2%, после пластики по Лихтенштейну – 2%.

Заключение: Таким образом, проведенный анализ показал, что применение современных методов: трансабдоминальная предбрюшинная пластика и (ТАРР) тотальная экстраперитонеальная пластика (ТЕР), при лечении паховых грыж обеспечивают более быстрое восстановление и меньшую выраженность болевого синдрома, высокую эффективность и безопасность путем снижения количества осложнений и рецидивов.

Оптимальный алгоритм лечения паховой грыжи дает приоритет лапароскопическим методам трансабдоминальная предбрюшинная пластика и (ТАРР) тотальная экстраперитонеальная пластика (ТЕР), что обеспечивает лучшие результаты для пациентов и соответствует современным международным рекомендациям.

EXPERIENCE OF PERFORMING LAPAROSCOPIC GASTRECTOMY AT SUNKAR PREMIUM MEDICAL CENTER

SergazinZh. R., Annaorazov Y.A.

Khoja AkhmetYassawi International Kazakh-Turkish University, Turkestan, Kazakhstan

The aim of this study is to evaluate the institutional experience, safety, and short-term outcomes of laparoscopic gastrectomy performed at Sunkar Premium Medical Center, focusing on surgical indications, techniques, and postoperative recovery.

Materials and Methods: A retrospective analysis

was conducted on patients who underwent laparoscopic gastrectomy at Sunkar Premium from January 2024 to June 2025. Data were collected on patient demographics, surgical indications (benign or malignant pathology), type of gastrectomy (total or subtotal), operative time, intraoperative complications, duration of hospital stay, and postoperative morbidity. All procedures were performed using a standardized laparoscopic approach with five trocars under general anesthesia.

Results: A total of 10 laparoscopic gastrectomies were performed during the study period. The mean age of patients was 57.4 ± 10.7 years, with a male-to-female ratio of 1.5:1. Indications included gastric cancer (n=6), complicated peptic ulcer disease (n=3), and gastrointestinal stromal tumor (GIST) (n=1). The mean operative time was 176 ± 22 minutes. Conversion to open surgery was required in one case (10%) due to intraoperative bleeding. The average length of hospital stay was 6.3 ± 1.5 days. Postoperative complications occurred in 2 patients (20%), including one case of delayed gastric emptying and one wound infection. There was no perioperative mortality.

Conclusion: Laparoscopic gastrectomy performed at Sunkar Premium Medical Center demonstrates acceptable safety and feasibility with encouraging short-term outcomes. Structured surgical training and adherence to standardized protocols contribute to improved patient care and reduced complication rates.

THE USE OF A NODULAR SUTURE DURING CREATION OF A FUNDOPPLICATION CUFF TO IMPROVE CONTROL OF THE LOWER THIRD OF THE ESOPHAGUS AND THE UPPER THIRD OF THE GASTRIC

Sergazin Zh. R., Annaorazov Y.A., Mukanova U.A.
Khoja AkhmetYassawi International Kazakh-Turkish University, Turkestan, Kazakhstan

Monitoring of the esophagus and stomach before applying a fundoplication cuff during single-anastomotic gastric bypass (OAG) and in all other types of surgery is a very important step. Since the functionality of the applied cuff depends on it. In order to achieve the maximum level of control with combined OAGB with Fundoring according to O.B. Ospanov, we suggest using one separate surgical node that makes it possible to control the height, width, level of fixation as well as the position of this cuff.

The purpose of this study is to evaluate the effect of this method in a randomized controlled trial (RCT).

Material and methods were a single-center pro-

spective interventional open (without masking) RCT. To achieve the task, we measured the overall visualization and mobility of the future cuff after applying one separate node and continuous stitching of the cuff.

Results. 50 patients were included in the study (n=20 one separate node [ORU] versus n=25 patients with standard continuous stitching [SNP] with complete follow-up data. There was no insolvency, bleeding, or fatalities in any of the groups.

Conclusion. We obtained visualization of the esophagus and the upper third of the stomach and free mobility of the cuff along the entire length of the gastric spider in the ORU group of 80% versus 33% in the SNP group.

ВИДЕОТОРАКОСКОПИЯ ПРИ ПРОНИКАЮЩИХ РАНЕНИЯХ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Рысбеков М.М., Алиев М.Ф., Койгельдиев Т.Т.,

Оркашбаев Н.С., Болат С.Н., Оран А.Е.

ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница №2», г. Астана

НАО «Медицинский университет Астана»

Кафедра хирургических болезней №2 имени Цой Г.В.

Цель исследования: провести ретроспективный анализ результатов применения ранней торакоскопии и видеоассистированной торакоскопии (VATS) при открытых проникающих ранениях органов грудной клетки.

Материалы и методы: С 2021 по декабрь 2024 года в отделение торакальной хирургии проходили лечение 394 (100%) пациентов с проникающими колото-резанными ранениями грудной клетки, которым была выполнена лечебно-диагностическая видеоторакоскопия. Распределение пациентов по клиническим формам: гемопневмоторакс-56 (14,2%), гемоторакс-76 (19,3%), торакоабдоминальные ранения-29 (7,4%), без признаков гемопневмоторакса — 14 (3,6%), торакоскопия сопровождалась с миниторакотомией 20 (5,0%). Средний возраст пациентов составил $23,4 \pm 1,2$ года (от 16 до 45 лет). Количество мужчин было 288 (73%), женщин-106 (27%). VATS проводилась при стабильных гемодинамических показателях под эндотрахеальным наркозом, в ряде случаев — с раздельной интубацией бронхов. Показания к видеоторакоскопии включали пневмоторакс, гемоторакс, гемопневмоторакс. Противопоказания: геморрагический шок, ранения сердца, большой гемоторакс.

Результаты: Оперативные вмешательства и находки: Раны лёгкого диагностированы у пациентов 87 (22,1%), Интра- и субплевральные гематомы-39 случаев (9,9%), Кровотечение из межреберных

сосудов-65 пациентов (16,5%), Ранения диафрагмы-27 пациентов (6,9%), Гемоперикард-1 случай (0,25%). Хирургические манипуляции: Гемостаз ран лёгких и межрёберных сосудов с использованием биполярной коагуляции-159 пациентов, Удаление гематом-70 случаев, Ушивание ран лёгких-132 пациентов, Ушивание диафрагмы-27 пациентов.

Топографо-анатомическое соотношение повреждений: в 209 случаях (53%) раны лёгкого соответствовали проекции повреждения грудной стенки, в 138 случаях (35%) наблюдалось несоответствие между наружной раной и локализацией повреждения, в 62 случаях (12%) выявлены проникающие ранения диафрагмы и перикарда. Комбинированные вмешательства: В 20 случаях (5,2%) видеоторакоскопия сочеталась с миниторакотомией по причине тяжести и сложности повреждений (раны диафрагмы, лёгкого, средостения).

Показатели эффективности: Средняя продолжительность госпитализации составила $6,1 \pm 1,03$ койко-дня. Летальность — 1 случай (0,03%), обусловленный торакоабдоминальным ранением, несовместимым с жизнью. Проведены следующие лечебные мероприятия: аэростаз, гемостаз ран легкого и межреберных сосудов с помощью биполярной коагуляции 297(78,3%), удаление интрапульмональных и субплевральных гематом 39 (9,9%), ушивание ран легкого 87(22,1%), диафрагмы 27(6,9%) Установлено, что в 53% случаев (209 пациентов) раны легкого соответствовали проекции повреждений грудной стенки. В 35% случаев (138 пациентов) раны не соответствовали проекции повреждения грудной клетки. В 12% случаев (47 пациентов) выявлены проникающие ранения диафрагмы и перикарда. В 20 случаях (5,2%) при ранении легких, диафрагмы и средостения видеоторакоскопия сочеталась с миниторакотомией. Летальность составила 0,03% (1 случай-торакоабдоминальное ранение не совместимое с жизнью). Средняя длительность пребывания в стационаре — $6,1 \pm 1,03$ койко-дня.

Заключение: Результаты проведенного ретроспективного анализа свидетельствовали о высокой клинической эффективности видеоторакоскопии (VATS) при лечении проникающих колото-резаных ранениях грудной клетки. Метод позволил в экстренном порядке выполнить полную ревизию плевральной полости, установить источник кровотечения и повреждения легочной ткани, диафрагмы или средостения. Точная визуализация и мининвазивность видеоторакоскопии способствовал снижению операционной травмы, позволил избежать торакотомии и обеспечил эффективный гемостаз и санацию. Низкий показатель летальности (0,03%) и короткий средний срок госпитализации (6,1 койко-дня) подтвердили безопасность и эффективность видеоторакоскопии. Видеото-

ракоскопия как оперативное вмешательство при открытых проникающих ранениях грудной клетки значительно повысил точность диагностики за счет прямой визуализации плевральной полости, легких, средостения и диафрагмы, а также обеспечивал эффективный аэро- и гемостаз. Метод позволил не только диагностировать, но и выполнить полноценные лечебные мероприятия при травмах органов грудной клетки.

ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКИХ ЯЗВ: ПРИМЕНЕНИЕ АЛЛОГЕННОЙ ПЛАЗМЫ, ОБОГАЩЕННОЙ РАСТВОРИМЫМИ ФАКТОРАМИ ТРОМБОЦИТОВ

Оспанова М.Е.¹, Уалиев С.Д.¹, Асабаев А.Ш.²,
Балмухамедов Н.Т.¹, Турабаева Б.М.¹, Лизе В.А.¹

¹РГП на ПХВ «Научно-производственный центр трансфузиологии»

²Медицинский центр «ДостарМед» Астана, Казахстан

Диабетические язвы стопы являются причиной более 30% госпитализаций при диабете, при этом язвенные дефекты развиваются у каждого четвертого больного в течение жизни. Терапия плазмой, обогащённой растворимыми факторами тромбоцитов (ПОРФТ), считается одним из перспективных методов биологической терапии. Разработка стандартизованной аллогенной формы для её применения является важным направлением, обеспечивающим доступность данного вида лечения для широкого круга пациентов в Казахстане.

Цель работы. Оценка клинического применения заготовленной аллогенной ПОРФТ в условиях реальной практики.

Материалы и методы. На базе Научно-производственного центра трансфузиологии была подготовлена аллогенная ПОРФТ объёмом 2 мл из доноров различных групп. Пациентам проводили многократную обработку антисептиками и ультразвуковую кавитацию для очистки ран. ПОРФТ применяли внутрикожными инъекциями и орошением раневой поверхности.

Результаты. В исследование включены 20 пациентов с синдромом диабетической стопы (СДС). Среди участников женщины составляли 35%, а мужчины — 65%. Возраст пациентов колебался от 34 до 70 лет. Средняя площадь язвенных поражений варьировала от 2,3 до 18 см². Наиболее часто язвы располагались в области стопы и голени. Каждому пациенту применялось от 3 до 10 доз ПОРФТ, что зависело от размера язвы и степени её тяжести. По результатам исследования: язвы на стадии полного заживления — 16 (80%), на стадии

регенерации – у 2 (10%), лечение только началось – у 1 (10%). Заживление ран в среднем составил 95%. Сроки заживления ран от 2 до 6 недель.

Заключение. Применение ПОРФТ продемонстрировало эффективность в лечении хронических и длительно незаживающих ран различного генеза. У большинства пациентов отмечалось значительное сокращение площади раны, улучшение грануляции и эпителилизации тканей. Метод показал хорошую биосовместимость, простоту применения и отсутствие побочных эффектов, что делает ПОРФТ перспективным средством в комплексной терапии язв, включая амбулаторную практику.

ОПЕРАТИВНАЯ ТАКТИКА ПРИ РУБЦОВЫХ СТЕНОЗАХ ТРАХЕИ

**Доскалиев Ж.А., Рысбеков М.М.,
Турсынбаев Н.Н., Алиев М.Ф., Оркашбаев Н.С.,
Койгельдиев Т.Т., Оран А.Е., Болат С.Н.**
ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница №2», г. Астана
НАО «Медицинский университет Астана»
Кафедра хирургических болезней №2 имени Цой Г.В.

Цель исследования: повышение эффективности хирургического лечения пациентов сostenозом трахеи различной степени.

Материалы и методы: Исследование проводилось на базе ГКП на ПХВ «ГМБ №2» города Астана. Больные находились в отделение торакальной хирургии с января 2020г по декабрь 2024г. Дизайн исследования: проведено комплексное лечение 33 пациентам с применением разработанного нами алгоритма (эндоскопическая аргона-плазменная реканализация рубцового стеноза трахеи с последующим эндопротезированием Т-образной трубкой Монтгомери, применение антибиотикотерапии по чувствительности, противоотечная терапия). Количество мужчин было 20 (60%), женщин – 13 (40%), из них у 31 пациента был протяженный стеноз трахеи 3 степени и у 2-х больных 4 степени. Возраст пациентов варьировал от 19 до 70 лет. Средний возраст пациентов 45,0 + 0,3 лет. Методы исследования: общепринятые клинико-лабораторные и биохимические исследования. Инструментальные обследования: видеобронхоскопия, компьютерная томография области шеи и грудной клетки, а также бактериологическое исследование микрофлоры трахеи. Аппаратура: электрохирургический высокочастотный аппарат с аргонно-плазменной коагуляцией «ZORING».

Результаты: Хирургическое лечение проводилась согласно разработанному нами алгоритму (эндоскопическая аргона-плазменная реканализация

протяженного стеноза трахеи с последующим эндопротезированием трахеи Т-образной трубкой Монтгомери). Причем аргона-плазменная коагуляция протяженного стеноза трахеи выполнялась на 1-2 сутки с момента госпитализации. Антибактериальную терапию проводили с учетом чувствительности микрофлоры к антибиотику. При бактериологическом исследовании посева из просвета трахеи у 2 (7%) пациентов с критическим протяженным стенозом трахеи 4 степени высеяно *Klebsiella pneumoniae*. У 31 (93%) пациента с протяженным стенозом трахеи 3 степени обнаружено *Staphylococcus aureus*. Сроки лечения в стационаре у пациентов с критическим стенозом составили 14 к/дн.+0,5, а у пациентов со стенозом трахеи 3 степени составили 7,0+0,4к/дней.

Заключение: Применение нами разработанного алгоритма комплексного лечения рубцовых стенозов трахеи (3-4 степени) с использованием аргоноплазменной коагуляции и последующим эндопротезированием трахеи Т-образной трубкой Монтгомери показало высокую клиническую эффективность. Методика обеспечила восстановление проходимости дыхательных путей в короткие сроки (3-5дн), сокращение длительности госпитализации и снижение риска осложнений. Индивидуальный подбор антибактериальной терапии по результатам бактериологического исследования способствовал успешной санации трахеи и профилактики инфекционных осложнений. Полученные данные свидетельствуют о целесообразности внедрения данной тактики в клиническую практику для лечения пациентов с тяжелыми формами стеноза трахеи.

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

**Опенько В.Г., Исматов А.У., Каримов Т.А.,
Ровгалиев Б.С., Мурат Н.М.**
ГКП на ПХВ «Городская Многопрофильная больница №2», г.Астана, Казахстан
Медицинский университет Астана

Цель исследования: Определение оптимального подхода к тактике хирургического лечения пациентов с различными формами острой кишечной непроходимости (ОКН).

Материалы и методы: В исследование были включены 365 пациентов, госпитализированных с диагнозом «острая кишечная непроходимость» в 2023-2024 годах. Из общего числа – 204 женщины и 161 мужчина в возрасте от 26 до 89 лет. У 163 (44,6%) выявлена толстокишечная форма ОКН, при

в этом у 47 пациентов (12,9%) из общего числа причиной обструкции явился опухолевый процесс различных локализаций толстой кишки, у 96 (26,3%) — спаечная ОКН, в 28 случаях (7,7%) — заворот тонкой кишки. Прочие 78 (21,3%) имели различные другие причины ОКН, включая воспалительные 42 (53,8%) и ишемические 36 (46,2%) поражения кишечника.

Результаты: Хирургическое лечение проведено 155 пациентам (42,5%). Из них 48 (13,2%) выполнена колостомия — преимущественно при опухолевой и декомпенсированной толстокишечной ОКН. Энтеростомия выполнена 59 пациентам (16,2%), в основном при тяжёлых формах спаечной болезни 42 (71%) и выраженной дилатации петель тонкой кишки 17 (29%). У остальных 48 пациентов (13,2%) произведены различные виды резекций тонкой и толстой кишки с наложением анастомозов, а также выполнены вмешательства, направленные на ликвидацию заворота и декомпрессию кишечника. У всех пациентов при поступлении в стационар, были выявлены характерные признаки ОКН: дилатация петель тонкой кишки, уровни жидкости и газа, наличие свободной жидкости в брюшной полости. Из числа оперированных пациентов: 87 человек (56%) были прооперированы в течение первых 24 часов с момента госпитализации; 36 пациентов (23%) — в течение 12 часов; 19 (12%) — в течение 6 часов. Остальные 13 (9%) были оперированы позднее 24 часов после госпитализации, преимущественно после проведения предоперационной консервативной терапии, направленной на стабилизацию состояния и уточнение диагноза. Оставшиеся 210 пациентов (57,5%) из общего числа получали консервативную терапию: назоинтестинальная декомпрессия, инфузионная и электролитная коррекция, достигнуто клиническое улучшение и полное восстановление пассажа кишечного содержимого без необходимости оперативного вмешательства. В послеоперационном периоде осложнения наблюдались у 18 (11,6%) пациентов. К наиболее частым осложнениям относились инфицирование послеоперационной раны — в 8 случаях (5,2%), а также парез кишечника и ранняя спаечная ОКН — у 6 (3,9%). Летальность составила 3,2% (5) из числа оперированных, преимущественно среди больных с тяжёлой декомпенсацией 2 (40%) и поздним обращением за медицинской помощью (более чем 24 часа) — 5 (100%). Раннее оперативное вмешательство (в течение первых 6–12 часов после госпитализации) сопровождалось меньшей частотой (у 8 пациентов — 5%) послеоперационных осложнений и более благоприятным течением послеоперационного периода. Пациенты, оперированные впервые 24 часа, демонстрировали более высокие показатели выживаемости (100%) и сокращение времени госпитализации по сравнению с пациентами, у которых операция была отложена свыше 24 часов (на 43%).

Заключение: В настоящем исследовании продемонстрирована эффективность индивидуализированного подхода к тактике хирургического лечения пациентов с различными формами ОКН. Выбор оптимальной лечебной стратегии, основанный на учёте клинической картины, морфологической формы, данных диагностики и интраоперационной оценки, способствует снижению частоты послеоперационных осложнений и летальности.

Раннее оперативное вмешательство (в течение первых 6–12 часов после госпитализации) ассоциируется с улучшением послеоперационных исходов, уменьшением риска развития осложнений и сокращением сроков госпитализации. Использование колостомии и энтеростомии в тяжёлых случаях, таких как опухолевые и декомпенсированные формы толстокишечной ОКН и выраженная спаечная болезнь, обеспечивает эффективную декомпрессию кишечника. Консервативное лечение показало высокую эффективность, позволяя избежать необоснованного хирургического вмешательства при строгом мониторинге клинических и лабораторных показателей. Такой подход оптимизирует распределение лечебных ресурсов и минимизирует хирургическую травму у больных с менее выраженной клинической симптоматикой.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВРОЖДЕННЫХ КИСТ СРЕДОСТЕНИЯ

Гринберг В.Б., Енин Е.А.

АО «Национальный научный центр хирургии
им. А.Н. Сызганова», г. Алматы, Казахстан

Непаразитарные кисты средостения встречаются редко, составляя от 12 до 30% масс средостения. Они подразделяются на врожденные кисты (бронхогенные, эзофагеальные, гастроэнтерогенные, целомические, тимические, менингиальные и тератомы) и приобретенные (тимические, лимфangiомы и кисты грудного протока).

Целью авторов было изучить морфологические особенности врожденных кист средостения на основе опыта АО «ННЦХ им. А.Н. Сызганова».

Материал и методы: проведен ретроспективный анализ архивного материала и 22 протоколов исследований операционно-биопсийного материала за период с 2020 по 2024 гг. на базе отделения патоморфологии АО «ННЦХ им. А.Н. Сызганова».

Результаты: В исследование вошли 22 случая. Средний возраст пациентов составил 32 года (от 1 до 71 года). Распределение по полу: женщины — 17 случаев (77,3%), мужчины — 5 случаев (22,7%). Клиническим диагнозом в большинстве случаев

являлся: «киста средостения». Гистологически установлены: бронхогенные кисты – 10 случаев (45,5%), целомические кисты – 7 случаев (31,8%), зрелые кистозные тератомы – 3 случая (13,7%), энтерогенная киста – 1 случай (4,5%), киста тимуса – 1 случай (4,5%). Средний возраст пациентов с бронхогенными кистами составил 27,8 лет (медианный возраст 28 лет с интервалом от 1 года до 58 лет), с целомическими кистами – 43,3 года (медианный возраст 38 лет с интервалом от 30 лет до 71 года), со зрелыми кистозными тератомами – 30 лет (от 26 до 36 лет).

Заключение: Окончательный диагноз во всех случаях должен основываться на микроскопическом анализе стенки кисты. Бронхогенные кисты были наиболее частыми и составляли 45,5%. Целомические кисты и зрелые кистозные тератомы составляли 31,8% и 13,7% случаев. Редкими явились энтерогенные кисты и кисты тимуса, составившие по 4,5%. Бронхогенные кисты выявлялись в более раннем возрасте – медианный возраст составил 28 лет; для целомических кист медианный возраст составил – 38 лет. Среди пациентов преобладали лица женского пола – 77,3%.

ГАМАРТОМЫ ЛЕГКИХ – МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

Гринберг В.Б., Енин Е.А.

АО «Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова», г.Алматы, Казахстан

Гамартомы легкого являются частой патологией, встречаясь в 60-69,6% среди всех не эпителиальных доброкачественных опухолевых и опухолеподобных образований легочной ткани. По типу основной ткани различают следующие виды гамартом легких: хондроматозную, липоматозную, лейомиоматозную, фиброматозную, ангиоматозную и органоидную.

Целью авторов было изучить морфологические особенности гамартом легких на основе опыта АО «ННЦХ им. А.Н. Сызганова».

Материал и методы: проведен ретроспективный анализ архивного материала и 23 протоколов исследований операционно-биопсийного материала за период с 2020 по 2024 гг. на базе отделения патоморфологии АО «ННЦХ им. А.Н. Сызганова».

Результаты: В исследование вошли 23 случая. Клиническим диагнозом в большинстве случаев являлся: «Образование легкого». Средний возраст пациентов составил 49 лет (от 11 до 72 лет), медианный возраст составил 51 год. Распределение по полу: женщины – 17 случаев (73,9%), мужчины – 6 случаев (26,1%). По локализации: в правом легком

– 18 случаев (78,3%), из них в верхней доле – 6, в средней – 6 и в нижней – 6; в левом легком – 5 случаев (21,7%), из них в верхней доле – 4, в нижней доле – 1 случай. Гистологически установлены: хондроматозные гамартомы – 19 случаев (82,6%), лейомиоматозные гамартомы – 4 случая (17,4%).

Заключение: Окончательный диагноз во всех случаях должен основываться на микроскопическом анализе гамартомы легкого. Хондроматозные гамартомы были наиболее частыми и составляли 82,6%. Медиана возраста пациентов с впервые выявленной гамартомой легкого составила 51 год (диапазон 11 лет – 72 года). Среди пациентов преобладали лица женского пола – 73,9%. В нашем исследовании чаще гамартомы определялись в правом легком – 78,3%.

РАЗРЫВ ТРАХЕИ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРИМЕНЕНИЯ ДВУХПРОСВЕТНОЙ ЭНДОТРАХЕАЛЬНОЙ ТРУБКИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Куандыков Т.К., Жарасбаев А.М., Мутагиров В.В., Сабитов Т.А., Нуржанов А.Н., Тажимурат Г.Т., Буркитбаев Б.Б., Женис Б.Е., Турлыбек Е.Т., Ширинбай С.Н., Стыбай А.О., Бакытбек Ж.Б., Даулетбаев Д.П.

Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова Казахстан, Алматы

Цель. Представить клинический случай разрыва трахеи в результате применения двухпросветной эндотрахеальной трубы

Материал и методы. Женщине 46 лет, ростом 161 см и массой тела 75 кг во время эндоскопической резекции пищевода с восстановлением целостности желудочно-кишечного тракта желудочной трубкой (операция McKeown) произошло повреждение трахеи с разрывом мембранозной части, которое расценено как осложнение в результате установки двухпросветной эндотрахеальной трубы. Клинически разрыв не проявлялся в течение двух часов однолегочной левосторонней вентиляции легких, и был выявлен визуально во время торакоскопического этапа операции.

Результаты. Ревизия трахеи вывела протяженные продольный разрыв мембранозной части трахеи длиной 10 см. Для адекватной вентиляции и уменьшения сброса дыхательной смеси в плевральную полость, под визуальным контролем, двухпросветная эндотрахеальная трубка была продвинута дистальнее дефекта, дыхательный объем был увеличен, для компенсации утечки. Разрыв трахеи был ушит эндоскопическим доступом. В

послеоперационном периоде пациенту была необходима продленная вентиляция легких. Двухпрозрачная эндотрахеальная трубка была аккуратно удалена, а дальнейшая вентиляция осуществлялась через ларингеальную маску №4, для предотвращения повторной травматизации трахеи. Неоднократная фибробронхоскопия проводилась для верификации состояния трахеального шва, его герметичности и санации трахеобронхиального дерева в отделении интенсивной терапии. Пациентка постепенно отлучена от вентиляции и ларингеальная маска удалена на вторые сутки послеоперационного периода. В дальнейшем течение послеоперационного периода было без особыхностей. Пациентка полностью стабилизована и переведена в профильное отделение. Из стационара пациентка выписана в удовлетворительном состоянии на 16-е сутки.

Заключение. Таким образом, применение мультидисциплинарного подхода к диагностике и лечению такого жизнеугрожающего осложнения как разрыв трахеи, позволил в короткое время добиться стабилизации состояния и избежать развития дальнейших осложнений.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА В КЫРГЫЗСТАНЕ У БОЛЬНЫХ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ГЕМОДИАЛИЗОМ.

Матмуратов А.А.

Национальный Госпиталь при Министерстве
Здравоохранения Кыргызской Республики,
г.Бишкек,. Кыргызская Республика

Заместительная почечная терапия диализом считается одним из методов лечения терминальной стадии хронической болезни почек (ХБП) в Кыргызской Республике. Широкое распространение гемодиализных центров позволило улучшить качество и продолжительность жизни пациентов получающих диализ, но вместе с тем и увеличило риски осложнений, возникающих при длительном получении программного диализа (ПГ). Одним из таких осложнений является вторичный гиперпаратиреоз (ВГПТ). ВГПТ – реактивная гиперпродукция паратиреоидного гормона (ПТГ) гиперфункционирующими и/или гиперплазированными паращитовидными железами в условиях длительной гиперфосфатемии.

Цель работы. Выработать оптимальный алгоритм и изучить преимущества хирургического лечения ВГПТ у больных находящихся на замести-

тельной терапии гемодиализом, рефрактерных к консервативной медикаментозной терапии у больных с терминальной стадией ХБП.

Материал и методы. ВГПТ развивается по разным данным от 15-75 % больных находящихся на гемодиализе. Значительный разброс литературных данных демонстрирует мало изученность эпидемиологии данного заболевания. Клинически проявления ВГПТ, как правило обнаруживаются на далеко зашедшей стадии заболевания. В отделении хирургической гастроэнтерологии и эндокринологии Национального Госпиталя КР в период с начала 2020 года оперативному лечению было подвержено 33 больных, длительность ХБП которых составляла от 1 до 15 лет, а продолжительность лечения гемодиализом от 5 до 10 лет. Показаниями к оперативному лечению считали: - повышение уровня паратиреоидного гормона свыше 800 пгмоль/л. - прогрессирование клинических симптомов вторичного гиперпаратиреоза: боли в суставах, мышцах, костях; деформации скелета, зуд, кальцифилаксии, (уровень боли определяли по визуальной аналоговой шкале). - выраженная гиперплазия паращитовидных желез. Современное оперативное лечение ВГПТ сводится к субтотальной ПТЭ, предельно-субтотальной ПТЭ и паратиреоидэктомии с аутотрансплантацией ткани паращитовидной железы и без нее. В раннем послеоперационном периоде болевой синдром нивелировался практически сразу после операции. У 2 больных отмечался незначительный судорожный синдром и электролитные признаки гипокальциемии, вследствии чего развивался синдром «голодных костей», купировался приемом препаратов кальция. Эффективность операции в раннем периоде оценивалась клинически, и биохимически.

Результаты. Всего было выполнено 33 оперативных вмешательств. Из них 30 первичных (4totальной ПТЭ и 26 субтотальных ПТЭ) и 3 повторных оперативных вмешательств. Также после операции все удаленные материалы были отправлены на гистологическое исследование. В 25 случаях подтверждена аденома паращитовидных желез на фоне гиперплазии ткани, и в 8 случаях наблюдалась изолированная диффузная гиперплазия паращитовидной железы.

Заключение. Несмотря на сложности ведения пациентов с различными формами гиперпаратиреоза при ХБП персонифицированный и комплексный подход к проблеме дает положительный результат. Хирургическое удаление паращитовидных желез остается одним из приоритетных методов лечения. На сегодняшний день остается недостаточно изученным вопрос точной дооперационной топической диагностики паращитовидных желез, что дает почву для экспериментального изучения методов неинвазивной визуализации локализаций

паращитовидных желез. Остается неясным вопрос об объеме оперативного вмешательства, необходимого для удаления, а также объем оставленной ткани паращитовидных желез, требуемой для дальнейшей жизнедеятельности.

ҰЛТАБАРДЫҢ РЕЗЕКЦИЯДАН КЕЙІНГІ ҚАЛДЫҒЫНЫҢ ҚЫЫН СӘТТЕРДЕГІ ТІГУ ӘДІСІ

Күдербаев М.Т., Ботабаев С.И., Аржан А.М., Ашубаева А.Қ.

«Семей медицина университеті» КеАҚ, хирургиялық пәндер кафедрасы.

«Жедел медициналық жәрдем ауруханасы» ШЖҚ
КМК Семей қаласы, Қазақстан

Жұмыстың мақсаты: Біз бірнеше жылдар бойы ақазан хирургиясының мәселелерімен айналысып, асқазанды резекциялау және ұлтабардың қалдығын өңдеу техникасын оңтайландырық, бұл бізге қыын және ерекше жағдайлардан табысты шығуға мүмкіндік береді.

Материалдар мен әдістер. Бұл, ең алдымен, ұлтабардың артқы қабырғасының үлкен каллезді жарапарымен, үйқы безінің басына пенетрациялануымен және постбульбарлы жарапарымен, сондай-ақ едәуір перифокальды қабыну мен инфильтратпен және гепатодуоденальды байламның құрылымдарының жара процесіне қатысуымен байланысты жағдайларда маңызды. Немесе, хирургиялық радикализмді ұстанып, «кері кететін барлық жолдарды жауып тастаған» жағдайда түқыл өңдеуі қыын болуы мүмкін. Каллезді пенетрациялық жарапар кезінде біз Штраус әдісімен жараны экстрадуоденизациялап, ойық жара қазаншұңқырын үйқы безінің басына немесе гепатодуоденальды байламға қалдырамыз.

Ұлтабар қалдығының дәрменсіздігін болдырмау мақсатында біз интрадуоденальды эпиплоикопластика әдісін ұсындық. Асқазанды резекциялау және жараны экстрадуоденизациялау (1) нәтижесінде тамырлары сақталған үлкен шарбыдан ұлтабар түқылышының диаметріне сәйкес шоғыр жиналады. Жиналған шарбы «тығыны» (2) түқылға 4-5 см терендікке енгізіледі, осы уақытта түқыл қабырғасы ұзынданан кесілмейді және демукозаланбайды. «П»-тәрізді тігіс (4) түқылға бүйір қабырғасы жағынан салынады. Инені енгізу серозадан 1 см қашықтықта, ал шығару түқылдың ішкі қабатынан 3-4 см қашықтықта жүзеге асырылады, содан кейін тігіс шарбы «тығынды» (2) қоса ұстап етеді. Тігіс түйінге байланады (5), осылайша түқыл шеттерінің ішке қарай бұрылуын қамтамасыз етеді, бұл серозды бетінің шарбымен тығыз байланысын қамтамасыз етеді. Сол сияқты, алғашқы тігістің екі жағында 4-5 тігіс салынып, түқыл мен шарбы арасында серо-

серозды байланыс қалыптасады. Сонымен қатар, бірнеше герметизациялайтын серозды-бұлышықет тігіс қосымша салынады (6).

Нәтижелер мен талқылау. Ұлтабар түқылышының герметизациясы серо-серозды байланыс арқылы шарбы «тығынмен» қамтамасыз етіледі, бұл өздігінен терендеуіші тігістерді қолдану арқылы адгезивті процестерді жеделдетеді.

Мысал: Науқас М., 54 жаста, ЖМЖА хирургиялық бөлімшесіне келіп түсті, диагнозы: Ұлтабардың созылмалы каллезді ойық жарасы, жаралы-тыртықталған тарылумен асқынған.

Операция кезінде ұлтабардың артқы қабырғасында үйқы безінің басына енген созылмалы каллезді ойық жара анықталды. Юдиннің «құрт тәрізді» және Сапожковтың «капюшон» әдістерімен түқылды өңдеудің ашық тәсілдері үйқы безінің тіндеріне ятробенді зақым келтіру және операциядан кейінгі панкреатит сияқты күтпеген асқынуларға алып келуі мүмкін. Осыған байланысты ұлтабардың түқылышын жабудың ұсынылған әдісін қолдануға шешім қабылданды.

Асқазанды мобилизациялау кезінде үлкен қи-саудың тамырлық дөғасын сақтау арқылы үлкен шарбының ваккуляризациясын барынша қамтамасыз ету мақсатында операция жүргізілді. Асқазанның резекциясынан кейін және жараны экстрадуоденизациялау барысында үлкен шарбыдан бөліп алынып, ол ұлтабар диаметріне сәйкес шоғырланып жиналады. Шарбы «тығын» ұлтабардың ішкі куысында 6 см терендікке енгізілді, содан соң «П»-тәрізді өздігінен терендеуіші тігістер түқыл шеттеріне шарбымен бірге салынып, нәтижесінде түқыл мен шарбының серозды беттері арасындағы байланыс қамтамасыз етілді.

Қорытынды. Бұл әдіс 5 науқаста қолданылды. Бірде-бір жағдайда ұлтабар түқылышының жаралы-тыртықталған жоқ.

ИЛЕОСТОМАҒА ҚАТЫСТЫ РЕКОНСТРУКТИВТІ-ҚАЛПЫНА КЕЛТІРУ ОПЕРАЦИЯЛАРЫ

Күдербаев М.Т., Аржан А.М., Теміржанов М.Е., Ашубаева А.Қ.

«Семей медицина университеті» КеАҚ, хирургиялық пәндер кафедрасы.

«Жедел медициналық жәрдем ауруханасы» ШЖҚ
КМК Семей қаласы, Қазақстан

Жұмыстың мақсаты: Илеостомасы бар науқастарға реконструктивті-қалпина келтіру операцияларының нәтижелерін жақсарту.

Материалдар мен әдістер. «Семей Медицина университеті» хирургиялық пәндер кафедрасының клиникалық базасы ЖМЖА-да қызметі бұзылмаған илеостомасы бар 20 науқасқа ішек үздіксіздігін қалпына келтіру операциясы жүргізілді. Науқастардың жасы 20-дан 78 жасқа дейін, оның ішінде 12 ер және 8 әйел адам. Қалпына келтіру операциясының мерзімі негізгі және қосымша аурулардың жағдайына байланысты анықталды. Барлық науқастар жоспарлы операция алдында жалпы қабылданған алгоритм бойынша кешенді тексеруден өтті. Зерттеу нәтижелері бойынша операцияның сипаты, көлемі және хирургиялық қолжетімділік анықталды. Қажет болған жағдайда, қосымша аурулары бар науқастарға мамандандырылған дәрігерлердің көңесі негізінде қосымша тексерулер жүргізілді. Операциялар жалпы анестезиямен жүргізілді.

Біз ұсынған әдістің мәні: илеостома айналасындағы тері мен тері асты май қабаттары екі жақтаулы тілік жасалып, сонымен қатар тері мен ішек қабырғасы арасындағы тыртықты тіндер кесіліп алынады, ұзындығы 4 см болатын, шырышты қабаты сыртқа шығарылған және қанмен қамтамасыз етілуі сақталған аңыз ішектің дистальды белігі "тұмсықша" ретінде белініп алынып, көлденең бағытта тоқ ішек қабырғасына бірқатарлы серозды-бұлшықетті түйінді тігістермен бекітіледі. Бұл "тұмсықша" бұрын салынған тігістер сзызығынан 0,5 см қашықтықта, 2,5 см көлденең тілік арқылы тоқ ішектің ішіне инвагинацияланады. Кейін анастомоз айналасына бірқатарлы серозды-бұлшықетті түйінді тігістер салынады.

Бұл әдістің ерекшелігі – шырышты қабаты сыртқа шығарылып, қанмен қамтамасыз етілуі сақталған «тұмсықша» тоқ ішек ішіне инвагинацияланып, клапан рөлін атқарады. Бұл коло-илемалды рефлюкстың алдын алып, ішектің шамадан тыс бактериалды өсу синдромының дамуын болдырмайды.

Нәтижелер мен талқылау. Отадан кейінгі кезеңде барлық науқастарға антибиотикотерапия, тромбоэмболиялық асқынудардың алдын алу, энтералды қоректену, ішек парезінің профилактикасы жүргізілді. Интраоперациялық асқынудар тіркелген жоқ. Ерте кезеңде 4 науқаста ішек парезі байқалды, бұл жағдайлар консервативті еммен шешілді. Диспепсиялық бұзылыстар болмаған және ішек жұмысы қалпына келген науқастар емханалық бақылауға шығарылды. Орташа госпитализация ұзақтығы – 7 күн. Ауруханадан шыққаннан кейін 6-12 ай ішінде бақылау жүргізілді. Анастомоздың клапандық қасиетін бағалау үшін барлық науқастарға ирригоскопия, колоноскопия және лактуозамен сутекті тыныс сынамасы жүргізілді. Ирригоскопия кезінде контрасты заттың аңыз ішекке өті байқалмады, ал колоноскопия кезінде анастомоз аймағында клапан рөлін атқаратын «тұмсықша» көрінді. Барлық науқастарда сутекті тыныс сынамасы теріс нәтиже көрсөтті.

Қорытынды. Ұсынылған антирефлюкстік жіңішке-тоқ ішек анастомозын қолдану операцияның ұзақтығын, госпитализация уақытын және қаржылық шығындарды азайтады. Анастомоз аймағында микроциркуляция бұзылмайды, себебі бұрын жасалған илеостома – бұл қанмен жақсы қамтамасыз етілген, шырышты қабаты сыртқа шығарылған дайын «тұмсықша», ол тоқ ішек ішіндеғісінің ашы ішекке рефлюксін болдырмайтын клапан қызметін атқарады.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕМИКОЛЭКТОМИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ КОПРОСТАЗЕ У БОЛЬНЫХ С ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ФОРМЕ ДОЛИХОСИГМЫ

**Кабдуаиысова А.Д.¹, Рустемова К.Р.²,
Айтмолдин Б.А.³**

¹National coordination center for emergency medicine,
Astana, Kazakhstan,

²NAO Ualikhanov University, Kokshetau, Kazakhstan

³National coordination center for emergency medicine,
Astana, Kazakhstan

Цель: улучшить результаты хирургического лечения хронического копростаза у больных долихосигмой.

Материалы исследования: На базе ГКП на ПХВ «Многопрофильная Городская больница № 2» города Астана РК с 2016-2024гг прооперировано 70 пациентов с декомпенсированной формой долихосигмы. Из них: мужчин - 32 (46%); женщин - 38 (54%) в возрасте от 18 до 51 лет; средний возраст составил – 45+-1,3 (р<0,05) лет. Среднее пребывание пациентов в клинике оперированных по разработанному методу, составило 7-8 ± 0,7 суток. Методы исследования: - клинико-лабораторные исследования: ОАК, ОАМ, Биохимические методы исследования; копрологические исследования; - инструментальные обследования: Р-графия органов грудной клетки; УЗИОБП; ФКС; КТ абдоминального сегмента; МРТ; ирригоскопия по показаниям. Микробиологические, био-статистические исследования. Установка "ZORING", эндоскопический стенд "Karl Stors", аргонно-плазменный коагулятор фирмы "Karl Stors". Лапароскопическая установка с ручной помощью: GelPort (Applied Medical).

Результаты. С 2016 года по 2024 гг на базе отделения хирургических инфекций и колопротологии ГКП на ПХВ «Многопрофильная Городская больница № 2» г. Астана. Все пациенты направлены на оперативное вмешательство в соответствии с критериями показаний к операции. Лапароскопические левосторонние гемиколэктомии проводились по разработанному методу (Авторское свидетельство на научное исследование «Способ эндоскопического лечения хронического

запора при долихосигме» № 13584 от 30.11.2020 года; патент № 34968 на изобретение РГП «Национальный институт интеллектуальной собственности» РК). Среднее пребывание пациентов в клинике 7-8 ± 0,7 суток; что на 6 к/дней меньше, чем в группе больных оперированных традиционными методами: резекция сигмовидной кишки. Активизация пациентов проводилась на 2-е сутки после операции. Восстановление пассажа кишечного содержимого наблюдалось на 3 ± 0,4 сутки. В послеоперационном периоде проводилась ранняя комплексная реабилитация по восстановлению функции толстой кишки. Все пациенты находились под наблюдением: контрольный осмотр и обследование проходили через 6 месяцев после и через год. после операции Проводимые обследования функции толстой кишки, свидетельствовали о полном восстановлении пассажа кишечного содержимого и полном восстановлении трудоспособности пациентов.

Заключение: Разработанный метод лапароскопической левосторонней гемиколэктомии при хроническом копростазе показал высокую эффективность в улучшении качества жизни пациентов, что подтверждается низким уровнем послеоперационных осложнений и быстрым восстановлением функций кишечника. Сокращение среднего пребывания в стационаре на 6 дней по сравнению с традиционными методами лечения демонстрирует экономическую эффективность предложенного метода. Ранняя активизация пациентов (на 2-е сутки после операции) и восстановление пассажа кишечного содержимого на 3 ± 0,4 сутки свидетельствуют о минимальной травматичности и высокой безопасности метода. Данные исследования подтверждают, что лапароскопическая гемиколэктомия является предпочтительным методом хирургического лечения хронического копростаза при долихосигме, обеспечивая лучшее восстановление трудоспособности и снижение временной нетрудоспособности.

OPTIMIZING METHODS FOR PREVENTING GASTROESOPHAGEAL REFLUX AFTER LAPAROSCOPIC SLEEVE GASTRECTOMY IN PATIENTS WITH MORBID OBESITY

Imanbayeva A.U.

West Kazakhstan Marat Ospanov Medical University,
Aktobe, Kazakhstan

Purpose of the Study: To improve the outcomes of surgical treatment in morbidly obese patients by using a modified antireflux technique of laparoscopic sleeve gastrectomy combined with preoperative botulinum toxin injection.

Materials and Methods: From 2016 to 2024, a

clinical study was conducted at the Department of Surgical Diseases №. 2 and Urology, West Kazakhstan Marat Ospanov Medical University, involving 75 patients who underwent surgery for obesity at the Aktobe Medical Center. Patients were divided into two groups: Control group (n=40): underwent standard laparoscopic sleeve gastrectomy (LSG) Study group (n=35): received endoscopic botulinum toxin injection into the pyloric region 24 hours before a modified antireflux LSG. Demographics: 61.2% of patients were women, and 38.7% were men. Women under 35 and men aged 36–40 were most frequently seeking treatment. Patient weight ranged from 104 to 150 kg. A hereditary predisposition was present in most cases. Obesity duration was ≥5 years, with failed conservative treatments. Comorbidities identified preoperatively: dyslipidemia, GERD, arterial hypertension, impaired glucose tolerance, and in some cases, type 2 diabetes. To assess the efficacy of the antireflux mechanism after surgical treatment for morbid obesity, all patients were evaluated after 12 months using the GERD-HRQL questionnaire, esophagogastro-duodenoscopy (EGD), and esophageal pH-metry.

Results: Preoperatively, control group patients showed better GERD-HRQL scores, as patients with significant GERD symptoms were excluded. The average scores were: Heartburn: 6.5 ± 2.7 (range 1–15), regurgitation: 4.3 ± 3.1 (range 0–13), epigastric pain: 2.7 ± 2.5 (range 0–10), dysphagia: 1.3 ± 2.3 (range 0–9), cough: 0.9 ± 1.8 (range 0–6), mean GERD-HRQL score: 18.9 ± 9.8 (range 6–36). No vomiting reflex was noted in the early postoperative period in the study group, likely due to the preoperative botulinum toxin. All patients lost 60–70% of excess body weight within a year, with subsequent weight stabilization. Improvements were observed in glucose metabolism and lipid profile: Fasting glucose reduced from 6.7 ± 0.7 to 5.3 ± 0.7 mmol/L. Normalization of total cholesterol and triglycerides. Endoscopic findings (Savary-Miller classification): In the study group, preoperative EGD showed grade I and II reflux esophagitis in 48.5% and 14.2% of patients, respectively. No patients with reflux esophagitis were included in the control group. After 12 months: control group: Grade I reflux esophagitis was observed in 22.5% of patients. Study group: Significantly lower rate of grade I reflux esophagitis (5.7%) ($p < 0.05$). pH monitoring showed the total number of reflux episodes with $pH < 4$ was 2.5 times higher in the control group.

Conclusion: Preoperative endoscopic injection of botulinum toxin into the pyloric region, combined with a modified antireflux technique of laparoscopic sleeve gastrectomy, reduces intragastric pressure by relieving pylorospasm. This prevents reflux of gastric contents into the esophagus, thus significantly improving both short- and long-term outcomes in the surgical treatment of patients with morbid obesity.

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО
ДЕСТРУКТОРА-АСПИРАТОРА
В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ
ВОЗВРАТНОГО ГОРТАННОГО НЕРВА**

**Жумабеков Е.Б.¹, Рысмаханов М.С.¹,
Жакиев Б.С.¹, Мусин Н.М.¹**

¹Марат Оспановатындағы Батыс Қазақстан медицина
университеті, кафедра хирургии и урологии №2,
г. Актобе, Казахстан

Цель: Оценить эффективность применения ультразвукового деструктора-аспиратора при тиреоидэктомии в контексте профилактики повреждений возвратного гортанного нерва (ВГН), а также провести сравнительный анализ клинико-операционных и лабораторных показателей у пациентов обеих групп.

Материалы и методы: Проведено проспективное исследование, в которое включены 127 пациентов, прооперированных по поводу доброкачественной патологии щитовидной железы (узловой/многоузловой зоб). Основную группу составили 33 пациента, оперированные с использованием ультразвукового деструктора-аспиратора, контрольную — 94 пациента, прооперированные традиционной техникой. Средний возраст составил 54,3±11,5 лет; мужчин было 3 (2,4%), женщин — 124 (97,6%). Проводилась оценка таких показателей, как частота повреждения ВГН, тип операции (гемитиреоидэктомия или тотальная тиреоидэктомия), индекс массы тела (ИМТ), длительность вмешательства, объем кровопотери, длительность пребывания в стационаре, а также уровни ТТГ, Т3, Т4 и тиреоглобулина (ТГ). Статистическая обработка выполнена с использованием t-критерия Стьюдента и х²-критерия Пирсона ($p<0,05$ считалось достоверным).

Результаты: В группе ультразвукового деструктора повреждение ВГН отмечено у 1 пациента (3,0%), тогда как в контрольной группе — у 9 пациентов (9,6%), различие статистически незначимо ($\chi^2=1,257$; $p=0,262$), однако имеет клиническую значимость. Средний ИМТ в основной группе составил $25,2 \pm 3,1 \text{ кг}/\text{м}^2$, в контрольной — $31,9 \pm 5,6 \text{ кг}/\text{м}^2$ ($p=0,047$). Тип операции статистически достоверно отличался между группами: гемитиреоидэктомия чаще проводилась в основной группе (63,6%), тогда как тотальная тиреоидэктомия преобладала в контрольной (81,9%, $p<0,001$). Средняя продолжительность операции составила $68,3 \pm 14,5$ минут в группе с ультразвуком и $85,2 \pm 18,3$ минут в контрольной ($p=0,08$). Объем кровопотери и длительность госпитализации не различались статистически значимо между группами ($p>0,05$). Лабораторные показатели (медианные значения): ТТГ — 1,87 мЕд/л, ТГ — 20,5 нг/мл, Т3 — 1,25 нг/мл, Т4 — 10,9 мкг/дл, существенных различий между группами не выявлено ($p>0,05$).

Заключение: Применение ультразвукового деструктора-аспиратора при тиреоидэктомии обеспечивает точное и безопасное удаление тканей с минимальным риском повреждения возвратного гортанного нерва (ВГН). Отмечено значимое снижение частоты повреждений ВГН, особенно у пациентов с низким ИМТ и при гемитиреоидэктомии, а также сокращение времени операции. Метод безопасен, эффективен и удобен, что делает его рекомендуемым для широкой практики в эндокринной хирургии. Ультразвуковая технология демонстрирует щадящее воздействие на параларингеальные структуры.

**ҚАЛҚАНША БЕЗІ ХИРУРГИЯСЫ ЖӘНЕ ҚӨМЕЙ
ЖҮЙКЕСІНІҢ ЗАҚЫМДАНУЫ:
БИБЛИОМЕТРИЯЛЫҚ ТҮРГЫДАН ШОЛУ**

**Жумабеков Е.¹, Рысмаханов М.¹,
Жакиев Б.¹, Мусин Н.¹**

¹Марат Оспановатындағы Батыс Қазақстан медицина
университеті, кафедра хирургии и урологии №2,
г. Актобе, Казахстан

Әзектілігі. Қалқанша без хирургиясында асқындар 15-20% деңгейі шамасында. Мұндай асқындарды емдеуде маңызды орын алатын қалқанша безі операциялары қайталама қемей жүйкесінің (ҚҚЖ) зақымдану қаупімен қатар жүреді. Бұл — ұзақ мерзімді асқындарға алып келетінелеуілмәселе.

Мақсаты. Қалқанша безі хирургиясындағы ҚҚЖ зақымдануына қатысты зерттеулерде жетекші авторларды, мекемелерді және ғылыми үрдістерді анықтау арқылы болашақ зерттеулерге бағыт беру және клиникалық тәжірибелі жетілдіру.

Әдістері. Библиометриялық талдау Scopus дереккөрүсінде 2024 жылғы мамыр айына дейінгі мәліметтер бойынша жүргізілді. Жалпы саны 1440 жарияланым, 346 дереккөзден (басылымдардан) алынған. Талдау үшін электрондық Bibliometrix R-пакеті қолданылды.

Нәтижелер. 1975 жылдан 2024 жылға дейінгі аралықта қалқанша безі хирургиясы бойынша жарияланым саны тұрақты түрде өсkenі байқалады. Зерттеу саны бойынша АҚШ (730 мақала), Қытай (660) және Италия (388) көш бастап тұр. Ең белсенді мекеме — Каошиунг медициналық университетінің госпиталі (103 мақала), одан кейін Гарвард медицина мектебі (60 мақала). Қытай зерттеулерді қаржыландыру бойынша (100 грант) көшбасшы, ал АҚШ — 46 грантпен екінші орында. АҚШ, Қытай, Италия және Корея елдерінің арасындағы халықаралық ынтымақтастық айқын көрінді. Ең көп мақала жариялаған журнал — World Journal of Surgery ($n = 67$), ал ең жоғары импакт-фактор көрсеткіші International Journal of Surgery журналын-

да (IF = 15.3). Белгілі авторлар қатарында Диониджи Дж. (49 маңала) және Ву Цв. (40 маңала) бар. "Thyroidectomy" және "recurrent laryngeal nerve" сияқты жиі кездесетін кілт сөздер қалқанша беzi хирургиясындағы техника мен асқынуларды басқаруға деген басым назарды көрсетеді.

Қорытынды. Бұл библиометриялық шолу ҚКЖ зақымдануын зерттеу мен басқарудағы ілгерілеуді көрсетеді. АҚШ, Қытай және Италия елдері осы бағыттағы зерттеулерге жетекшілік етуде. Болашақта ҚКЖ зақымдану қаупін азайту мен хирургиялық нәтижелерді жақсартуға бағытталған инновациялық әдістер мен клиникалық тәсілдерді дамыту маңызды.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ Y-ОБРАЗНОЙ СИЛИКОНОВОЙ ТРУБКИ ПРИ РУБЦОВОМ СТЕНОЗЕ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ТРАХЕИ (НАДБИФУРКАЦИОННОЙ ОБЛАСТИ ТРАХЕИ)

Жарылқапов Н.С., Нысанбай М.А., Сейтханов С.Б.
ННЦХ им.А.Н.Сызганова

Цель исследования. Изучить непосредственные и отдаленные результаты и оценить эффективность использования Y-образной силиконовой трубы при рубцовых стенозах нижней трети трахеи.

Материал и методы. Пролечено 11 пациентов с повреждениями рубцовым стенозом нижней трети трахеи. Во всех случаях имело ятогенное происхождения стеноза, 7 – постинтубационных рубцовых стенозов трахеи и 4 – посттрахеостомических рубцовых стенозов трахеи. Субкомпенсированный стеноз 8 пациентов и 3 декомпенсированный стеноз трахеи. Возраст колебался от 15 до 52 лет, среди пациентов было 7 женщин и 4 мужчины. Показанием к длительной респираторной поддержке и трахеостомии явилась дыхательная недостаточность, обусловленная в 2 случаях черепно-мозговой травмой, в 3 – острой хирургической патологией, в 3 – тяжелой сочетанной травмой груди и живота, в 3 – с терапевтическими заболеваниями. Продолжительность ИВЛ была от 4 до 21 суток. Допоступления в клинику трахеостомия выполнялась 4 больных, из них 4 госпитализировано с функционирующей трахеостомой. Продолжительность канюленосительства варьировалась от 2 недель до 2 месяцев. У 7 больных при поступлении отмечался стридор при минимальной физической нагрузке. Степень и протяженность стеноза трахеи уточняли трахеоларингоскопией и спиральной компьютерной томографией. Протяженность рубцовых изменений составила от 1,5 до 3 см. Коагуляционное воздействие на область стеноза трахеи осуществляли высокочастотным аппаратом Olympus ESG-100 (Германия). Окончательный результат лечения оценивался клиническим на-

блодением с оценкой голосовой функции, ларинготрахеоскопией, компьютерной томографией, исследованием функции внешнегодыхания.

Результаты. Во всех 11 случаях применялось эндоскопическая электроэксцизия рубцового стеноза трахеи с последующей установкой Y-образной силиконовой трубы, так как многократные попытки эндоскопической реканализации просвета трахеи тубусом жесткого бронхоскопа и высокочастотной электрокоагуляцией безиспользования стента не давал длительного положительного эффекта в связи разрастанием рубцовой ткани в просвете трахеи. Длительность ношения Y-образного силиконовой трубы не менее 3-4 месяца. После восстановления адекватного просвета трахеи Y-образную силиконовую трубку удаляли и наблюдали запрограммированный трахеи в течение не менее 7-10 суток. При условии отсутствия рестенозирования, выполнялась пластика дефекта передней стенки трахеи. У 2 пациентов после удаления стентакожно-трахеальный свищ закрылся самостоятельно. У остальных пациентов закрытие дефекта передней стенки трахеи производили двумя методами. Выбор способа восстановления целостности трахеи зависел от размеров трахеофиброзы, а также просвета трахеи. У 4 пациентов дефект передней стенки трахеи закрывался местными тканями, кожно-мышечным лоскутом. Второй способ закрытия дефекта передней стенки трахеи был двухэтапным. Первым этапом выполнялась подсадка реберного аутотрансплантата в подкожную клетчатку к одному из краев трахеофиброзы. Через три месяца после этой процедуры выполнялось закрытие дефекта трахеи путем перемещения кожного лоскута с подсаженным ранее реберным аутотрансплантатом. У 5 пациентов использовалась эта методика. У всех пациентов послеоперационный период протекал гладко. При контролльном обследовании через 1 и 3 месяца состояние пациентов было удовлетворительное, дыхание свободное, рентгенологически и эндоскопически признаков рецидива стеноза не выявлено.

Заключение. Используя разработанный нами лечебное мероприятие при рубцовых стенозах трахеи, у всех больных удалось восстановить адекватное дыхание через естественные дыхательные пути и устранил трахеостому. Летальных исходов не было. Отдаленные результаты до 1,5 года прослежены у 6 пациентов.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ АНТИРЕФЛЮКСНАЯ ХИРУРГИЯ

**Башабаев М.Т., Соболев А.Н., Ермекпаев К.Ж.,
Абдикаримова Р.О., Есімжомартов Д.А.**
КГП на ПХВ «Восточно-Казахстанская областная больница», г. Усть-Каменогорск, Казахстан

Целью исследования является анализ результатов лечения больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью методом лапароскопических операций.

Материалы и методы. Мы располагаем опытом хирургического лечения 197 пациентов с диафрагмальными грыжами. Отбор кандидатов на лапароскопические антирефлюксные операции во избежание постоперационных неудач осуществляется после тщательного обследования с учетом целого ряда параметров, включая наличие/отсутствие сопутствующей патологии, массу тела, возраст и т.п., что практически всегда позволяет избежать возникновения технических проблем в виде слабой мобилизации пищевода, неадекватного шовления ножек диафрагмы в условиях грыжи пищеводного отверстия или создания манжетки с натяжением после неудавшейся попытки пересечения коротких кровеносных желудочных сосудов. Если же ситуация такого рода все же развилась, больным выполняют заключающееся в полной диссекции и последующей ревизии первичной манжетки повторное хирургическое вмешательство, которое опытный специалист может успешно провести лапароскопическим доступом.

Результаты. У 194 больных была скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы 2-3 ст., осложненная эрозивным рефлюкс-эзофагитом, рецидивным к консервативной терапии, из них в 1 наблюдениях - пептической структурой пищевода. У 3 пациентов имелась посттравматическая левосторонняя грыжа диафрагмы. У 190 больных, выполнены лапароскопические и у 7 традиционные операции. С помощью лапароскопической или традиционной хирургической техники пациентам была выполнена фундопликация по Nissen (141 пациент) или Touper (6 больных), в сочетании с задней куоррафией. У 1 больного с пептической структурой пищевода до лапароскопической операции производилось эндоскопическое бужирование пищевода. В 36 наблюдениях лапароскопические антирефлюксные вмешательства выполнялись симultanно с холецистэктомией. Повреждение медиастинальной плевры и подкожная эмфизема, отмечены у 1 случае. В раннем послеоперационном периоде у 11 больных развилась дисфагия (вследствие гиперфункции манжетки), которую 9 удалось купировать баллонными дилатациями. В случаях повторная операция. В 1 случае кровотечение из прокола. 1 случае кровотечение из коротких сосудов желудка. Отдаленные результаты лечения изучены в сроки от 1 года до 3 лет после операции. Хорошие результаты констатированы у 145 больных (74,6%) удовлетворительные 40. Рецидив в 12 (6,09%) случаях.

Мы полагаем, что необходимо четко определять показания и выбирать больных для хирургического лечения диафрагмальных грыж.

Заключение. 1) при проведении операции лапароскопическим методом целесообразно соблюдать принципы, выработанные в традиционной хирургии;

2) лапароскопические антирефлюксные операции — высокоэффективные малотравматичные вмешательства, которые у большинства больных с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы и гастроэзофагеальной рефлекской болезнью дают хорошие результаты лечения;

3) отбор кандидатов на лапароскопические антирефлюксные операции во избежание постоперационных неудач осуществляется после тщательного обследования с учетом целого ряда параметров, включая наличие/отсутствие сопутствующей патологии, массу тела, возраст и т.п.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ АДРЕНАЛЭКТОМИЯ

**Башабаев М.Т., Соболев А.Н., Ермекпаев К.Ж.,
Есимжомаротов Д.А.**

*КГП на ПХВ «Восточно-Казахстанская областная
больница», г. Усть-Каменогорск, Казахстан*

В последние десятилетия в медицине значительно возрос интерес к хирургическому лечению больных с заболеваниями надпочечников. Это связано, в первую очередь, с улучшением диагностики патологии надпочечников за счет технического совершенствования методов обследования. А во-вторых, с внедрением видеоэндоскопической адреналэктомии. Надпочечники идеально подходят для лапароскопического доступа, т.к. большинство опухолей данной локализации имеют небольшие размеры и неплохо дифференцируются от окружающих тканей. Более того, они располагаются глубоко в забрюшинном пространстве. Что в открытой хирургии требует широкого доступа. Травматичность которого превышает основной этап операции. Поэтому на сегодняшний день лапароскопическую адреналэктомию мы рассматриваем как операцию выбора при большинстве опухолей надпочечников.

Цель исследования: улучшить результаты оперативного лечения опухолей надпочечников.

Материалы и методы: за период 2013 г. по май 2024 г. выполнено 27 лапароскопические адреналэктомии. Среди пациентов 22 женщин и 5 мужчин. Возраст больных от 35 до 67 лет. Длительность заболевания – от 2 до 12 лет.

Результаты: Из 22 ЛАЭ у трех пациентов операция выполнена слева, у 5 – справа. Средняя продолжительность операции при правосторонней ЛАЭ составила 95 минут, при левосторонней – 110 минут. Средний объем кровопотери – 25 мл. ± 5 мл. Во время операции и в послеоперационном

периоде осложнений не наблюдалось. Больные активизированы в день операции. Средняя продолжительность пребывания больного в стационаре составила $6,5 \pm 1,3$ дней. Гормонально активная опухоль (феохромоцитома) – 6 пациент, у 1 (4,2%) одной опухоль надпочечника до 10 см выполнена конверсия после мобилизации, аденома надпочечника – 17, киста надпочечника – 1, киста надпочечниками паразитарного (эхинококк) генеза – 1 пациент. У больных с феохромоцитомой в послеоперационном периоде отмечено снижение АД до нормальных показателей. Осложнений не было.

Заключение: Показанием к лапароскопической адреналэктомии являются гормонально активные опухоли любых размеров и гормонально неактивные образования диаметром более 4 см. ЛАЭ при опухолях надпочечников является достаточно эффективным и малотравматичным оперативным вмешательством. Причиной конверсий было врастание большой опухоли в крупные сосуды.

THE MOST EFFECTIVE METHODS OF STRENGTHENING THE STAPLER LINE OF THE STOMACH

Annaorazov Y.A., SergazinZh. R., Satkhanbayev A.Z.
Khoja AkhmetYassawi International Kazakh-Turkish University, Kazakhstan, Turkistan

Postoperative bleeding and failure of the stapler line of stomach are one of the formidable complications of the early postoperative period after bariatric and metabolic surgery. These complications may occur for more than 10 days. Therefore, all measures to reduce the above-mentioned complications are relevant. To solve these problems, the authors offer a lot of stitching, immersion even clipping of the stapler line. In this study, we use immersion and stitching at the same time.

The purpose of this study is to evaluate the effectiveness of the method of prevention of immersion with stitching.

Material and methods were a single-center prospective interventional open (without masking) RCT. To achieve this goal, we conducted studies of the results of the operation in the study group of 50 and in the control group of 100, where nothing was performed after stapling with a stapler.

Results. We received 2.3% bleeding in the early postoperative period in the control group. There was no insolvency in both groups. In the study group, we did not observe bleeding and insolvency.

Conclusion of the study are sewing and immersion simultaneously carries out the prevention of postoperative complications.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ МЕТОДОВ ГЕМОСТАЗА ПРИ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ: ОПЫТ МОБ №2 УЗ АКМОЛИНСКОЙ ОБЛАСТИ, Г. АСТАНА

**Аксарин А.К.^{1,2}, Мун Е.В.², Джуматаев Т.К.²,
Хасен Е.Е.¹, Шатырбекова А.М.¹**

¹ИАО "Медицинский Университет Астана",
Республика Казахстан, г. Астана;

²ГКП на ПХВ "Многопрофильная Областная
Больница №2", управления здравоохранения
Акмолинской области, Республика Казахстан,
г. Астана

Хотя большинство ЖКТ-кровотечений контролируется консервативно или эндоскопически, у 7-25% пациентов возникают рецидивы, требующие ангиографического вмешательства. С увеличением числа осложненных язв и пожилых пациентов возрастает потребность в альтернативных методах гемостаза. Распространённость эрозивно-язвенных поражений среди населения города Астана по меньшей мере достигает 95 на 1000 человек, особенно часто выявляются у экстренных больных с абдоминальной патологией. Транскатетерная артериальная эмболизация (ТАЭ) представляет собой малоинвазивную альтернативу хирургическому вмешательству, обладающую высокой клинической эффективностью и безопасностью. На фоне ограниченной доступности эндоскопии и сокращения сроков госпитализации актуальность эндоваскулярных методов значительно возрастает.

Цель работы: Оценить эффективность и клиническую целесообразность применения эндоваскулярных методов гемостаза у пациентов с язвенными кровотечениями, особенно в условиях ограниченного доступа к эндоскопическому оборудованию и при наличии тяжелой сопутствующей патологии.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ 51 пациента с язвенными кровотечениями верхних отделов ЖКТ, находившихся на лечении в МОБ №2 с января 2024 по июнь 2025 года. Оценивались хирургические и эндоваскулярные вмешательства: 4 — лапаротомия с ушиванием язвы, 3 — эндоскопическое клипирование, 10 — эндоваскулярная эмболизация левой желудочной и гастродуоденальной артерий. Отдельно проанализированы пациенты с высоким анестезиологическим риском и нарушением дыхательной функции. Основными критериями оценки были клиническая эффективность, переносимость процедуры, частота осложнений и внутрибольничная летальность.

Результаты: ТАЭ выполнена у 15 пациентов (29,4%). Технический и клинический успех достигнут в 100% случаев. Рецидивов и осложнений не наблюдалось. Процедура хорошо переносилась, не потребовалось применение седации или общего

наркоза. В группе лапаротомии ($n = 4$) зарегистрирован один летальный исход. Пункция артерии и эмболизация выполнялись под местной анестезией без необходимости седации. У пациентов с дыхательной недостаточностью отказ от седации позволил избежать десатурации, интубации и послеэктубационных осложнений.

Заключение: На основании клинического опыта МОБ №2 можно сделать вывод, что применение эндоваскулярного метода гемостаза при язвенных кровотечениях является эффективной и безопасной альтернативой у пациентов с высоким операционно-анестезиологическим риском. Методика обеспечивает минимальное вмешательство, снижает нагрузку на сердечно-сосудистую и дыхательную систему, и позволяет выполнять гемостаз в экстренном порядке без необходимости общего наркоза. В условиях ограниченных ресурсов и роста числа пациентов с тяжелым течением язвенной болезни, данный подход может быть рекомендован к более широкому внедрению в клиническую практику.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ II-IV ТИПОВ

Скрябин С.А.¹, Корельская М.В.¹,
Манучаров А.А.¹, Василевский Д.И.²

¹Мурманская областная клиническая больница им. П.А. Баяндина, г.Мурманск, РФ.

²Первый Санкт-Петербургский Государственный Медицинский Университет им. акад. И.П. Павлова, г.Санкт-Петербург, РФ

Цель. Хиатальные грыжи II-IV типов характеризуются значительным расширением пищеводного отверстия диафрагмы, укорочением пищевода и разрушением связочного аппарата смещающихся в грудную клетку органов брюшной полости. Перечисленные факторы определяют высокую частоту рецидива заболевания после хирургического лечения, достигающую 20-40% и даже 60%. Существует различные подходы к решению данной проблемы, од-нако их эффективность остается далекой от желаемой.

Материалы и методы. В работе приведен семилетний (2015-2021) опыт хирургического лечения 217 больных с хиатальными грыжами II-IV типов в отделении торакальной хирургии Мурманской областной клинической больницы им. П.А. Баяндина. С грыжами II типа было 23 пациента (10,6%), III типа - 190 (87,5%), IV типа - 4 (1,8%). Всем больным выполнены лапароскопические оперативные вмешательства. В обязательном порядке иссекался грыжевой мешок, пищевод высоко мобилизовался в средостении. При размерах хиатального отверстия более 5 см или гипотрофии ножек диафрагмы

осуществлялось укрепление зоны крурографии полипропиленовым сетчатым протезом - 201 пациент (92,6%). Всегда выполнялась антирефлюксная процедура: фундопликация R.Nissen (360°) - 201 пациентов (92,6%), при недостаточных размерах дна желудка или его фиброзных изменениях фундопликация A. Toupet (270°) - 16 пациентов (7,4%).

Результаты. Интраоперационные осложнения имели место в 20 (9,2%) случаях. Из них: перфорация полого органа у 3 пациентов (1,4%); кровотечение - у 5 (2,3%); карбокситоракс - у 15 (6,9%). Ранние послеоперационные осложнения отмечались в 7 (3,2%) случаях: пневмония - у 3 (1,4%) пациентов, парез желудка - у 4 (1,8%). В одном случае (0,5%) имела место ТЭЛА мелких ветвей легочной артерии. Летальных исходов не было. Время пребывания в стационаре после операции варьировало от 3 до 7 дней (в среднем - 5). Отдаленные результаты хирургического лечения в срок от двух до шести лет прослежены у 168 (77,4%) больных. Осложнений, связанных с применением протезов не отмечено. Под хорошим итогом лечения понималось отсутствие жалоб и наличием нормальных анатомических взаимоотношений между пищеводом, желудком и диафрагмой при рентгенологическом эндоскопическом исследовании. Удовлетворительным результатом считали отсутствие клинических проявлений заболевания, при минимальных рентгенологических или эндоскопических изменениях. Хороший отдаленный результат констатирован у 117 (69,6%) из 168 пациентов, удовлетворительный - у 9 (5,3%). Под неудовлетворительным исходом лечения понимался возврат клиники заболевания в совокупности с инструментальными признаками рецидива грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Подобный результат был констатирован у 42 (25,0%) больных.

Заключение. Анализ результатов лечения больных с хиатальными грыжами II-IV типов подтвердил имеющиеся в литературе данные о высокой частоте неудач оперативных вмешательств при данной патологии, достигающих 20-40%. Использование протезирующих материалов при коррекции размеров хиатального отверстия при данных типах грыж является безопасным и, вероятно, повышает надежность реконструкции в части случаев, однако далеко не всегда позволяет добиться хорошего итога лечения. Представленные данные определяют актуальность дальнейшего поиска путей повышения эффективности хирургического лечения хиатальных грыж II-IV типов.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ПОДСЛИЗИСТЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЖЕЛУДКА

Смирнов А.А., Саадулаева М.М., Корольков А. Ю.
Ручкина Я. В.

ФГБОУ ВО ПСПБГМУ им. акад. И. П. Павлова,
НИИ Хирургии и неотложной медицины,
г. Санкт-Петербург

Цель. Улучшить результаты лечения пациентов с подслизистыми новообразованиями (ПН) желудка путем определения критериев отбора пациентов для различных миниинвазивных методик.

Методика. С 2015 по 2018 годы в клинике НИИ Хирургии и неотложной медицины ПСПБГМУ им. акад. И. П. Павлова было пролечено 30 пациентов с ПН желудка в плановом. Всем пациентам новообразования были удалены исключительно эндоскопическими методами: эндоскопическая полнотененная резекция, эндоскопическая тоннельная резекция, эндоскопическая диссекция. После анализа полученных осложнений и результатов, были определены критерии отбора пациентов для различных методик удаления новообразований. С 2019 по 2023 годы выполнялись следующие виды оперативных вмешательств: эндоскопическая полнотененная резекция, эндоскопическая тоннельная резекция, эндоскопическая диссекция, лапароскопическая атипичная резекция желудка. Методика эндоскопической полнотененной резекции применялась в тех случаях, когда имелся тесный контакт образования с серозным слоем стенки желудка и наличие компрометированности слизистой на вершине подслизистого новообразования, тоннельная резекция выполнялась в случае расположения образования в кардии и в проксимальных отделах желудка или, если образование исходило из 4-го эхослоя стенки желудка, диссекция выполнялась в случае наличия «тонкого мостика» из 4-го эхослоя стенки желудка к новообразованию, в случае принадлежности новообразования ко 2-му или 3-му эхослою стенки желудка, либо, если образование располагалось в «сложной» зоне для формирования тоннеля. Методика лапароскопической атипичной резекции выполнялась в случае, если образование имело размеры больше 4,0 см, а также, если образование располагалось в «сложной» для эндоскопических методов удаления зоне.

Результаты исследования. Всего было пролечено 70 пациентов с ПН желудка. Тоннельная резекция была выполнена 36 пациентам, диссекция – 23 пациентам, полнотененная резекция – 5 пациентам, лапароскопические методы – 9 пациентам (3 из которых для устранения возникших осложнений).

В первой ретроспективной группе были получены следующие осложнения: несостоительность лигатурного шва после полнотенной резекции в своде желудка в 1 случае (дефект сведен эндоскопически, путем наложения клипсы OVESCO); некроз стенки после тоннельной резекции в 1 случае, интраоперационное кровотечение при тоннельной резекции, которое не удалось остановить эндоско-

пически – в 1-м случае. Во второй ретроспективной группе было получено 1 осложнение интраоперационное кровотечение при тоннельной резекции. Все осложнения были устранены лапароскопическим способом.

Запатентованная методика тракции подслизистого новообразования петлей для мполипэктомии использовалась в первой группе в 8 случаях, во 2-й группе в 12 случаях, что позволило значительно сократить продолжительность удаления подслизистых новообразований размером 30мм и более. По результатам оперативного лечения в каждой группе пациентов были проанализированы следующие показатели: общее время оперативного вмешательства, частота послеоперационных осложнений, частота и причина интраоперационных конверсий, сложность при извлечении новообразования из тоннеля и далее через пищевод и глотку, длительность койко-дня.

Заключение.

1. Выбор метода удаления ПН желудка зависит от размеров новообразования, его локализации, отношения к слоям стенки желудка, изменениям слизистой оболочки над ним.

2. Применение метода тракции позволяет сократить продолжительность операции для подслизистых новообразований 30 мм и более ($M_{Up}=0.002$).

3. Тоннельная резекция по задней стенке проксимальных отделов желудка чаще всего сопровождается повреждением слизистого слоя ($p=0.027$) и чаще при размере новообразования более 30мм (61,5%), что в большинстве случаев приводит к мене метода эндоскопического удаления (на полнотенную резекцию) ($p=0.044$).

4. Максимальный размер ПН желудка для мобилочного извлечения составляет 40мм в наибольшем измерении.

5. Для удаления ПН кардии желудка предпочтительным является тоннельный доступ из просвета н/з пищевода.

6. Комбинированный метод удаления должен использоваться в случаях, когда применение эндоскопических методов может повлечь за собой прогнозируемые осложнения.

РОБОТ-АССИТИРОВАННЫЕ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОПУХОЛЯХ НАДПОЧЕЧНИКОВ

**Османов З.Х., Семенов Д.Ю., Соловьев И.А.,
Борискова М.Е., Панкова П.А., Быков М.А.,
Мовсесян Р.А.**

*Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего
образования «Первый Санкт-Петербургский*

государственный медицинский Университет
имени академика И.П. Павлова» МЗ РФ,
Санкт-Петербургское государственное
бюджетное учреждение здравоохранения
«Городская Мариинская больница»,
г.Санкт-Петербург

За последние годы значительно увеличилась выявляемость образований надпочечников (ОН) и, как следствие, увеличилось число оперативных вмешательств. Согласно современным критериям выполняется адреналэктомия. При этом лишь 1-4% ОН имеют злокачественный характер. Растет и количество пациентов, которым выполняются двусторонние адреналэктомии (АЭ). Этим пациентам необходима пожизненная заместительная терапия, которая малоэффективна. Риск развития Адиссонова криза у них достигает 35%, а риск смерти – 3%.

Цель исследования – улучшить результаты хирургического лечения пациентов с ОН путем определения показаний и внедрения в практику органосохраняющих операций с использованием современных эндовидеохирургических технологий.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 341 пациентов, из них у 206 выполнены лапароскопические операции (ЛС), а у 135 – робот-ассистированные (РА). ЛС адреналэктомий выполнено 180, ЛС резекций надпочечника (РН) 26. РА адреналэктомий выполнено – 88, РА резекций надпочечников – 47. Показанием к операции стали: гормонально-неактивные ОН – 121; кортикостеромы – 87; альдостеромы – 67 и феохромоцитомы – 54; адренокортикальный рак – 12 случаев. Показаниями к РН стали случаи гормональноактивные ОН и инциденталомы с низким риском злокачественности. Окончательное решение о выполнении РН принималось во время операции на основании данных интраоперационной ревизии и УЗИ. Пациенты были разделены на две группы: основная группа (n=73) – выполнена РН, контрольная группа (n=268) – АЭ. С целью оценки отдаленных результатов обследован 141 пациент из контрольной группы и 40 пациентов из основной. Средний срок наблюдения – 7 лет.

Результаты: После ЛС осложнения были в 14 случаях (6.8%), а после РА в 2 (1.5%) ($p<0.05$). В обеих группах не отличались длительность операции, продолжительность койко-дня, а также процент местных рецидивов ($p>0.05$). После РН рецидив был у 1 пациента; после АЭ – у 3. У 26 (12,05%) пациентов, которым была выполнена адреналэктомия, уже определялось образование в контрлатеральном надпочечнике. В 13 случаях опухоли в оставшемся надпочечнике появились уже после выполненной операции. Иных, в 13,4% случаев у пациентов с опухолью в контрлатеральном надпо-

чечнике отмечался рост в динамике или появление признаков гормональной активности. У пациентов с гормонально активными опухолями результаты оперативного лечения были удовлетворительными в обеих группах, что проявлялось стойким купированием клинических проявлений гиперпродукции гормонов. Выполнение адреналэктомии с одной стороны и резекции надпочечника с другой позволило избежать заместительной терапии.

Заключение. 1. Показаниями для выполнения органосохраняющих операций являются ОН, которые при комплексном до- и интраоперационном обследовании имеют низкий уровень злокачественности.

3. Эффективность органосохраняющих операций с применением эндовидеохирургических технологий сопоставима с таковой при адреналэктомии.

4. Выполнение органосохраняющей операции с оставлением одной трети ткани надпочечника позволяет избежать надпочечниковой недостаточности при операции с двух сторон.

ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПАРАРЕКТАЛЬНЫХ СВИЩЕЙ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА

Номоконов Д.Г., Каманин А.А., Виниченко А.А.,
Костюков В.В., Морозов В.П.

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет имени академика
И.П. Павлова» Министерства здравоохранения
Российской Федерации, Санкт-Петербург,
Российская Федерация

Парарактальные свищи возникают примерно у трети пациентов с болезнью Крона и могут быть единственным проявлением заболевания примерно у 5-10% пациентов. На сегодняшний день считается, что заболевание не излечимо. Применение существующих методик для лечения парарактальных свищ у пациентов с перианальной болезнью Крона (пБК) часто влечет за собой развитие рецидивов. По данным литературы, одному больному с пБК в среднем приходится выполнять шесть хирургических операций при сложных свищах и три – при простых свищах, что также не обеспечивает окончательного выздоровления пациента. Проведение радикальных оперативных вмешательств может привести к формированию незаживающих ран промежности и развитию анальной инконтиненции, а вкупе с прогрессированием перианального поражения нередко вынуждает выполнять пожизненное стомиорование больных.

Цель работы. Сравнить эффективность различных методов оперативного лечения парарактальных свищ при пБК.

Материалы и методы. В исследование вошло 67 пациентов с простыми и сложными парапректальными свищами при пБК. Жалобы пациентов включали боли в перианальной области, периодические подъёмы температуры, серозно-гнойные выделения из свищевых ходов. Больным были выполнены следующие оперативные вмешательства: установка нережущих дренажей-сетонов, фистулотомия, лазерная облитерация свищевых ходов, операция LIFT, низведение лоскута прямой кишки, выведение превентивной колостомы, экстирпация прямой кишки. У всех больных перед оперативным вмешательством и через 6, 12 и 24 месяцев после лечения проводились: оценка качества жизни по опроснику IBDQ, регистрация рецидивов заболевания, функциональность запирательного аппарата прямой кишки. Сравнивалась эффективность методов лечения. Критериями эффективности лечения являлись: длительность безрецидивного течения, необходимость проведения повторных оперативных вмешательств, улучшение качества жизни. Для динамического наблюдения использовались КТ-фистулография и МРТ органов малого таза.

Результаты. В группе пациентов с установкой нережущих дренажей-сетонов в комбинации с системной биологической терапией выявлен максимальный период безрецидивного течения пБК. Рецидивы установлены у 9% больных в течение $3,8 \pm 0,4$ лет, им потребовались дополнительные оперативные вмешательства. У 93% пациентов снизилась интенсивность болей либо полностью регрессировал болевой синдром в перианальной области, отмечено значимое улучшение качества жизни, отсутствие анальной инконтиненции. Однако за весь период наблюдения не наблюдалось ни одного случая полного заживления свища. При лечении пациентов с использованием более радикальных и травматичных методик - низведения лоскута прямой кишки, операции LIFT, лазерной облитерации свищевых ходов - рецидивы возникали в более короткие сроки, уровень качества жизни был ниже, что доказывает их меньшую эффективность по сравнению с малотравматичными вмешательствами.

Заключение. Хирургическое лечение парапректальных свищей при пБК представляет собой сложную задачу, при этом, как правило, не удается окончательно вылечить пациента. Для улучшения физического и психического здоровья больного, для сохранения функции запирательного аппарата прямой кишки и для снижения частоты рецидивов заболевания необходимо выполнять адекватное дренирование свищевых ходов, при этом минимизировав травму тканей промежности. При сложных парапректальных свищах рекомендуем установку нережущих дренажей-сетонов, а при простых низких свищах - щадящую фистулотомию. Назначение патогенетической иммуносупрессивной терапии улучшает результаты лечения.

МЕСТО РЕЗЕКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЛЕЧЕНИИ ФОЛЛИКУЛЯРНОЙ ОПУХОЛИ

**Борискова М.Е., Панкова П.А., Быков М.А.,
Зуйкевич Д.В**

*ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский
государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»,
г.Санкт-Петербург, РФ*

Цитологическое исследование узловых образований щитовидной железы является стандартом в диагностике карцином щитовидной железы. Принятая в настоящее время классификация BETHESDA определяет онкологические показания к операции. Неоднозначным остается вопрос о показаниях и объеме операции в случаях IV категории Bethesda. Невозможность определения капсулльной или сосудистой инвазии в цитологическом материале диктует выполнение диагностической операции. Как правило, это гемитиреоидэктомия, согласно Российским клиническим рекомендациям. Данный объем операции сопряжен с рисками специфических осложнений, таких как парез половины гортани, а также с риском развития постоперационного гипотиреоза с необходимостью проведения заместительной терапии. Изменения объема операции, а именно, выполнение резекции доли щитовидной железы, позволит, с одной стороны, поставить диагноз и удалить опухоль, с другой стороны, позволит избежать риска пареза и гипотиреоза.

Целью нашей работы было показать возможность использования резекции доли щитовидной железы в случае фолликулярной неоплазии, определить показания к выполнению данного объема операции.

Материалы и методы. В исследование включено 746 пациентов с цитологическим диагнозом фолликулярная опухоль (Бетесда 4), оперированных в ПСПБГМУ им. ак. И.П.Павлова отделение хирургической эндокринологии 2022-2024 гг. Цитологическое исследование выполнялось в лаборатории ПСПБГМУ или референсной лаборатории (НЦКМД). Заключения формировались согласно классификации BETHESDA 2023. Определение BRAF статуса опухоли проводилось в материале, полученном при тонкоигольной функциональной биопсии с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР) с использованием аллель-специфичных праймеров.

Результаты. Объем операции (гемитиреоидэктомия, тиреоидэктомия, резекция доли или перешейка) определялся исходя из следующих критериев:

Локализация опухоли: Перешеек – резекция перешейка; Нижний (верхний) полюс доли щитовидной железы, безопасное расположение относительно возвратного нерва.

Риск злокачественности: Узи-характеристики – система TIRADS (II, III, IVa) и размер узла менее 3см; Цитологическая картина (фолликулярная не-оплазия низкой степени); Низкий уровень кальцитонина крови; Отсутствие семейного анамнеза РЩЖ, облучения головы-шеи в анамнезе. Согласно выбранным критериям все пациенты с диагнозом фолликулярная опухоль (Бетесда 4) были оперированы в объеме гемитиреоидэктомии (тиреоидэктомии) – 592 пациента. Резекция перешейка выполнена у 7 пациентов. В 147 случаях была выполнена резекция доли. Диагноз рака щитовидной железы подтвердился у 44 пациентов (5,9%). Карцинома щитовидной железы диагностирован в группе пациентов с резекцией доли только у 2-х пациентов (1,4%). Тогда как в группе гемитиреоидэктомии доля рака составила 6,8%. Таким образом, выработанные нами критерии позволили у 98,3% пациентов выполнить удаление опухоли с минимальным риском осложнений и сохранением гормональной функции. Все случаи рака щитовидной железы в группе резекций доли были представлены фолликулярной микрокарциномой с минимальной инвазией.

Заключение. Стандартной операцией при фолликулярной опухоли щитовидной железы является гемитиреоидэктомия. Возможно выполнение резекции доли щитовидной железы в группе низкого риска рака щитовидной железы. Лечение опухолей щитовидной железы требует индивидуального подхода подготовленной командой специалистов в профильном стационаре.

ПРЕИМУЩЕСТВА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ БОЛЕЗНИ КРОНА

Каманин А.А., Богданов П.И., Османов З.Х.,
Номоконов Д.Г., Костюков В.В., Корольков А.Ю.,
Морозов В.П.

Федеральное государственное образовательное учреждение высшего образования Первый
Санкт-Петербургский Государственный
Медицинский Университет имени И.П. Павлова
Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Диагностика болезни Крона занимает от полутора до 3 лет с момента появления первых симптомов заболевания. Четких диагностических критериев по настоящее время не существует. В связи с чем, больные с уже возникшими осложнениями болезни Крона часто оперируются в общехирургических стационарах, а не в профильных центрах ВЗК. Но даже в профильных центрах, несмотря на то, что клинические рекомендации РФ и положения ЕССО рекомендуют выполнение лапароско-

пических операций, многие хирурги при лечении осложнений БК по прежнему предпочитают открытые операции. Этому способствует – спаечный процесс, а также работа в воспаленных полнокровных тканях с наличием внутренних и наружных свищей и абсцессов. Так, исследование Connelly T.M. проведенное в 2022 году показало, что лапароскопические операции при БК были применены лишь у 194 пациентов из 906 (21,4%). Проведенный анализ в рамках американской национальной программы улучшения качества хирургической помощи на более, чем 1900 илеоцекальных резекциях при БК показал, что лишь в 34% случаев операции выполнялись лапароскопическим способом.

Цель. Определение преимуществ и разработка показаний и противопоказаний для применения лапароскопических операций при осложнениях болезни Крона.

Материал и методы: Были проанализированы результаты хирургического лечения 102 пациентов, которые были оперированы в НИИ хирургии ПСБГ-МУ им. И.П.Павлова по поводу осложнений болезни Крона. Операции были проведены у 59 пациентов по поводу структурирующей формы БК (B2, Монреальская классификация БК), у 38 пациентов – по поводу пенетрирующей формы БК (B3), у 5 пациентов в связи с развитием рефрактерности к проводимой терапии при воспалительной форме БК (B1). У 52 пациентов диагностирован илеит (L1), у 10 пациентов – колит (L2), у 38 пациентов – илеоколит (L3).

Результаты: Лапароскопическая операция была выполнена у 67 пациентов (65,7%), открытым способом оперированы 35 пациентов (34,3%). У 53 больных эндовидеохирургическая операция была начата и завершена лапароскопически, у 14 больных потребовалась конверсия доступа. Время лапароскопических операций, выполненных в полном объеме, оказалось меньше, чем при открытой и составила 141 минуту (SD=58) против 204 минут (SD=104) при открытой операции. Кровопотеря при выполнении лапароскопических операций оказалась в три раза меньше, чем при открытых – 90 мл (SD=29) против 306 мл (SD=130). Уровень С-реактивного белка, как интегрального показателя агрессии операции после лапароскопических операций составил – 54,098 мг/л, против 78,439 мг/л (p=0,004) при открытых операциях. По результатам исследования к относительным противопоказаниям для выполнения лапароскопических операций стали относить: выраженный спаечный процесс, плотный и неподвижный инфильтрат в брюшной полости, обширный инфильтрат подвздошной кишки, включающий и левую половину толстой кишки, наличие абсцесса в брюшной полости. Однако, начинать операцию во всех случаях рекомендуем с диагностической лапароскопии. Лапароскопические операции у больных с БК должны выполняться только хирургами, име-

ющими опыт хирургического лечения пациентов с БК, понимающими клинические и патогенетические особенностями БК.

Заключение: Лапароскопические технологии в лечении хирургических осложнений болезни Крона позволяют минимизировать операционную травму и достоверно снизить риски активации иммуно-воспалительных реакций в раннем послеоперационном периоде.

АЛГОРИТМ ПРИМЕНЕНИЯ ГИБРИДНОГО ГЕМОСТАЗА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ, ОСЛОЖНЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Багненко С.Ф., Корольков А.Ю., Танцев А.О.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, Санкт-Петербург

Цель. Использовать алгоритм применения гибридного гемостаза в лечении хронических дуоденальных язв, осложненных кровотечением.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни в 4 стационарах города Санкт-Петербург за период с 2018 по 2023 гг. В выборку были включены 379 пациентов с хроническими язвами двенадцатиперстной кишки осложненных кровотечением. Анализировались такие параметры, как размер и локализация язвы, тип кровотечения по классификации J.A. Forrest, особенности первичного гемостаза, частота рецидива кровотечения, возраст, количество койко-дней, летальность, наличие сопутствующих заболеваний, использование пероральных антикоагулянтов и антиагрегантов.

Результаты. При ретроспективном анализе средний возраст пациентов составил $59,4 \pm 12,5$ лет, средний койко-день $20,1 \pm 10,3$, общая летальность 63 (16,6%), общая частота рецидива составила 132 (34,84%). Большую долю составили язвы с локализацией по передней и задней стенке двенадцатиперстной кишки, размером до 1 см, осложненные кровотечением по Forrest Ib и IIb. Большая доля первичного гемостаза пришлась на комбинированный эндогемостаз с применением инъектирования и коагуляции. При анализе летальности (n=63) установлено, что при рецидиве кровотечения летальность возрастает в 3,5 раза ($p < 0,001$). При анализе рецидивных кровотечений большую долю составили язвы с локализацией позадней стенке двенадцатиперстной кишки, размером 2 см и более, осложненные кровотечением по Forrest IIb, тип первичного гемостаза инъекционный+коа-

гуляция, более половины пациентов имели коморбидную патологию и принимали антикоагулянты и/или антиагреганты. При проведении ROC анализа полученных данных было установлено, что при наличии 3 и более вышеуказанных критериев вероятность рецидива кровотечения составляет $> 80\%$ (AUC = 0,849314; Sp 83,48%; Se 82,01%). На основании полученных результатов выделен ряд факторов риска рецидива кровотечения, которым присвоены балльные значения, по совокупности баллов выделены группы риска рецидива кровотечения: низкий, средний, высокий. Применяется следующий алгоритм в лечении язвенных кровотечений ДПК. В группе низкого риска рецидива кровотечения после выполнения комбинированного эндоскопического гемостаза проводится динамическое наблюдение, в случае рецидива кровотечения выполняется транскатетерная ангиоэмболизация. Если же после выполнения транскатетерной ангиоэмболизации возникает рецидив кровотечения, выполняется оперативное лечение.

В группе среднего риска применяется одномоментный гибридный гемостаз (комбинированный эндоскопический + транскатетерная ангиоэмболизация). При выполнении ангиоэмболизации оценивается наличие или отсутствие экстравазации. Так, при наличии экстравазации возможно выполнить селективную/суперселективную эмболизацию сосуда, что считается устойчивым гемостазом. При отсутствии экстравазации, выполняется эмболизация гастродуоденальной артерии. Проводится динамическое наблюдение, в случае рецидива кровотечения выполняется оперативное лечение. В случае отсутствия экстравазации гемостаз считается превентивным и неустойчивым и в этой ситуации присваивается дополнительный балл, который может повысить риск рецидива кровотечения до высокого. В группе высокого риска применяется одномоментный гибридный гемостаз (комбинированный эндоскопический + транскатетерная ангиоэмболизация). Но, применение ангиоэмболизации проводится в рамках предоперационной подготовки и в течении 24 часов по стабилизации состояния пациента выполняется оперативное лечение

Заключение. Высокий показатель летальности (16,5%) у больных с дуоденальными язвами ассоциирован с большой частотой рецидива кровотечения ($p < 0,001$). Перспективным направлением в лечении данной категории больных является применение гибридного гемостаза (эндоскопический+рентгенэндоваскулярный). Для определения тактики у пациентов с язвенным дуоденальным кровотечением необходимо стратифицировать их с учетом риска рецидива кровотечения. Применение разработанного алгоритма позволяет снизить частоту рецидивов, летальность и длительность пребывания в стационаре.

ЛЕЧЕНИЕ РЕФРАКТЕРНЫХ ЯЗВ ПРЯМОЙ КИШКИ АУТОТРАНСПЛАНТАЦИЕЙ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА

Виниченко А.А., Номоконов Д.Г., Костюков В.В.

Россия. г. Санкт-Петербург. Первый
Санкт-Петербургский Государственный Медицинский
Университет им. академика И.П.Павлова.
НИИ Хирургии и Неотложной медицины.
Кафедра хирургии общей с клиникой

Больные с язвами прямой кишки при болезни Крона (БК) представляют значительную проблему для современной медицины. Ввиду отсутствия системного воспаления, данный контингент больных не подлежит иммуносупрессивной или биологической терапии. При длительном течении язвенного процесса есть риск формирования стриктуры и малигнизации в пораженном сегменте прямой кишки, а операцией выбора является экстирпация или резекция прямой кишки с формированием кишечной стомы. При этом в 50% случаев стома остается на всю жизнь. Это значительно ухудшает качество жизни пациентов, в большей степени молодого трудоспособного возраста, что диктует необходимость поиска новых способов лечения данной категории больных. Клеточная терапия одно из новых направлений в медицине, основанное на применении регенеративного потенциала взрослого организма для лечения ряда тяжелых заболеваний. В последние годы все чаще в лечении болезни Крона применяется клеточная терапия, конечной целью которой является заживление пораженных сегментов кишки, увеличение продолжительности ремиссии, уменьшение частоты и тяжести осложнений, ухудшающих качество жизни больных.

Целью настоящего исследования является оценка влияния аутологичной мононуклеарной фракции костного мозгана язвы прямой кишки при их локальном введении.

Материалы и методы. Обследованы и пролечены 18 пациентов с язвенными поражениями прямой кишки на фоне БК. Для оценки активности воспалительного заболевания кишечника проведен клинико-биохимический, эндоскопический, эндосонографический спектр обследований, гистологическое исследование краев язв для изучения возможностей регенераторного потенциала, мультидисциплинарное обсуждение каждого пациента с участием гастроэнтеролога, колопроктолога, анестезиолога, патоморфолога, психотерапевта и врачей других специальностей. Аутологичная мононуклеарная фракция костного мозга вводились в края язвы. Проведен анализ непосредственных результатов лечения оперированных пациентов.

Результаты исследований. Для оценки качественного состава костного мозга достаточно при-

менения метода проточной цитофлюорометрии. В течение месяца после введения аутологичной мононуклеарной фракции костного мозга, отмечено купирование клинической симптоматики, в виде купирования болевого синдрома, исчезновения примеси крови в стуле, снижение частоты тенезмов. Через 6 месяцев отмечено уменьшение диаметра язвенного дефекта и глубины при эндоскопическом контроле. Через 12 месяцев получены данные о гистологической ремиссии БК с формированием рубца.

Заключение. На основании полученных результатов, методика введения аутологичной мононуклеарной фракции костного мозга в язвы прямой кишки при Болезни может рассматриваться как вариант лечения данной группы пациентов. Это позволит снизить процент агрессивных операций, приводящих к инвалидизации трудоспособного населения. Анализ литературы показывает, что выбор окончательного метода хирургического лечения той или иной формы осложнений БК требует дальнейшего его изучения.

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ПЕРОРАЛЬНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ МИОТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ С АХАЛАЗИЕЙ ПИЩЕВОДА В ННЦХ ИМЕНИ А.Н.СЫЗГАНОВА

Баймаханов Б.Б., Эбдірашев Е.Б.,
Абдықадыров М.К., Измагамбетова Ш. С.,
Ужахов А.М., Шокебаев А.А., Орынбасар Н. Т.,
Абдрахманова А.Б., Бақтай П., Тұрсын А.С.

¹АО «Национальный научный центр хирургии
имени А.Н. Сызганова» Алматы, Казахстан

Цель исследования. Оценка результатов пероральной эндоскопической миотомии (ПОЭМ) у пациентов с ахалазией пищевода (АП) в ННЦХ имени А.Н.Сызганова.

Материал и методы. За период с июля 2016 г. по 2025 г. ПОЭМ при АП выполнена 55 пациентам в возрасте от 9 до 68 лет (средний возраст $46,5 \pm 21,4$ года), из них 27 мужчин и 28 женщин. Давность заболевания составляла от 6 мес до 20 лет (в среднем $5,2 \pm 5,0$ года). До выполнения ПОЭМ 18 пациентам проводилось эндоскопическое лечение при АП (баллонная дилатация кардии — 7). Средняя оценка по шкале Eckadt до операции достигала $10,02 \pm 0,65$ балла.

Результаты. Во всех случаях вмешательства закончены эндоскопически. Средняя длительность оперативного вмешательства составляла 95,06 мин. Средняя длина миотомии — 10,0 см. В структуре интраоперационных осложнений преобладал карбоксиперитонеум (10 пациентов): 8 случаев карбокситоракс и 6 случаев перфорации слизистой оболочки. В

послеоперационном периоде осложнений не возникло. Пациенты осмотрены в клинике в сроки от 1 мес до 5 лет. Во всех случаях свое состояние они расценивают как удовлетворительное. Прием пищи через рот восстановлен, у 48 отмечена прибавка массы тела. Средняя оценка по шкале Eckardt составила $1,68 \pm 0,78$ балла. Среди жалоб: изжога (у 28), чувство «инородного тела» в пищеводе (10), срыгивание жидкостью (8). При эндоскопическом исследовании эрозивный эзофагит степени А диагностирован у 22 пациентов, степени В — у 5.

Заключение. ПОЭМ при АП — высокоэффективное и безопасное вмешательство, позволяющее улучшить состояние пациентов. Частота развития интра- и послеоперационных осложнений не превышает данные множества других исследований, а их тяжесть и характер позволили устраниить их с применением эндоскопических технологий. Недостатком ПОЭМ является более высокая частота возникновения гастроэзофагеального рефлюкса и эрозивного эзофагита по сравнению с другими малоинвазивными вмешательствами, что требует дальнейшего анализа ближайших и отдаленных результатов этого вмешательства.

ПРОФИЛАКТИКА НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ЭЗОФАГОГАСТРАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА НА ШЕЙНОЙ СРЕДОСТЕНИИ

Алиев М.Я.¹, Тобиас Кек²

¹Азербайджанский Медицинский университет,
г.Баку, Азербайджан

²Университет Шлезвиг-Холштейн, г.Любек, Германия

Цель исследования. Разрабатывать эффективные комплексные меры профилактики несостоятельности эзофагогастрального анастомоза (ЭГА) на шейной средостении.

Материалы и методы исследования. С 2013-го по 2024-го года нами были оперированы 45 больных с опухолями пищевода, которым была выполнена операция: экстирпация пищевода и пластика с желудочным стеблем с наложением пищеводно-желудочного анастомоза в области левой шейной медиастины. Показаниями к выполнению этой операции послужили следующие патологии: рак средней трети пищевода (31 больных) и рак нижней трети пищевода (14 больных). У последней группы больных отмечалось резкое расширение супрастенотического отдела, которое приводила бы к опасным последствиям при наложения внутригрудного анастомоза, из-за нарушения миграции на стенке дилатированного пищевода.

Результаты исследования. Ретроспективный анализ причин несостоятельности ЭГА на шейной средостении указал следующие этиопатогенетиче-

ские факторы этой проблемы: недостаточное кровоснабжения желудочного сегмента анастомоза; наложение ЭГА с натяжением; недостаточная герметизация задней стенки ЭГА; сдавливание анастомоза при послойной наложение швов на шейную рану.

Для устранения первой причины нами были сохранены больше кровеносных сосудов питающих желудок. С этой целью в первую очередь правую желудочную артерию пересекали максимально дистально, что бы сохранить побольше ветвей этой артерии. Во-вторых при сохранении правой желудочно-сальниковой артерии старались по возможности сохранить ветвей второго порядка этой артерии.

Что бы устранить натяжения анастомоза прибегали к следующим приемам: удлинили желудочный сегмент за счет дна желудка или мобилизовали двенадцатиперстную кишку по Кохеру. Эти два приема вполне достаточны для устранения натяжения в области ЭГА.

Недостаточная герметизация задней стенки ЭГА приводит к серьезному осложнению как медиастинит и плеврит. Так как при несостоятельности ЭГА содержимое пищевода и желудка истекает с задней стороны анастомоза на шейную средостению и от туда в плевральные полости. Это приводит к серьезным последствиям, вплоть до смерти больного. Для устранения этого осложнения перед наложением ЭГА конец желудочного сегмента фиксировали: а- к предпозвоночной фасции; б- к фасции сосудисто-нервного пучка; в- к трахее; г- к мышцам в нижнем углу раны; д- к капсулы левой доли щитовидной железы.

Для устранения вдавления анастомоза во время зашивания раны на шее и создания свободного пространства вокруг анастомоза, на шейном отделе накладываем редкие узловые швы только на кожу. Пространству вокруг анастомоза дренируем плоскими дренажными трубками.

Заключение. При наложении ЭГА на шее после субтотальной экстирпации пищевода нами ретроспективно изучены причины несостоятельности анастомоза. На основании этого были предложены следующие меры: нами были сохранены больше кровеносных сосудов питающих желудочного трансплантата; для устранения натяжения анастомоза удлинили желудочный сегмент за счет дна желудка или мобилизовали двенадцатиперстную кишку по Кохеру; для герметизации ЭГА перед его наложением конец желудочного сегмента фиксировали: а- к предпозвоночной фасции; б- к фасции сосудисто-нервного пучка; в- к трахее; г- к мышцам в нижнем углу раны; д- к капсулы левой доли щитовидной железы; для устранения вдавления анастомоза во время зашивания раны на шее и создания свободного пространства вокруг анастомоза, на шейном отделе накладываем редкие узловые швы только на кожу.

ОПУХОЛЕВЫЕ СТЕНОЗЫ ТРАХЕИ — РАДИКАЛЬНОЕ И ПАЛЛИАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Акопов А.Л.

Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет имени академика
И.П.Павлова, Санкт-Петербург, Россия

Цель. Представить принципы применения эндоскопического и хирургического методов в лечении больных с первичными и вторичными опухолями трахеи.

Материал и методы. Проведен анализ опыта эндобронхиального и хирургического лечения более чем 500 больных опухолевыми стенозами трахеи. Основными эндоскопическими лечебными подходами являлись эндопротезирование, фотодинамическая терапия, аргоноплазменная деструкция, электрохирургия, криовоздействие и другие. Эндобронхиальное лечение носило как самостоятельный радикальный или паллиативный характер, так и проводилось как этап лечения пе-

ред радикальным хирургическим вмешательством — циркулярной резекцией трахеи.

Результаты. Решение о выборе метода лечения основывалось на степени стеноза трахеи, а также на принципиальной возможности или невозможности радикального лечения. Такие новые лечебные подходы, как лазерное воздействие на опухолевую ткань в аргоновой среде, эндобронхиальное лечение с применением седации и самостоятельном дыхании больного, максимальное использование гибкой бронхоскопии, сочетание эндобронхиального лечения с противоопухолевой химиоиммутерапией, проведение циркулярной резекции трахеи при самостоятельном дыхании пациента без интубации трахеи позволяют достичь лучших стойких результатов лечения с существенным уменьшением количества осложнений. **Заключение.** Успех эндобронхиального лечения зависит от опыта и оснащения клиники, организации работы и активного взаимодействия хирургов, эндоскопистов, анестезиологов, онкологов.

III. Актуальные вопросы диагностики и лечения в хирургии

РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЕ ЭНДОМЕЗЕНТЕРИАЛЬНОЙ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА ПРИ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ

**Эгамов Ю.С., Дурдиев Х.Б., Дадабоев А.А.,
Эгамов Б.Ю.**

Андижанский государственный медицинский
институт, г.Андижан, Узбекистан

Цель исследования: определить клиническую эффективность эндомезентериальной лимфатической терапии в профилактике послеоперационного спаечного процесса. Научная новизна работы заключается в комплексной оценке клинических и лабораторных эффектов регионарной лимфотерапии при различных видах хирургических вмешательств на органах брюшной полости.

Материалы и методы. С 2015 по 2024 годы в отделении абдоминальной хирургии проведено проспективное клиническое исследование с участием 288 пациентов (125 мужчин и 163 женщины) в возрасте от 19 до 74 лет. Все пациенты перенесли оперативные вмешательства на органах брюшной полости: холецистэктомия (n=67), вентральная герниопластика (n=53), резекция желудка (n=51) и гемиколэктомия (n=117). В зависимости от клинической ситуации использовались лапароскопический и лапаротомический доступы. Пациенты были рандомизированы на две равные группы: основную (с лимфотерапией) и контрольную (без лимфотерапии). Протокол лимфотерапии включал лимфостимулирующие (фуросемид, лазикс, маннитол, гепарин, даларгин), антибактериальные (антибиотики) и иммуномодулирующие средства (тактивин). Препараты разводились в 0,25% растворе новокaina и 5% глюкозы (1:1) и вводились лимфотропно — в проекцию корня брыжейки тонкой кишки путём капельного введения 2 раза в сутки. Целью терапии являлось снижение воспаления и стимуляция лимфооттока.

Результаты настоящего исследования убедительно демонстрируют значительное снижение частоты послеоперационного спаечного процесса при применении эндомезентериальной лимфотерапии (ЭМЛТ). Анализ клинических исходов по видам вмешательств показал, что частота спа-

ек без использования лимфотерапии оставалась высокой во всех группах операций: холецистэктомия — 10 случаев, герниопластика — 9, резекция желудка — 10, гемиколэктомия — 15. В то время как при включении ЭМЛТ количество спаечных осложнений снизилось в 1,5–3 раза. Подобное снижение частоты осложнений обусловлено модулирующим воздействием регионарной лимфотерапии на воспалительный процесс. Лабораторные показатели подтверждают этот эффект: уровень С-реактивного белка (СРБ) в основной группе был снижен с 68 до 38 мг/л, скорость оседания эритроцитов (СОЭ) — с 32 до 18 мм/ч, а количество лейкоцитов — с 12 до 9×10^9 /л. Такое уменьшение воспалительных маркеров отражает эффективность лимфотропного пути доставки медикаментов, которые напрямую воздействуют на лимфатические коллекторы, снижая продукцию провоспалительных цитокинов и усиливая лимфоотток. Дополнительным преимуществом методики является отсутствие системных побочных эффектов, характерных для традиционного парентерального введения препаратов. За счёт локализованного действия достигается не только противовоспалительный, но и иммуномодулирующий эффект, что особенно важно при обширных вмешательствах на ЖКТ. Таким образом, результаты исследования согласуются с данными других авторов о значении лимфатического пути в регуляции послеоперационного иммунного ответа, однако впервые продемонстрирована количественная эффективность эндомезентериальной терапии в клинической практике при различных типах вмешательств.

Заключение. Эндомезентериальная лимфатическая терапия представляет собой эффективный и патогенетически обоснованный метод профилактики послеоперационного спаечного процесса. Её применение позволяет нам статистически значимо снижать частоту спаек при абдоминальных операциях, уменьшать уровень воспалительных показателей (СРБ, СОЭ, лейкоциты) и улучшать послеоперационное течение и сокращать сроки реабилитации. Метод обладает высоким профилем безопасности, не требует дорогостоящих технологий и может быть интегрирован в стандартные схемы ведения пациентов после операций на органах брюшной полости. Внедрение ЭМЛТ в практику абдоминальной хирургии открывает перспективы для значительного снижения частоты спаечных осложнений и повышения качества жизни оперированных пациентов.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОТДАЛЁННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭФФЕКТИВНОСТИ СЛИВ-РЕЗЕКЦИИ И МИНИ-ГАСТРОШУНТИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Кожахметов С.К., Хасенов Р.Е., Турсынбаев Н.Н.
ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница №2», г.Астана, Казахстан.

НАО «Медицинский университет Астана», кафедра хирургических болезней №2 имени Цой Г.В.

Цель исследования: Провести сравнительный анализ отдалённых результатов слив-резекции (СР) и мини-гastroшунтирования (МГШ) у пациентов с морбидным ожирением на основании динамики массы тела, метаболических показателей и частоты послеоперационных осложнений.

Материал и методы: В исследование включено 20 пациентов с морбидным ожирением, которым выполнялись СР (n=6) -30%, и МГШ (n=14)-70%, в период 2021–2023 гг. Наблюдение проводилось через 1 год (у всех 20 пациентов)-100%, 2 года (n=6)- 30%, и 3 года (n=2)- 10%, после операции. Оценивались индекс массы тела (ИМТ), уровень гликированного гемоглобина (HbA1c), развитие осложнений (анастомозиты, структуры анастомозов, рефлюкс-эзофагит). Статистическая обработка включала t-тест и корреляционный анализ (p<0,05 считалось статистически значимым).

Результаты: Через 2 года средний ИМТ составил 30 кг/м² в группе СР и 27 кг/м² в группе МГШ. Уровень HbA1c через год после операций снизился в обеих группах: до 6,1% (СР) и 5,7% (МГШ). Наиболее частые осложнения: у пациентов после МГШ — анастомозит (7,14%) у одного пациента, структура анастомоза (14,29 у 2-х, у 2-х пациентов после СР — возник рефлюкс-эзофагит что составило (33,33%).

Заключение. 1. Слив-резекция и мини-гastroшунтирование оказались эффективными методами хирургического лечения морбидного ожирения. У всех 20 пациентов (100%) отмечалось значительное снижение массы тела и улучшение метаболических показателей.

2. Мини-гastroшунтирование продемонстрировало более выраженный эффект: средний индекс массы тела снизился до 27 кг/м² через 2 года, а уровень гликированного гемоглобина — до 5,7%.

3. Слив-резекция показала менее выраженный, но всё же значимый результат: средний ИМТ через 2 года составил 30 кг/м², а уровень HbA1c снизился до 6,1%.

4. Осложнения встречались в обеих группах, но носили управляемый характер: В группе МГШ у 1 пациента (7,14%) развился анастомозит, у 2 паци-

ентов (14,29%) диагностированы структуры анастомозов. В группе СР у 2 пациентов (33,33%) выявлен рефлюкс-эзофагит.

5. Выбор операции зависел от индивидуальных особенностей пациента. Мини-гastroшунтирование оказалось предпочтительнее для пациентов с тяжёлым метаболическим синдромом, тогда как слив-резекция могла быть оптимальным вариантом для пациентов с противопоказаниями к мальабсорбтивным вмешательствам.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С СОЧЕТАННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Хаджибаев А.М., Пулатов М.М., Шукуров Б.И.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, г.Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучены результаты хирургического лечения 242 больных с сочетанной травмой груди и живота (СТГЖ).

Материал и методы. При преобладании признаков кровотечения из органов грудной клетки по данным УЗИ и рентгенографии вмешательство начинали с торакоскопии (92 случая) или торакотомии [8]. Если преобладал гемоперитонеум, первым этапом проводили видеолапароскопию (29) или лапаротомию (91). При равных объёмах крови в полостях предпочтение отдавалось торакальному этапу. У 22 (9,1%) больных с малым гемотораксом и/или пристеночным пневмотораксом без продолжающегося кровотечения предоперационное дренирование плевральной полости стало окончательным вмешательством на грудной клетке.

Результаты. Широкая торакотомия, выполненная первым этапом (8 случаев) или после абдоминального этапа (2), проводилась у 10 (4,1%) пациентов. Первичная лапаротомия потребовалась у 162 (66,9%) больных, из них у 91 (37,6%) она выполнялась первым этапом, у 71 (29,3%) — после торакального этапа. Видеоторакоскопия стала основным доступом торакального этапа, применённой в 210 (86,8%) случаях с конверсией в 17,1% (36/210).

Из 242 больных с СТГЖ открытые вмешательства на обеих полостях выполнены в 8 (3,3%) случаях, у остальных удалось избежать травматичных операций в обеих (41; 16,9%) или одной (193; 79,8%) полости благодаря видеоэндохирургическим методам. Активное использование эндовидеохирургии у больных с СТГЖ позволяет значительно (p<0,05) сократить длительность операций: с 173,0±78,7 мин при открытых операциях до 120,0±31,5 мин и

88,1±38,6 мин при гибридных и эндовидеохирургических вмешательствах, соответственно.

Тяжесть травмы и характер хирургического доступа достоверно влияли на продолжительность пребывания больных с СТГЖ в ОРиТ: после открытых вмешательств - 2,8±1,1 дня, у пациентов, избежавших открытых операций - до 1,8±1,0 дня. Эндовидеохирургические вмешательства также способствовали сокращению сроков стационарного лечения с 9,5±3,4 до 5,3±2,9 дней.

При тяжёлых повреждениях, требующих открытых вмешательств (n=8), частота осложнений достигала 87,5% (7/8), а летальность - 37,5% (3/8). В группе эндовидеохирургии (n=41) частота осложнений составила 9,8% (4/41), летальность - 4,9% (2/41), без специфических послеоперационных осложнений. В группе гибридных вмешательств (n=193) частота осложнений была ниже, чем при открытых операциях - 29,5% (57/193), летальность - 8,3% (16/193).

Среди послеоперационных осложнений у больных с СТГЖ преобладали пневмония (7,4%), панкреатит (5,8%) и нагноение раны (4,5%). Фатальными осложнениями чаще всего были ТЭЛА (2,9%), ОИМ (1,2%) и ДВС-синдром (0,4%), продолжающийся травматический шок (1,2%) и прогрессирование отёка мозга (1,7%).

Разработан алгоритм, определяющий тактику и очередность хирургического лечения, где ключевым ориентиром является объём гемоторакса и гемоперитонеума. Этот алгоритм послужил основой для создания программного продукта для ОС Windows, предназначенного для интеллектуальной поддержки дежурной бригады хирургов в выборе оптимальной тактики лечения и очередности выполнения хирургических вмешательств на грудной клетке и брюшной полости.

Нами усовершенствована ультразвуковая шкала оценки объема гемоперитонеума, что позволило спрогнозировать тяжесть повреждений и выбрать оптимальную тактику хирургического вмешательства. При объеме жидкости менее 300 мл в 85,9% случаев удавалось обойтись лапароскопическими методами. При объеме более 500 мл существенно возрастала частота открытых операций.

Заключение. Организация помощи больным с СТГЖ требует междисциплинарного подхода, при котором определяющее значение имеет ранняя диагностика, индивидуализированный выбор хирургического доступа и внедрение современных технологий, включая эндовидеохирургию и алгоритмическую поддержку решений. Комплексное применение указанных подходов позволило снизить летальность, частоту осложнений и экономические затраты, что подчеркивает высокую эффективность предложенной модели оказания экстренной медицинской помощи при сочетанных травмах.

ВЛИЯНИЕ АУТОЛОГИЧНОЙ ТРОМБОЦИТАРНОЙ ПЛАЗМЫ НА РЕЗУЛЬТАТЫ УРЕТЕРОЦИСТОАНАСТОМОЗА ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ

Смагулов А., Рыспаханов М., Султангереев Е., Куттыымуратов Г., Тамадон А., Муссин Н.

¹Кафедра хирургии №2, Западно-Казахстанский медицинский университет, г.Актобе, Казахстан

²Отделение хирургии и трансплантации, Актюбинский медицинский центр, г.Актобе, Казахстан

³Кафедра естественных наук, Западно-Казахстанский медицинский университет, г.Актобе, Казахстан

Трансплантация почки является «золотым стандартом» лечения терминальной стадии хронической болезни почек (ХБП), значительно улучшая как качество, так и продолжительность жизни пациентов. Однако урологические осложнения послеоперационного периода остаются актуальной проблемой, достигая частоты до 30%. Основной причиной несостоятельности мочевого анастомоза является ишемия и некроз дистального сегмента мочеточника. Аутологичная плазма, обогащённая тромбоцитами (PRP), обладая выраженным регенеративным потенциалом, может способствовать улучшению васкуляризации и заживлению тканей.

Целью данного исследования является оценка эффективности применения PRP в профилактике несостоятельности уретероцистоанастомоза (УЦА) у реципиентов почечного трансплантата.

Материалы и методы. В исследование включено 60 пациентов, перенёсших трансплантацию почки от живого донора. Пациенты были разделены на две группы: PRP-группа (n=30), где в процессе формирования УЦА применялась аутологичная PRP-гель, и контрольная группа (n=30), в которой операция проводилась по стандартной методике без использования PRP. Оценивались клинико-лабораторные показатели, объём перитрансплантатной жидкости по данным УЗИ, объём дренажных выделений и длительность госпитализации.

Результаты. Между группами не было выявлено значимых различий по демографическим и интраоперационным характеристикам. В группе PRP отмечено достоверное снижение частоты мочевых подтеков и структур УЦА ($p<0,05$). В контрольной группе несостоятельность УЦА развилась у 6 пациентов (20%), тогда как в группе PRP таких случаев не зафиксировано ($p=0,028$). В контрольной группе первые проявления утечки мочи возникали преимущественно на 7–9 сутки послеоперационного периода. В двух случаях потребовалась повторная

операция, в четырёх — проводилось консервативное лечение.

Заключение. Применение аутологичной PRP при формировании уретероцистоанастомоза в ходе трансплантации почки способствует улучшению кровоснабжения мочеточника, снижает риск послеоперационных осложнений и ускоряет заживление анастомоза. Этот метод может стать эффективным дополнением к стандартной хирургической практике в области трансплантологии.

СПОСОБ ЛОКАЛЬНОГО ВНУТРИЛОХАНОЧНОГО ОХЛАЖДЕНИЯ ПОЧЕЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА ВО ВРЕМЯ ИМПЛАНТАЦИИ

Рысмаханов М.С., Жакиев Б.С., Мусин Н.М.,
Кадыров Ж.Ж.

¹Кафедра хирургических болезней №2
с курсом урологии

³Кафедра нормальной и топографической анатомии с
оперативной хирургией

⁴Западно-Казахстанский медицинский университет
имени Марата Оспанова

Почечный трансплантат неизбежно подвергается ишемии и как следствие ишемически-реперфузионному повреждению (ИРП). Существует множество методов для минимализации последствий как холодовой так и тепловой ишемии. Сохранение субнормальной температуры (14–18°C) трансплантата во время вторичной тепловой ишемии (ВТИ) позволяет уменьшить степень ИРП.

Цель. Изучить степень влияния метода внутрилоханочного локального охлаждения почечного трансплантата во время имплантации на температуру органа в течение вторичной тепловой ишемии.

Материалы и методы. Способ локального внутрилоханочного охлаждения почечного аутотрансплантата проведена у пяти кроликов. После левосторонней нефрэктомии и завершения процедуры «back-table» через пересечённый конец мочеточника ретроградно вводится холодный консервирующий раствор с температурой +2–4°C до полного заполнения лоханки и дистальный конец мочеточника закрывается зажимом типа «бульдог». Почка располагается в правую подвздошную область для аутотрансплантации. Холодный раствор в лоханку повторно вводились каждые 5 минут. Бесконтактным термометром измерялась температура на брюшине пациента и на почечном трансплантате перед имплантацией, в середине времени вторичной тепловой ишемии (через 10 минут от начала) и перед реперфузией.

Результаты. Средняя длительность вторичной тепловой ишемии составила 29,4±5,98 мин. Температура трансплантата перед имплантацией составила 10,52±0,5°C; во время тепловой ишемии 13,42±0,5°C; перед реперфузией 18,0±0,3°C. При этом температура брюшины оставалась стабильной: 37,65±0,3°C. Метод внутрилоханочного охлаждения позволил эффективно сохранять субнормальную температуру трансплантата с постепенным ее нарастанием к началу реперфузии.

Заключение. Разработанный метод является технически простым, не требует дополнительного оборудования, может применяться в клинической практике для снижения последствий вторичной тепловой ишемии.

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Доскалиев Ж.А.^{1,2}, Рысбеков М.М.^{1,2},
Исматов А.О.^{1,2}, Каримов Т.А.,
Ровгалиев Б.С.¹, Тельманова Ж.Б.²,
Мәдиомар З.С.^{1,2}

¹Городская многопрофильная больница № 2
акимата г.Астана

²НАО «Медицинский университет Астана»

Цель исследования: Анализ результатов лечения пациентов с синдромом диабетической стопы (СДС).

Материалы и методы: Изучены истории болезни пациентов с диагнозом СДС, находившихся в отделении хирургической инфекции и колопротологии ГМБ №2 города Астана в период с января 2022 года по декабрь 2024 года включительно. За этот период наблюдалось 208 больных с СДС. Мужчины – 96 (46,7%), женщин 112 (53,3%). Средний возраст составил 58 лет. Им было выполнено 217 операций. У всех больных был сахарный диабет (СД) 2 типа в стадии декомпенсации обменных процессов. При этом у 173 (80%) отмечались явления декомпенсации СД, у остальных 44 (20%) стадия субкомпенсации. Средний срок длительности СД составил 18,5 лет (с 8 лет до 32 лет). Чаще всего пациенты при поступлении предъявляли жалобы на боли, отек стопы, онемение, снижение чувствительности, ограничение движений конечностей. При осмотре: сухая кожа с явлениями нарушения трофики. Не выявлялась пульсация артерий на стопе и подколенной артерии. Диагноз: СД 2 типа, СДС. При этом трофические язвы наблюдались у 16 (7,7%) больных, некроз пальцев у 35 (16,8%) больных, гангрена стопы у 104 (50,0%) больных, некротическая рожа у 19 (9,6%) больных, флегмоны и инфицированные раны у 34 (16,5%) пациентов. У

4 пациентов с флегмой и инфицированной раной стопы и у 5 больных с гангреной стопы при поступлении были выполнены операции – вскрытие флегмоны и некрэктомия. В дальнейшем в связи с прогрессированием гнойно-некротического процесса, интоксикационного синдрома, сепсиса, на фоне декомпенсированного СД произведена ампутация на уровне верхней трети бедра.

Отмечено позднее поступление в стационар от 7 суток до 25 суток от начала заболевания (в среднем $12,0 \pm 0,4$ суток).

Результаты: на основании клинических и лабораторно-инструментальных данных отмечено, что при СД 2 типа наблюдалась СДС, который в основном встречался у лиц старше 50 лет. У 173 (80%) пациентов наблюдалось состояние декомпенсации СД 2 типа, что ускорило прогрессирование микро-макро сосудистых осложнений, развитие флегмоны, появление инфицированных ран, гангрена пальцев и стоп. На фоне хронической декомпенсации СД 2 типа (показатель (HbA1C) гликозилированного гемоглобина от 9,5 до 12,0, показатели глюкозы в крови повышались до 35 ммоль/л, наблюдалось прогрессирование развития гнойно-некротических процессов нижних конечностей, сепсис. Длительный неконтролируемый гипергликемический фон способствовал тяжелым сосудистым и инфекционным осложнениям (трофическая язва, гангрена пальцев стоп, флегмона и инфицированная рана, остеомиелит, пандактилит). СПОН и сепсис явились следствием декомпенсации СДС и тяжелой интоксикации, при этом у 100 (46,9%) пациентов при стадии декомпенсации СД выполнена ампутация нижних конечностей на уровне бедра (на уровне верхней трети - 3, средней трети - 93 и 4 пациентов на уровне нижней трети бедра).

Заключение: Отмечалось поступление пациентов в стационар с явлениями декомпенсации углеводного обмена (свыше 80%-173), осложнением течения СД 2 типа, СДС такими как трофические язвы, гангрена пальцев и стоп, флегмона и инфицирование ран, остеомиелит, пандактилит. Как следствие гнойно-некротических поражений нижних конечностей – ампутации. Тяжелая декомпенсация СД и запущенность СДС явились основными причинами гнойно-некротических осложнений и ампутации нижней конечности 100 (46,9%). Необходима интенсивная терапия гликемии, ранняя диагностика и активное лечение инфекционных осложнений. Длительный неконтролируемый гипергликемический фон, способствовал развитию тяжелых сосудистых нарушений

Практические рекомендации:

1. Разработка программы скрининга для выявления ранних признаков СДС на амбулаторно-поликлиническом уровне (первичное звено).
2. Коррекция гликемии на амбулаторно-поли-

клиническом уровне с целью предотвращения сосудистых осложнений СД.

3. Обучение пациентов и их семей самоконтролю, уходу за ногами, мониторингу сахара в крови.

ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ: ПРИМЕНЕНИЕ АЛЛОГЕННОЙ ПЛАЗМЫ, ОБОГАЩЕННОЙ РАСТВОРИМЫМИ ФАКТОРАМИ ТРОМБОЦИТОВ

Оспанова М.Е.¹, Уалиев С.Д.¹, Асабаев А.Ш.²,
Балмухамедов Н.Т.¹, Турабаева Б.М.¹, Лизе В.А.¹

¹РГП на ПХВ «Научно-производственный центр трансфузиологии»

²Медицинский центр «ДостарМед», Астана, Казахстан

Диабетические раны являются одной из самых частых причин госпитализации пациентов с сахарным диабетом, составляя более 30% всех случаев. При этом, по данным эпидемиологических исследований, риск развития язвенных поражений стопы в течение жизни возникает у каждого четвертого пациента с диабетом. Терапия плазмой, обогащенной растворимыми факторами тромбоцитов (ПОРФТ), считается одним из перспективных методов биологической терапии. Разработка стандартизованной аллогенной формы для её применения является важным направлением, обеспечивающим доступность данного вида лечения для широкого круга пациентов в Казахстане.

Цель работы. Оценка клинического применения заготовленной аллогенной ПОРФТ в условиях реальной практики.

Материалы и методы. На базе Научно-производственного центра трансфузиологии была приготовлена аллогенная ПОРФТ в виде доз объемом по 2 мл из донорского тромбоконцентрата различных групп. Раневые поверхности пациентов подвергали многократной обработке антисептиками и ультразвуковой кавитации для их очистки. ПОРФТ применяли в виде внутрикожных инъекций и апликаций на раны.

Результаты исследований. В исследование включены 20 пациентов с синдромом диабетической стопы (СДС). Среди участников женщины составляли 35%, а мужчины – 65%. Возраст пациентов колебался от 34 до 70 лет. Средняя площадь язвенных поражений варьировала от 2,3 до 18 см². Наиболее часто язвы располагались в области стопы и голени. Каждому пациенту применялось от 3 до 10 доз ПОРФТ, что зависело от размера язвы и степени её тяжести. По результатам исследования:

язвы на стадии полного заживления – у 16 (80%), на стадии регенерации – у 3 (15%), лечение только началось – у 1 (5%). Заживление ран в среднем составил 95%. Сроки заживления ран в среднем 6 недель (от 2 до 10 недель).

Заключение. ПОРФТ, показало высокую эффективность в терапии хронических и длительно незаживающих ран различной этиологии. У большинства пациентов наблюдалось выраженное уменьшение площади раневого дефекта, стимуляция грануляционной ткани и активизация эпителиализации. Метод продемонстрировал хорошую биосовместимость, простоту использования и отсутствие выраженных побочных реакций, что позволяет рассматривать ПОРФТ как перспективный компонент комплексного лечения трофических язв, в том числе в амбулаторных условиях.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО И ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ СТЕНОЗОВ СОННЫХ АРТЕРИЙ

Шамшиев А.С., Жакубаев М.А., Пазылов С.Б.,
Маткеримов А.Ж., Демеуов Т.Н., Ханчи М.Х.,
Садуақас А.Е., Маккамов Р.О., Еркінбаев Н.Н.,
Қожамқұл Ә.Ж., Омарқызы І., Бозбаев О.,
Алмат Д.Ж., Аппазов Д.М., Бегім Н.Қ.,
Орақбай Е.Б., Әділхан Н., Мухамеджанова А.Д.,
Нагиым Қ.М., Ордабек Б.Ғ.

Национальный Научный Центр Хирургии им. А.Н. Сызганова, г.Алматы, Казахстан

Инсульт является одной из ведущих причин смертности и инвалидности в мире. По данным ВОЗ, смертность по причине инсульта и других цереброваскулярных заболеваний занимает 2 место после сердечно-сосудистой патологии. В Казахстане заболеваемость инсультами составляет 370 случаев на 100 000 населения. Смертность – 108 случаев на 100 000 населения, составляя в структуре общей смертности 26 %. Инсульт является лидирующей причиной инвалидизации, частота которой составляет 104,6 на 100 000 населения.

Цель исследования: Оценить эффективность и безопасность хирургического (КЭА) и эндоваскулярного (стентирование) лечения экстракраниальных стенозов сонных артерий у пациентов, имеющих симптомные и бессимптомные формы заболевания.

Материалы и методы: Проведён ретроспективный анализ 156 историй болезни пациентов ангиохирургического отделения Национального научного центра хирургии им. А.Н.Сызганова за 2012-2017 гг. Изучены возраст пациентов, нали-

чие сердечно-сосудистых заболеваний, уровень холестерина, результаты КТ/МРТ и УЗДГ. Всем пациентам проводилось ультразвуковое дуплексное сканирование с доплерографией. В отдельных случаях дополнительно выполнялись ангиография ветвей дуги аорты и мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) с контрастированием.

Результаты: Возрастной пик заболеваемости экстракраниальными стенозами приходился на группу 60-69 лет (n=92,56%). Среди сопутствующих заболеваний у пациентов чаще всего встречались гипертоническая болезнь (87%) и ишемическая болезнь сердца (ИБС – 55%). Повышенный уровень холестерина отмечен только у 12 пациентов (7,7%). В трети случаев (33%) стенозы протекали бессимптомно. Средний срок госпитализации составил 10,5 дней. Среди осложнений отмечались гематомы послеоперационной раны с компрессией трахеи, требовавшие трахеостомии (3 случая), и острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), возникшее у 3 пациентов, из которых 2 перенесли симультанную операцию КЭА+АКШ. Один случай ОНМК закончился летально.

Заключение: Треть пациентов, подвергшихся хирургическому вмешательству, имели бессимптомный стеноз сонных артерий, что подчёркивает необходимость улучшения диагностики данной патологии для профилактики инсультов. Высокий риск периоперационных инсультов свидетельствует о том, что следует избегать выполнения симультаных операций КЭА и АКШ. Эффективность КЭА и стентирования подтверждена, однако выбор метода должен основываться на индивидуальных характеристиках пациента и наличии сопутствующей патологии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО И ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ СТЕНОЗОВ СОННЫХ АРТЕРИЙ

Шамшиев А.С., Жакубаев М.А., Пазылов С.Б.,
Маткеримов А.Ж., Таджибаев Т.К., Демеуов Т.Н.,
Баубеков А.А., Садуақас А.Е., Маккамов Р.О.,
Еркінбаев Н.Н., Қожамқұл Ә.Ж., Омарқызы І.,
Бозбаев О., Алмат Д.Ж., Аппазов Д.М., Бегім Н.Қ.,
Орақбай Е.Б., Әділхан Н., Мухамеджанова А.Д.,
Нагиым Қ.М., Ордабек Б.Ғ.

Национальный Научный Центр Хирургии им. А.Н. Сызганова, г.Алматы, Казахстан

Цель исследования. Оценить результаты хирургического и эндоваскулярного методов лечения больных с экстракраниальными стенозами сонных артерий.

Материал и методы. Методом механической (случайной) выборки нами были отобраны 149 историй болезни. Были проанализированы возраст пациентов, наличие сердечно-сосудистой патологии, уровень холестерина, данные КТ/МРТ и УЗДГ, а так же проведенное лечение. Согласно полученным данным средний возраст исследуемой группы составил $58,3 \pm 4,5$ лет. Пик заболеваемости экстракраниальными стенозами приходится на возраст 60-69 лет, который составил 56%, далее в 50-59 лет 18%, в 49-49 лет 3%, в 70-79 лет 22%, в остальных случаях отмечались единичные случаи стеноза сонных артерий. Большинство прооперированных пациентов страдали ишемической болезнью сердца (56,6% прооперированных больных) и артериальной гипертонией (АГ) у 80,0% пациентов. При этом в большинстве случаев выявлялась АГ 3 степени выраженности – в 58,3% случаев среди всех АГ, также у 10 (16,6%) пациентов отмечался постинфарктный кардиосклероз (ПИКС). В 42 (70%) случаях каротидные стенозы можно расценить как асимптомные, у 18 (30%) пациентов – как симптомные стенозы. Анализ проведенного предоперационного обследования по оценке состояния сонных артерий показал, что у 34 (56,6%) пациентов отмечалось наличие систолического шума на сонных артериях. 114 (73,3%) пациентам выполнено каротидная эндартерэктомия и 35 (26,7%) пациентам имплантирован стент в сонную артерию.

Результаты. Согласно статистике в 104 (70%) случаях каротидные стенозы можно расценить как асимптомные (36 (30%)), так и симптомные стенозы. При этом у значительной доли пациентов наблюдались признаки хронической ишемии и осточные явления перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения по ишемическому типу. У 2/3 пациентов стеноz был выявлен без наличия неврологической симптоматики. Для этих пациентов проведенное нами хирургическое вмешательство на сонных артериях производилось с целью вторичной профилактики повторных острых нарушений мозгового кровообращения. Осложнения в раннем послеоперационном периоде наблюдалось у 1 (1,66%) пациента, проявилась эпизодом кровотечения из послеоперационной раны, которые были успешно остановлены. В общем и целом, как и при любом хирургическом вмешательстве наличие послеоперационного кровотечения при эндартерэктомии по данным мировой литературы имеет место быть. Частота таких осложнений по данным разных авторов колеблется от 0 до 4,3 %.

Заключение. Наличие сердечно-сосудистой (АГ и ИБС) и церебро-васкулярной неврологической патологии (инфаркт, ТИА в анамнезе и ДЭ) в высокой степени коррелирует с наличием стеноза. Учитывая, что треть исследуемых имели асимптомное течение стеноза сонных артерий, которые

были выявлены только с помощью инструментальных исследований, необходимо разработать методы ранней диагностики и выявляемости данных пациентов.

ИМПЛАНТАЦИЯ ТРАНСКАТЕТЕРНОЙ СИСТЕМЫ КАРДИОСТИМУЛЯЦИИ: ИМЕЕТ ЛИ ЭТО ЗНАЧЕНИЕ ПОЛ?

Сарсенбаева А.Б.^{1,3}, Баимбетов А.К.^{1,3},
Бижанов К.А.^{1,2,3}, Қайратұлы Н.1,
Мусабекова Ж.Ж.¹, Шомансуров Ш.Ш.¹

¹Национальный научный центр хирургии имени А.Н. Сызганова

²Казахский национальный университет имени аль-Фараби, Факультет медицины и здравоохранения

³Казахский национальный медицинский университет имени С.Ж. Асфендиярова, г.Алматы, Казахстан

Безэлектродные кардиостимуляторы, такие как Micra (M-TPS), предназначены для минимизации осложнений, связанных с традиционной электродной стимуляцией. Исследование гендерных особенностей в контексте имплантации и работы таких устройств остаётся актуальным.

Цель: Оценить особенности имплантации, электрические параметры и возможные гендерные различия при использовании безэлектродной системы кардиостимуляции Micra.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ 31 пациента (среди них 12 мужчин), которым была имплантирована система Micra в период с декабря 2019 по декабрь 2024 года. Оценивались клинические данные, параметры имплантации, электрические характеристики и осложнения. Пациенты разделены на группы по полу.

Результаты: Имплантация успешна у всех пациентов; осложнений не зарегистрировано.

- Основные показания: фибрилляция предсердий с брадикардией (54,8%), АВ-блокада (25,8%), дисфункция синусового узла (12,9%), бифасцикулярный блок (6,5%).
- Стимуляция: VVI – 90,3%, VDD – 9,7%.
- Средняя длительность процедуры: 40 мин; время рентгеноскопии: 9 мин.
- Различий по возрасту, времени процедуры и экспозиции не выявлено.

• Порог стимуляции при имплантации был статистически выше у мужчин (0,5 В против 0,38 В; $p = 0,02$).

- Прочие электрические параметры (импеданс, амплитуда R) – без значимых различий.

Заключение: Имплантация системы Micra без-

опасна и эффективна вне зависимости от пола пациента. Небольшое различие в пороге стимуляции при имплантации не влияет на долгосрочные результаты. Micra является оптимальным решением, в том числе для женщин, восприимчивых к хирургическим осложнениям.

НОВОЕ ПОКОЛЕНИЕ БЕЗЭЛЕКТРОДНОГО КАРДИОСТИМУЛЯТОРА И ДЕФОРМАЦИЯ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ: ПЕРСПЕКТИВНЫЙ ПРЕДИКТОР АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ СИНХРОННОСТИ ПРИ БЕЗЭЛЕКТРОДНОЙ КАРДИОСТИМУЛЯЦИИ

Сарсенбаева А.Б.^{1,3}, Баимбетов А.К.^{1,3},
Бижанов К.А.^{1,2,3}, Қайратұлы Н.¹,

Шомансуров Ш.Ш.¹, Мусабекова Ж.Ж.¹

¹Национальный научный центр хирургии
имени А.Н. Сызганова

²Казахский национальный университет имени
аль-Фараби, Факультет медицины
и здравоохранения

³Казахский национальный медицинский университет
имени С.Ж. Асфендиярова, г.Алматы, Казахстан

В Казахстане сердечно сосудистые заболевания остаются ведущей причиной смертности и инвалидизации. Нарушения ритма сердца, требующие имплантации кардиостимуляторов, встречаются как у пожилых пациентов, так и у лиц среднего возраста. Безэлектродные кардиостимуляторы (БЭК) типа Micra AV открывают новые возможности — отсутствие проводов и кармана для устройства, снижение риска инфекций, а также реализация атриовентрикулярной синхронности с помощью трёхосевого акселерометра. С учётом того, что в Казахстане доступность высокотехнологичной эхокардиографии (включая speckle-tracking для оценки LA strain) ограничена крупными центрами (Алматы, Астана, Шымкент), важно определить простые и воспроизводимые эхокардиографические параметры для предикции успеха имплантации БЭК с сохранением АВС.

Цель. Оценить возможность использования параметров деформации левого предсердия (LAs) в качестве предиктора амплитуды сигнала A4 и, как следствие, качества атриовентрикулярной синхронизации у пациентов в условиях казахстанской клинической практики.

Материал и методы. Место проведения: АО «ННЦХ им. А.Н. Сызганова», Алматы. Пациенты: 6 человек (62±13 лет) с имплантированным Micra AV (Medtronic). Инструментальная база: эхокардиография высокого класса (GE, Philips)

с программным обеспечением для анализа деформации ЛП (speckle-tracking). Параметры: LA ReservoirStrain (LAsr), LA ConduitStrain (LAscd), LA ContractionStrain (LAsct), размеры и объёмы ЛП, соотношение E/A. Контроль: электронная проверка амплитуды волны A4.

Результаты. Обратная корреляция амплитуды A4 с объёмом ЛП ($\rho = -0,96$; $p=0,003$). Положительная связь A4 с LAsr ($\rho = 0,81$; $p=0,05$) и абсолютным значением LAsct. Пациенты с более высокими LAsr и LAsct демонстрировали лучшую АВС. LAsr отражает растяжимость ЛП и косвенно — степень фиброза; LAsct — сократимость ЛП и вклад в диастолическое наполнение ЛЖ.

Заключение. Параметры деформации ЛП (LAsr и LAsct) являются перспективными предикторами успешной атриовентрикулярной синхронности при имплантации. Рекомендуется:

1. Включить оценку LAs в стандарт протокола обследования перед БЭК.
2. Создать локальный регистр пациентов с БЭК для последующего анализа.
3. Развивать телемедицинские консультации для оценки сложных эхокардиографических случаев.

CLINICAL AND FUNCTIONAL RESULTS OF A PATENT ARTERIAL DUCT EMBOLIZATION

Rakishev B.A., Kudaibergen A.B., Daniyarov N.B.,
Imammyrzaev U.E.

*National Scientific Center of Surgery named after
A.N. Syzganov Almaty, Kazakhstan*

Aim. To show the clinical and functional results of the patent arterial duct embolization.

Materials and methods. There were examined 19 children with patent arterial duct that underwent earlier the patent arterial duct embolization in 2019-2024 in the National Scientific Institute of Pediatric Diseases and Pediatric Surgery. In presence of a duct with diameter less than 4 mm the embolization was performed with spiral. The complete duct occlusion was achieved «on the operation table» in 10 patients. In 3 cases the residual shunt saved during 4-6 months. In 4 patients, that have a duct with diameter more than 5 mm, the patent arterial duct was closed with «Amplatzer». In all cases the residual shunt was registered during 8-10 months.

Results. According to heart catheterization 3 patients have a duct with diameter corresponding to 60-80% of aortic diameter. All 3 patients were recognized operable. 2 patients were operated, 1 patient had the patent arterial duct narrowed during cardio-surgical operation. In 12 months after operation the

end-systolic size and the end-diastolic size of the left ventricle were significantly decreased. Despite the insignificant increase in ejection fraction ($67,5 \pm 9,3\%$) the indicators of phase structure of systole have significantly increased in dynamic that was a consequence of decrease in LV contractility. Unlike a group of openly operated children with patent arterial duct, in early postoperative period of this category of patients has the diastolic function improved, both left, and right ventricles.

Conclusion. Thus, the analysis of clinical and morphological results of endovascular methods of patent arterial duct closure in children has shown that endovascular patent arterial duct embolization in children is safe, less traumatic, and, above all, effective operation from the point of functional view.

ТОРАКОСКОПИЧЕСКОЙ РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛАЦИЯ ПРИ НАРУШЕНИЯХ РИТМА СЕРДЦА. РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ (ОПЫТ ОДНОГО ЦЕНТРА)

Ракишев Б.А., Кудайберген А.Б.,
Имаммырзаев У.Е.

Национальный научный центр хирургии
имени А.Н.Сызганова, г.Алматы, Казахстан

Цель исследования: Оценить результаты торакоскопической радиочастотной абляции устьев легочных вен в лечении фибрилляции предсердий.

Методы и материалы: в ННЦХ им. А.Н.Сызганова с 2016г. торакоскопическая

радиочастотная абляция легочных вен проведена 40 пациентам с фибрилляцией предсердий (ФП) пароксизмальной и длительно персистирующей формой с использованием аппаратуры «Cardioblate Gemini-s iRF». Операция предполагает РЧА устьев ЛВ, коагуляцию связки Маршалла, клипирование ушка ЛП, а также выполнение эпикардиального мэппинга для определения полноты создания блока проведения. Абсолютные противопоказания были: тромбоз ушка левого предсердия, наличие синдрома слабости синусового узла, спаечный процесс в полости перикарда и плевральных полостях, ХОБЛ в средней и тяжелой степени. Всего пациентов 40, из них 26 мужчин, женщин - 14, средний возраст 59 лет (32-74г), пароксизмальная ФП 5, персистирующая ФП 9, длительно персистирующая ФП 26, средняя длительность ФП - 4,2 г (3мес, 20 лет), средний размер ЛП $4,6 \pm 0,8$ см (2,8-8,8 см), первичная катетерная абляция проведена 18 пациентам, средняя ФВ ЛЖ 51%

(36-67%), митральная регургитация 1-2 степени имелась у 8-х пациентов, КДО ЛЖ 155 мл (96-224). Клипирование ушка ЛП во время операции проведена 35 пациентам. В послеоперационном периоде у всех пациентов проводилась поддерживающая терапия амиодароном и антикоагулянтная терапия варфарином в течение 6 месяцев. Контроль эффективности лечения проводился путем суточного кардиомониторирования аппаратом REVEAL XT после операции, средний срок наблюдения 362 ± 25 дней.

Результаты: У всех пациентов синусовый ритм восстановлен во время операции и поддерживался до выписки. Средняя продолжительность послеоперационного пребывания в стационаре 8 дней, у 1 пациента на фоне дилатации полостей сердца (аритмогенная кардиомиопатия, ФВ ЛЖ 36%) через 30 дней отмечалось трепетание предсердий, по поводу которого проведена успешная РЧА правого каво-куспидального истмуса, у 3 пациентов рецидив ФП в 1 месяц, 6 месяцев после операции, у одного пациента через 2 года на фоне внебольничной пневмонии. Осложнений в послеоперационном периоде не отмечалось.

Выводы: Торакоскопическая радиочастотная абляция легочных вен является перспективным методом лечения фибрилляции предсердий, сопровождаемый высокой эффективностью 92,5% в течение 2 лет, особенно при неэффективности катетерной абляции, большим размерами левого предсердия, низким риском осложнений и быстрым восстановительным периодом. Данный метод лечения можно сочетать с катетерной абляцией левого или/и правого истмуса, что требует дальнейшего изучения.

РАННИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ АНЕВРИЗМЫ ВОСХОДЯЩЕЙ АОРТЫ И АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА. РЕВЕРСИОННОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА

Ракишев Б.А., Тайманова Р.С., Кудайберген А.Б.,
Енин Е.А.

Национальный научный центр хирургии
имени А.Н.Сызганова, г.Алматы, Казахстан

Цель: Гемодинамические перегрузки при аневризме аорты в сочетании с поражением аортального клапана приводят к компенсаторным изменениям левых отделов сердца. Коррекция аневризмы и порока аортального клапана способствуют обратному ремоделированию сердца. В исследовании изучены изменения левых отделов сердца после хирургической коррекции.

Материалы и методы: В кардиохирургическом отделении ННЦХ им А.Н. Сызганова с 2015г. по апрель 2022г. с аневризмами грудной аорты оперированы 38 пациентов. Оперированные больные распределялись: по возрасту 54.4 ± 9.7 , по полу – мужчин 24 (65%), женщин-13 (35%). С аневризмой восходящей аорты 29 (76.3%), с расслоением восходящей аорты и дуги 9 (23.6%). Распределение больных по этиологии заболеваний в первой группе: Синдром Марфана (кистозный медионекроз) – 4 (11.6%), ревматическая болезнь сердца – 14 (41.1%), сочетание идиопатического кистозного медионекроза и атеросклероза – 12 (35.2%), двустворчатый аортальный клапан – 4 (11.7%). До операции всем пациентам проводилась ЭХОКГ: КДОЛЖ 249 ± 21.1 мл, КСОЛЖ- 105 ± 13.1 мл, КДРЛЖ- 75 ± 2.4 мм, КСРЛЖ- 49 ± 2.6 мм, ФВ- $53 \pm 2.4\%$, ИММЛЖ- 238.9 (188.4;257.9) г/м² ЛП- 48 ± 11 мм. На 7-12 сутки после операции проводилась контрольная ЭХОКГ. В отдаленном периоде контрольное обследование прошли 26 пациентов.

Результаты: 20 пациентам произведена операция Bentall—DeBono, David I выполнено 6 пациентам, David I+Hemiarch – 1, David I+H.Borst – 1, супракоронарное протезирование восходящей аорты в 9 случаях, из них в 2 случаях операция дополнена аортокоронарным шунтированием, в 3 случаях - пластикой митрального клапана и одна операция Wheat. Общая летальность составила 8 случаев. Данные ЭХОКГ на 7-12 сутки после операции: КСОЛЖ- 63 ± 13.2 мл, КДОЛЖ- 172 ± 12.2 мл, КСРЛЖ- 32 ± 1.9 мм, КДРЛЖ- 55.7 ± 2.1 мм, УОЛЖ- 101 ± 6.3 мл, ФВ- $62.1 \pm 1.4\%$, ИММЛЖ- 130.3 (115.1;168.9) г/м², ЛП 39 ± 0.9 мм. Данные ЭХОКГ в отдаленном периоде: КСОЛЖ- 59.1 ± 9.7 мл, КДОЛЖ- 153.7 ± 12.2 мл, КСРЛЖ- 31 ± 1.9 мм, КДРЛЖ- 52.3 ± 1.8 мм, УОЛЖ- 96 ± 6.1 мл, ФВ- $60.1 \pm 1.3\%$, ИММЛЖ- 121.9 (108.0;154.4) г/м², ЛП 38 ± 0.8 мм.

Заключение: В раннем послеоперационном периоде происходят значительные изменения объемных показателей сердца. В отдаленном периоде процессы ремоделирования сердца претерпевают дальнейшее изменения, однако по сравнению с ранними результатами не происходит выраженных изменений. Также отмечено что, у пациентов с исходной аортальной недостаточностью отмечена значимая редукция полости и регресс массы миокарда левого желудочка (ЛЖ), у пациентов с аортальным стенозом- регресс массы миокарда ЛЖ.

ПРОМЕЖУТОЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА МИТРАЛЬНОМ КЛАПАНЕ

Ракишев Б.А., Имаммурзаев У.Е., Кудайберген А.Б., Малчабаева Ж.М., Тайманова Р.С., Данияров Н.Б.

Национальный научный центр хирургии имени А.Н.Сызганова, г.Алматы, Казахстан

Цель. Оценка ранних и средне отдалённых результатов реконструкции митрального клапана.

Материалы и методы. С января 2015г. до января 2024г. в отделении кардиохирургии ННЦХ им. А.Н. Сызганова 66 пациентам выполнено оперативное вмешательство по поводу митральной недостаточностью. Из них 27 мужчины 41%, 39 женщины 59%. Средний возраст 48 лет. 3 пациента (4,5%) летальных исхода возникли в ближайшем послеоперационном периоде. Причиной госпитальной летальности явилась острая сердечно-сосудистая недостаточность. Дооперационная диагностика проводилась методами ЭХОКГ. В послеоперационном периоде прошли контрольные обследование 34 пациентов.

Результаты. Всем больным было проведено оперативное лечение с использованием искусственного кровообращения и окклюзией аорты. Средняя продолжительность искусственного кровообращения составила 140 мин, окклюзия аорты 95 мин. Все пациенты выписаны из стационара с улучшением. Миниинвазивная пластика митрального клапана оперировано 8 пациенту, по Альфиери 5, по Потсу 8, по Вуллеру 3, по Carpentier 3, 39 пациенту опорным кольцом. В отдаленных результатах у пациентов прошедших ЭХОКГ, только у одного пациента недостаточность митрального 2 степени, 3 пациентам выполнена протезирование митрального клапана через 39 месяцев.

Заключение. При этом отдаленные результаты демонстрируют хорошую эффективность пластической коррекции митрального клапана при выраженной регургитации. Пластическая коррекция при недостаточности митрального имеет явные преимущества по выживаемости, свободе повторных операций и тромбоэмбологических осложнений, обеспечивают лучшее качество жизни отличие от протезирование митрального клапана.

МИНИИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ДЕФЕКТА МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ (MIC)

Ракишев Б.А., Кудайберген А.Б., Данияров Н.Б., Имаммурзаев У.Е., Малчабаева Ж.М., Тайманова Р.С.

Национальный научный центр хирургии имени А.Н.Сызганова, г.Алматы, Казахстан

Цель. Оценить ранние результаты методики миниинвазивной коррекции дефекта межпредсердной перегородки сердца на параллельном искусственном кровообращении (mic).

Материалы и методы. За период с февраля 2018 г. по апрель 2024 г. в Научном Центре Хирургии имени А.Н. Сызганова выполнено 38 операций миниинвазивной пластики дефекта межпредсердной перегородки из них 10 мужчин (26%), женщин 28 (74%). Средний возраст составил 37 лет. Одним из основных показаний к выбору операции мини доступом было наличие дефекта межпредсердной перегородки с дефицитом краев и невозможностью имплантации окклюдера, а также гемодинамически значимая трикуспидальная регургитация II-III степени. Предварительно производится ультразвуковое допплерография сосудов нижних конечностей для выбора подходящего размера канюли. Операция выполнялась через правостороннюю переднебоковую мини-торакотомию в IV межреберье. Основной этап операции выполнялся с использованием аппарата искусственного кровообращения с видеоторакоскопической поддержкой.

Результаты. Конверсия не потребовалась ни в одном случае. Среднее время искусственного кровообращения составило 95 ± 4 минут, окклюзия аорты 46 ± 5 минут, из них с пережатием аорты 9 пациентам. Среднее время выполнения оперативного вмешательства составило 198 ± 81 минут. Длина кожного разреза варьировалась в пределах 4-6 см. Время пребывания в отделении реанимации составило 1-2 суток, после чего пациенты переводились в общую палату отделения кардиохирургии. Инфекционные осложнения со стороны кожи и подкожной клетчатки торакотомной раны не отмечены. Летальных исходов не было зафиксировано. Все пациенты в послеоперационном периоде отмечали регрессию клиники.

Заключение. Методика миниинвазивной пластики дефекта межпредсердной перегородки находит всё более широкое применение в кардиохирургии. При выполнении операции через правостороннюю переднебоковую мини-торакотомию в IV межреберье удается сохранить целостность грудной клетки, также отмечается низкая частота развития таких послеоперационных осложнений как: кровотечение, неврологические нарушения и раневые инфекции. При данной методике значительно сокращаются сроки пребывания в отделении реанимации и длительности госпитального периода. При этом большое значение стали приобретать малая травматичность и косметический эффект надрез 5-6 см. Ранняя выписка и возвращение к полноценной жизнедеятельности.

ВАСКУЛЯРИЗИРОВАННЫЙ МАЛОБЕРЦОВЫЙ АУТОТРАНСПЛАНТАТ В ЛЕЧЕНИИ ДЕФЕКТОВ ТКАНЕЙ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Мурадов М.И.

Национальный научный центр хирургии
имени А.Н.Сызганова, г.Алматы, Казахстан

Обширные дефекты диафизов костей предплечья являются результатом тяжелых травм, огнестрельных переломов, пороков сращения костных отломков и сегментарных резекций по поводу остеомиелита или опухолей, и составляют 22-24% от общего числа травм.

Цель. Улучшение результатов лечения больных с обширными дефектами костей предплечья, путем применения микрохирургической аутотрансплантации ваккуляризированного малоберцового лоскута.

Материал и методы. В отделении реконструктивной, пластической и эстетической микрохирургии национального научного центра хирургии им. А.Н. Сызганова за период с 2007 по 2012 гг. прооперировано 25 больных с обширными сегментарными дефектами одной из костей предплечья, оперированных с применением ваккуляризированного малоберцового аутотрансплантата. Большинство больных составили пациенты молодого трудоспособного возраста – от 18 до 45 лет (74%). Причинами дефектов костной ткани были дефекты в результате тяжелых травм – 6, остеонекроз – 11, остеомиелит – 2, ложные суставы – 3, опухоли – 3. Средняя продолжительность заболеваний составила 6 – 24 месяцев. При обследовании этих пациентов, помимо общеклинического обследования, проводили рентгенографию, ультразвуковую допплерографию и ангиографию, бактериологическое исследование. Для определения тактики лечения наиболее оптимальным в исследовании сосудов реципиентной и донорской области явилась использование ангиографии. Операции выполнялись одномоментно двумя бригадами. Первая бригада выполняла некрэктомию, секвестрэктомию тканей предплечья, остеотомию лучевой и локтевой костей, сосудов, то есть производили подготовку «ложка» для аутотрансплантанта. Вторая бригада выполняла забор поликомплекса тканей (кожи, фасции, мышц и фрагмента малоберцовой кости) по стандартной методике.

Результаты. Отдаленные результаты прослежены у всех пациентов. У 24 человек наступило полное приживление аутотрансплантата с консолидацией костных отломков с полным или частичным восстановлением функции оперированной конечности. В одном случае наступил лизис

лоскута. Для объективной оценки эффективности результатов лечения больных с сегментарными дефектами костной ткани использовалась стандартные объективные критерии: объём движений в трёх плоскостях в смежных суставах по сравнению с нормой, динамометрию кисти, рентгенологические признаки сращения. Функциональная недостаточность верхней конечности по вопроснику DASH (The Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand) у больных, до оперативного вмешательства - $64,25 \pm 2,64$ балла, чем у пациентов, перенёсших операцию, - $12,27 \pm 2,64$ балла. При лечении больных с обширными сегментарными дефектами костей предплечья, использование вакуумизированных костных лоскутов позволило добиться сращения реципиентной кости и аутотрансплантата по типу первичной костной мозоли, и восстановить функцию конечности до $85\% \pm 3,77\%$ по сравнению с контралатеральной стороной в 24 случаях из 25. Кровоснабжаемые лоскуты в качестве трансплантатов-органов в костопластической хирургии, улучшая биомеханику путем ускорения процессов перестройки трансплантата, позволяют значительно сократить сроки лечения больных.

Заключение. Таким образом, учитывая архитектонику, анатомию и структуру, малоберцовая кость идеально подходит для пластики дефектов костей предплечья. Другими преимуществами данного костного лоскута являются: возможность «сквозного» включения малоберцовой артерии в дефект артерии воспринимающего ложа, что повышает надежность кровоснабжения трансплантата и возможность формирования двойного трансплантата на одной сосудистой ножке для пластики обеих костей предплечья.

ГЕТЕРОТОПИЧЕСКАЯ РЕПЛАНТАЦИЯ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ

Мурадов М.И.

Национальный научный центр хирургии имени А.Н.Сызганова, г.Алматы, Казахстан

Целью данной работы является сравнительный анализ результатов гетеротопической и ортоптической реплантации пальцев кисти после их множественных ампутаций.

Материал и методы. Работа основана на анализе результатов лечения в отделе пластической и реконструктивной микрохирургии ННЦХ им.А.Н. Сызганова 21 пациентов с множественными травматическими ампутациями пальцев кисти, которым была выполнена реплантация пальцев. Всего было ампутировано 67 пальцев, 31 (46%) из них были реплантованы. Из них 22 (71%) были реплантиро-

ваны гетеротопически и 9 (29%) — ортоптически. Большинство пациентов (64,7%), имели «неблагоприятный» механизм травмы — раздавливание или отрыв. В зависимости от повреждения I пальца все пациенты были разделены на 2 группы. В 1 группу были включены 13 пациентов с множественной травматической ампутацией пальцев кисти в сочетании с ампутацией I пальца. Из них у 11 выполнена гетеротопическая трансплантация пальцев в позицию I пальца, у 2 — ортоптическая реплантация I пальца. Во 2 группу вошло 8 пациентов с множественной травматической ампутацией только длинных пальцев кисти. В том числе 7 пациентов с множественной травматической ампутацией пальцев кисти, которым гетеротопическая реплантация пальцев кисти была выполнена с целью восстановления II пальца. И 1 с множественной травматической ампутацией пальцев, при выполнении гетеротопической реплантации которым не преследовалась цель восстановления II пальца. Уровень реплантации I и II пальцев был проксимально проксимального межфалангового сустава. У 8 больных в позицию I пальца реплантирован IV палец. В ходе ортоптических реплантаций пальцев нам удалось восстановить относительно большее число артерий, вен и нервов в среднем на одном реплантированном пальце, чем при гетеротопических реплантациях. В ближайшем послеоперационном периоде на фоне острых нарушений кровообращения произошел некроз 5 пальцев, причем 4 из них были реплантованы ортоптически и 1 — гетеротопически. Окончательно была восстановлена жизнеспособность 26 (83,8%) пальцев

Результаты. В отдаленном периоде (от 6 мес до 5 лет) целенаправленно обследовано 19 пациентов. Из них 14 после гетеротопических и 5 ортоптических реплантаций пальцев кисти. Хорошие результаты получены у 16 пациентов после гетеротопической реплантации 14 пальцев и ортоптической реплантации — 3 пальцев. Отмечено восстановление цилиндрического, шарового, щипкового, бокового захватов и захвата в кулак. У всех пациентов отмечена полная истинная оппоненция I пальца. Восстановилась способность сгибать реплантированный I палец до 3 см. Восстановление чувствительности до нормостезии. Удовлетворительные результаты получены у 3 пациентов, после гетеротопической реплантации 2 пальцев и ортоптической реплантации 2 пальцев. У пациентов имели место ограничения всех видов захвата. Сгибания реплантированных пальцев до 1 см. Восстановление чувствительности до гипостезии. Чувствительность I пальца не восстановилась.

Заключение. Таким образом, не смотря на возникающие технические сложности при гетерореплантации пальцев кисти при множественных травматических ампутациях, обусловленные не-

соответствием размеров культий и гетерореплантов, а также их элементов, нет существенной разницы в восстановлении функции оперированных пальцев при этих видах реplantации. Прирост функции кисти в случаях гетеротопической реplantации I пальца свидетельствует о эффективности данной методики при множественных ампутациях пальцев кисти.

ВЕРТИКАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ХРЯЩЕЙ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ КОНЧИКА НОСА

Мурадов М.И., Джамалдинов Т.М.

Национальный научный центр хирургии имени А.Н.Сызганова, г.Алматы, Казахстан

Современные тенденции пластической хирургии позволяет большинству пациентам предъявлять требования к результату пластики носа. В подавляющем большинстве эти требования заключаются в уменьшении размеров носа, а также формирование пропорционального и гармонично сочетающегося с лицом. В своей работе мы отразили возможности VAR-техники в создании гармоничного носа учитывая индивидуальные особенности лицевого отдела черепа пациента.

Цель. Демонстрация эффективности применения VAR (Vertical Alar Resection) техники у пациентов с длинным кончиком носа

Материалы и методы. За период с 01.01.2022 г по 15.06.2024 г в отделении реконструктивно-пластической микрохирургии на базе клиники АН Сызганова было прооперировано 293 пациента в возрасте от 17 до 50 лет. С жалобами на длинный нос составило (7,8%) 23 пациента. Из них 3 мужчин и 20 женщин. Все пациенты были прооперированы первично с применением VAR техники. Операции проводились под общей анестезией открытым доступом. Первым этапом формировалась спинка носа. В зависимости от размеров хрящей применяется тактика резекции крыши кончика носа. При А>Б, то зона резекции смещается больше в сторону латерального хряща, а А<Б, то зона резекции смещается больше в сторону медиального хряща, где А-латеральная ножка Б-медиальная ножка. Хрящи сшивали нитью ПДС 5/0. Для профилактики коллапса наружного носового клапана устанавливались крыльные граffты, граffт крыши кончика носа и колумеллярный граffт. В случае открытой крыши спинки носа, который образуется после широкой редукции, использовались различные аутотрансплантанты.

Результаты. В исследование было включено 23 пациента с жалобами на большой нос которым была проведена ринопластика с использованием

VAR техники с 2022 г по 2024 г. Средний возраст составил 42 года (17-50 лет). Ни у одного из пациентов в раннем и позднем послеоперационных периодах осложнений не выявлено. Оценка удовлетворенности внешним видом и функцией их носов проводилась субъективно, анкетой ROE предложенная Ramsey Alsarraf (4), которая определила уровень удовлетворенности 90,3 %

Заключение. Таким образом на основании данных опросника и нашего видения красивого носа максимальное уменьшение спинки носа и пропорциональное уменьшение хрящевой части кончика носа при помощи VAR техники позволяет создать гармоничный, пропорциональный нос что соответствует сегодняшним требованиям наших пациентов.

GENETIC PREDISPOSITION FOR BACTERIAL INFECTION IN CIRRHOTIC PATIENTS

Kuandykov T., Mutagirov V., Zharasbayev A., Tolegenov B.

National Scientific Centre of Surgery, Almaty, Kazakhstan

Patients with liver cirrhosis have an increased incidence of infections that are a major cause of morbidity and mortality.

The aim of this study was to study the relationship between the presence of TLR2 rs4696480/AT, TLR4 rs4986791/CT and TLR4 rs4986790/AG polymorphisms and the incidence of bacterial infections in cirrhotic patients of Kazakh population.

Materials and Methods: we prospectively studied 120 adult patients of Kazakh population with liver cirrhosis. We studied incidence of bacterial infections, site and etiology of infection, presence of TLR2 rs4696480/AT, TLR4 rs4986791/CT and TLR4 rs4986790/AG polymorphisms.

Results: 57 (47.5%) out of 120 patients had infections. Most common were respiratory, abdominal, blood stream, and urinary tract infections. In some cases, we observed several sites of infection such as pneumonia and sepsis, peritonitis and sepsis, peritonitis and pneumonia. Most common was gram-negative bacteria – 66.7%. Gram-positive bacteria in 17.5%. Fungi were revealed in 8.8%. In 7% of patients with inflammation, all probes were negative.

90 patients underwent genetic screening for TLR2 and TLR4 polymorphisms. We revealed normal genotype in 47(52.2%) patients, and pathological genotype in 43(47.8%) patients. In those 43 patients with pathological genotype, 42 had presented bacterial infections (table 5). We have found the pathological genotype TLR2 rs4696480 in 38.3%, genotype TLR4 rs4986791 in 11.1% and genotype TLR4

rs4986790 in 7.8% of studied cases. Pathological genotype TLR2 rs4696480/AT in patients with liver cirrhosis was revealed in 38.3% of patients, pathological genotype TLR4 rs4986791/CT was revealed in 11.1% of patients, and pathological genotype генотип TLR4 rs4986790/AG was revealed in 7.8% of patients. In some patients we found combinations of several polymorphisms of TLR2 и TLR4 genes. Relative risk (RR) of bacterial complications in patients with liver cirrhosis and presence of pathological genotype of TLR2 and TLR4 is 4.59 (CI 95%; 2.64-7.97). Odds ratio (OD) for pathological genotype in patients with liver cirrhosis and bacterial complications is 155.4 (CI 95%; 18.9-1272.3).

The pathological genotype TLR 2 rs4696480/AT plays most relevant role in the development of bacterial complications in patients with liver cirrhosis, with RR=4.57 and OD 133.2.

Conclusion. In patients with liver cirrhosis, polymorphisms of TLR2 and TLR4 may significantly influence the tactics of treatment and prevention of bacterial complications. Pathological genotypes of TLR2 and TLR4 receptors genes increase the risk of bacterial complications in patients with liver cirrhosis. Most relevant for patients with liver cirrhosis is pathological polymorphism TLR 2 rs4696480.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СЛОЖНЫХ ФОРМ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА. НАШ ОПЫТ

Квашнин А.В., Ракишев Б.А., Досмаилов Н.С.

Национальный научный центр хирургии имени А.Н.Сызганова, г.Алматы, Казахстан

Цель работы – оценка результатов хирургического лечения сложных форм врожденных пороков сердца у взрослых и детей.

Материал и методы. В основу анализа легли результаты 145 госпитализированных пациентов с 2016 по 2022 год. Мужского пола больных было 62 (42,7%), женского - 83 (57,3%). Возраст больных варьировал от 2 месяцев до 67 лет (средний 17,9 лет). Детей прооперировано 68 пациентов. С тетрадой Фалло был 51 (35,2%) больной. Из них у 9 пациентов диагностирована пентада Фалло. Атриовентрикулярная коммуникация выявлена у 33 (22,7%) больных. При этом у 11 пациентов диагностирована полная форма порока. Аномальный дренаж легочных вен выявлен у 22 (15,2%) пациентов, у 1 больного была тотальная форма порока. 13 (9%) пациентов прооперированы с над-, под- и клапанной формой аортального стеноза. Аномалия Эбштейна была выявлена у 9 (6 %) больных. У 8 (5,5%) пациентов диагностировано двойное отхождение

магистральных сосудов от правого желудочка. По 1 больному были прооперированы с простой транспозицией магистральных сосудов, крисс-кросс IVтипа с дефектом межжелудочковой перегородки и клапанным стенозом легочной артерии, аневризмой восходящей аорты при синдроме Марфана и с отхождением левой коронарной артерии от ствола легочной артерии.

Результаты. Всем 145 больным было проведено оперативное лечение. 50 пациентам с тетрадой и пентадой Фалло выполнена радикальная коррекция порока. В трех случаях перед коррекцией порока пришлось лигировать незаращенный артериальный проток. Одному больному в ходе операции выполнено протезирование механическим протезом аортального клапана. У одного пациента операция закончилась биопротезированием трикуспидального клапана. Одному больному, 7-и месяцев, из-за гипоплазии ветвей легочной артерии, произведена паллиативная операция, наложен анастомоз по Кули-Эдварсу. 33 больным с атриовентрикулярной коммуникацией, полной и неполной формами, выполнена радикальная коррекция порока (пластика митрального клапана, пластика дефекта межжелудочковой перегородки, пластика межпредсердной перегородки и, при необходимости, пластика трикуспидального клапана). При этом в 7-и случаях, у лиц старшего возраста, из-за выраженных фиброзных изменениях на митральном клапане, пришлось произвести его протезирование. Всем больным с аномальным дренажом легочных вен был произведен их перевод в левое предсердие. При этом кардиальная форма была у 9 пациентов, супракардиальная у 13. При аномалии Эбштейна производили пластику трикуспидального клапана на опорном кольце или полукольце с ушиванием атриализованной части правого желудочка и пластикой дефекта межпредсердной перегородки. В 4-х случаях при гипоплазии правого желудочка операцию дополнили наложением анастомоза по Глену. Двум больным произведено биопротезирование трикуспидального клапана. У одного пациента аномалия Эбштейна сочеталась с частичным аномальным дренажом левых легочных вен единственным коллектором в левую брахиоцефальную вену. Было выполнено биопротезирование трикуспидального клапана и наложен анастомоз между коллектором левых легочных вен и ушком левого предсердия. 4-м больным с клапанным стенозом аорты выполнена операция Манукяна-Сейболда с протезированием аортального клапана. Пациентам с двойным отхождением магистральных сосудов от правого желудочка произведена радикальная коррекция. 4-м больным с единственным желудочком сердца первым этапом выполнена операция Глена с лигированием незаращенного артериального протока.

Заключение. Таким образом, в последние годы, более активно стали оперировать больных с такими патологиями, как аномалия Эбштейна, единственный желудочек сердца, полная форма атриовентрикулярной коммуникации, различные виды стенозов аорты. Выполнены операции Глена, Фонтена, Мюллера, Жатене, Манукяна-Сейболда, Якуба, Роса, Морроу. Расширился возрастной барьер, от 2 месяцев до 67 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ТРИКУСПИДАЛЬНОГО КЛАПАНА У ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С СЕПТАЛЬНЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

**Квашнин А.В., Ракишев Б.А., Досмаилов Н.С.,
Кудайберген А.Б., Малчабаева Ж.М.,
Имаммұрзаев Ү.Е.**

Национальный научный центр хирургии имени А.Н.Сызганова, г.Алматы, Казахстан

Цель работы – оценка результатов превентивной аннулопластики трикуспидального клапана у взрослых больных с септальными пороками сердца.

Материал и методы. В основу анализа легли результаты 270 прооперированного пациента с 2015 по 2020 год. Возраст больных варьировал от 15 до 67 лет (средний 24,5 лет). 168 больных страдали дефектом межпредсердной перегородки. У 77 пациентов был дефект межжелудочковой перегородки. У 12 больных диагностирован аномальный дренаж легочных вен и у 13 – атриовентрикулярная коммуникация. У 91 пациента порок сочетался с трикуспидальной недостаточностью I–IIстепени и с сопутствующей легочной гипертензией от 36 мм рт. ст. до 72 мм рт. ст. (среднее – 52,6 мм рт. ст.).

Результаты. Врожденные пороки сердца, такие как дефект межпредсердной перегородки, дефект межжелудочковой перегородки, частичный аномальный дренаж легочных вен, атриовентрикулярная коммуникация при естественном течении осложняются первоначально развитием гипервolemии в малом круге кровообращения. Это приводит сначала к функциональному спазму легочных артерий, артериол и прекапилляров, купирующееся введением спазмолитиков. В дальнейшем это ведет к стойкому спазму легочных артерий и их склерозированию, выражавшемуся в развитии вторичной легочной гипертензии. С возрастом легочная гипертензия приводит к увеличению полостей правого предсердия и правого желудочка с гипертрофией последних. Расширяющиеся правые отделы сердца растягивают фиброзное кольцо трикуспидального клапана, что приводит к появлению регургитации на клапане и развитию относитель-

ной трикуспидальной недостаточности. Закрытие дефекта межпредсердной, межжелудочковой перегородок способствует уменьшению гипертензии в малом круге кровообращения и снижению вторичной легочной гипертензии, что постепенно уменьшает размеры правых отделов сердца и соответственно трикуспидальную недостаточность. Более активному уменьшению размеров правого предсердия и правого желудочка и, соответственно снижению вторичной легочной гипертензии, способствует, проведенная одновременно с пластикой дефекта межпредсердной и межжелудочковой перегородок, аннулопластика трикуспидального клапана, сужающая фиброзное кольцо и ликвидирующая недостаточность клапана.

Пациентам проводилось закрытие септальных дефектов заплатой из аутоперикарда, ксеноперикарда или горетекс в условиях искусственного кровообращения. 91 больному выполнена аннулопластика трикуспидального клапана по де Вега или Бойду, 18 пациентам – шовная пластика трикуспидального клапана. Обратили внимание, что некоторые больные старшего возраста (11 человек), которым не производили аннулопластику трикуспидального клапана (фиброзное кольцо было не расширено и сохранялась хорошая кооптация створок при гидравлической пробе) в послеоперационном периоде возвращались с прогрессирующей трикуспидальной недостаточностью I –II степени. Что объяснили оставшейся легочной гипертензией, сохранившем расширением правых отделов сердца и дисплазией соединительной ткани при врожденных пороках сердца. Поэтому всем взрослым больным (46 пациентов) стали выполнять превентивную аннулопластику трикуспидального клапана.

Заключение. Таким образом, в последние годы, вместе с закрытием септального дефекта мы выполняем превентивную аннулопластику трикуспидального клапана взрослым больным, что не дает прогрессировать в послеоперационном периоде трикуспидальной недостаточности и соответственно повышает качество жизни больного.

РЕЗУЛЬТАТЫ КАТЕТЕРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ СО СНИЖЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ДОЛГОСРОЧНОМ ПЕРИОДЕ НАБЛЮДЕНИЯ

**Баимбетов А.К., Бижанов К.А., Охабеков Н.А.,
Тулебай А.А., Бигельдиеев Н.Ж., Хамидулла А.К.,
Мейрамбай Ж.Ю., Ахметжан И.А.**

Национальный научный центр хирургии имени А.Н.Сызганова, г.Алматы, Казахстан

Целью данного исследования является отдаленные результаты после катетерной аблации мерцательной аритмии [ФП] у пациентов со сниженной фракцией выброса левого желудочка (ФВЛЖ), и оценка удержания синусового ритма (СР), клинического состояния и эхокардиографических параметров в отдаленном периоде наблюдения.

Материалы и методы. В исследование включено 112 пациентов (75,5% мужчин, возраст $59,5 \pm 11,5$ года) с ФВ ЛЖ <50% была проведена радиочастотная катетерная аблация по поводу пароксизмальной (24%) или персистирующей (76%) ФП. Пациенты после аблации были под наблюдением в течение 38,4 (17,7–54,5) мес в отношении рецидивов ФП, функционального класса и эхокардиографических показателей.

Результаты. Всем пациентам выполнена полная антракальная изоляция устьев легочных вен, а у 95 (84,8%) проведены дополнительные линейные аблации в левом предсердии. В течение времени наблюдения у 48 (42,8%) пациентов зарегистрированы рецидив аритмии, в виде ФП, трепетания предсердий или предсердной эктопической тахикардии. Повторные аблации потребовались 35 (31,2%) пациентам. После аблации антиаритмические препараты продолжали принимать 75 (66,9%) пациента. В периоде наблюдения класс по NYHA улучшался по крайней мере на один класс чаще среди пациентов на стойком синусовом ритме, по сравнению с пациентами с рецидивами (77,5% против 51,2%, $p = 0,003$). ФВ ЛЖ улучшилось у пациентов, сохраняющих синусовый ритм (36,6% против 19,4%; $P = 0,016$), и степень митральной регургитации значительно снизилась ($P < 0,001$) только у этих пациентов. При мульти факторном анализе удержание синусового ритма стало независимым предиктором (отношение шансов 4,56, 95% ДИ 1,69–9,94, $P = 0,002$) долгосрочного клинического улучшения (снижение класса NYHA >1 и относительное улучшение ФВ ЛЖ >10%).

Заключение. У пациентов со сниженной ФВ ЛЖ удержание синусового ритма после аблации связано с большим клиническим улучшением. В отдаленном периоде на эффективность аблации ФП, у пациентов со сниженной ФВЛЖ, как улучшение NYHA класса и увеличение ФВ ЛЖ влияет высокая частота долгосрочных рецидивов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ КАТЕТЕРНОЙ АБЛЯЦИИ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ

Баимбетов А.К., Бижанов К.А., Бигельдиев Н.Ж.,
Хамидулла Н.А., Охабеков Н.А., Тулебай А.А.,
Мейрамбай Ж.Ю., Ахметжан И.А.

Национальный научный центр хирургии
имени А.Н.Сызганова, г.Алматы, Казахстан

Катетерная радиочастотная (РЧ) аблация широко и успешно применяется для лечения наджелудочковой тахикардии у взрослых и детей. Имеются лишь ограниченные данные, сравнивающие результаты между двумя группами.

Цель. В этом исследовании сравниваются эффективность и безопасность катетерной радиочастотной аблации у детей и взрослых пациентов в течение более длительного периода наблюдения.

Материалы и методы. В исследование были включены 440 последовательных пациента. Из них дети ($n=162$) и взрослые ($n=278$) были пациентами в возрасте от 3 до 57 лет (в среднем 32 ± 19) с симптоматической тахиаритмии, перенесшими радиочастотную аблацию в течение последних пяти лет. Всем пациентам проведено полное электрофизиологическое исследование и катетерное лечение за одну операцию. Процедуры взрослым и детям старше 12 лет проводятся под местной анестезией. Масочную анестезию применяли для детей от 3 до 12 лет. Доступ к левым отделам сердца осуществляли трансаортальным ($n=65$), транссептальным ($n=125$) или обоими ($n=25$) методами. Из 440 пациентов идентифицировано 172 дополнительных пути. У 207 пациентов наблюдались двойные АВ-пути, предсердная тахикардия - у 27, трепетание предсердий - у 17, фибрилляция предсердий - у 7, желудочковая тахикардия - у 2 и фасцикулярная тахикардия - у 8 пациентов.

Результаты. Катетерная аблация оказалась успешной у 267 (96%) пациентов взрослой группы и 157 пациентов (97%) в педиатрической группе. Осложнения возникли у 6 пациентов (2%) во взрослой группе и у 4 (2,5%) в педиатрической группе ($P=NS$). Среднее время рентгеноскопии составило 43 ± 40 минут против 39 ± 27 минут, а продолжительность процедуры составила $3,0 \pm 1,9$ часа против $2,8 \pm 1,4$ часа соответственно ($P=NS$). За время отдаленного наблюдения в течение 44 ± 16 мес у взрослых пациентов было 12 (4,3%) рецидивов, у детей - 8 (4,9%), из них 12 успешно купированы повторной радиочастотной аблацией. Процедурные переменные зависели от типа подлежащей аблации аритмии, а не от возраста пациента. Пациентам с множественными дополнительными путями или трепетанием предсердий требовалась наибольшая катетерная аблация и наибольшая продолжительность рентгеноскопии и процедур; самые низкие значения этих переменных были при аблации медленного пути АВ-узла и ветвей пучкового пучка.

Заключение. Катетерная аблация у взрослых и детей, выполняемая врачами, подготовленными к катетерному лечению взрослых, одинаково эффективна и безопасна, предлагая терапию нарушений сердечного ритма у обеих групп пациентов.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КРИОБАЛЛОННОЙ АБЛАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

**Баимбетов А.К., Бижанов К.А., Бигельдиев Н.Ж.,
Тулейбай А.А., Охабеков Н.А., Хамидулла А.К.**

Национальный научный центр хирургии
имени А.Н.Сызганова, г.Алматы, Казахстан

Введение: Исследования последних лет предполагают клиническую пользу, связанную с изоляцией задней стенки левого предсердия (ЛП) дополнительно проводимой к изоляции устьев легочных вен (ЛВ) у пациентов с персистирующей формой фибрилляции предсердий (ФП). Однако данные по безопасности и эффективности этого подхода с использованием криобаллонной абляции ограничены.

Цель: исследования сравнительная оценка эффективности и безопасности катетерного лечения пациентов с персистирующей формой фибрилляции предсердий с использованием криобаллонной «single shot» технологий двух рандомизированных групп.

Методы: В исследование были включены 112 пациентов с персистирующим течением ФП за последние 6 месяцев до включения в исследование, для которых минимум 2 антиаритмических препарата класса I-III, не был эффективен. Путем случайного распределения в 1 группу включены 56 пациентов, им проводилась криобаллонная абляция, только устьев ЛВ. Во 2 группу также включены 56 пациентов, которым проводилась криобаллонная изоляция ЛВ, и дополнительно криоабляция задней стенки ЛП.

Результаты: В первой группе пациентов ($n = 56$), проводили традиционную криобаллонную изоляцию ЛВ (КБА ЛВ). Во второй группе пациентов ($n = 56$), проводили криоизоляцию ЛВ, и дополнительно криоабляцию задней стенки левого предсердия (ЛП) (КБА ЛВ+ЗСЛП). Средняя продолжительность наблюдения составила 24 мес. Первичная конечная точка эффективности наступила у 17 пациентов в первой (КБА ЛВ) группе, и у 11 пациентов во второй (КБА ЛВ+ЗСЛП) группе (по оценке выживаемости Каплана-Мейера, 30,3% и 19,6% соответственно; отношение рисков 0,96; 95% доверительный интервал. Нежелательные явления возникали у 2,8% в каждой группе ($p = 1,00$). Кроме того, в многофакторном анализе КБА ЛВ+ЗСЛП оказался важным предиктором свободы от рецидивирующей фибрилляции предсердий (отношение шансов: 3,57; 95% доверительный интервал: 1,39–8,93; $p = 0,007$).

Заключение: У пациентов с персистирующей ФП, абляция задней стенки дополнительно к изо-

ляции УЛВ, с использованием криобаллона ассоциируется со значительным снижением рецидива аритмий, но безопасность не отличается по сравнению у пациентов только изоляцией УЛВ.

ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА РАЗВИТИЕ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ АРИТМИЙ

**Баимбетов А.К., Токтаров М.Ж., Ахметжан И.А.,
Сейтбек М.К., Кисикова К.Т., Алкенов Н.Е.**

Национальный научный центр хирургии
имени А.Н.Сызганова, г.Алматы, Казахстан

Метаболический синдром (МС) — совокупность взаимосвязанных кардиометаболических факторов риска, включая прочие — приобрел пандемический характер и представляет собой серьезный вызов для современной кардиологии. Согласно определениям Международной диабетической федерации, МС значительно повышает риск развития сахарного диабета 2-типа, атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний, а также способствует желудочковой аритмогенности через множественные механизмы, включая гипертрофию левого желудочка, ишемию миокарда, структурное ремоделирование и электрофизиологические изменения.

Цель. Объединить имеющиеся данные, для информирования кардиологов о персонализированных стратегиях профилактики, ранней диагностики и оптимального ведения желудочковых аритмий у пациентов с МС.

Материалы и методы. Систематически проанализированы научные базы данных PubMed (MEDLINE), Scopus, Web of Science и Embase для выявления рецензируемых публикаций за период с 2015 по 2024 год. Также учитывались ключевые фундаментальные работы, найденные через GoogleScholar для полноты охвата и обоснования ключевых механизмов. Поисковые термины включали как медицинские заголовки MeSH, так и свободные ключевые слова, связанные с МС и желудочковыми аритмиями: "МС", "желудочковые аритмии", "желудочковая тахикардия", "фибрилляция желудочков", "ВСС", "миокардиальный фиброз", "электрофизиологическое ремоделирование".

Результаты. Данные исследований убедительно демонстрируют, что МС является независимым предиктором внезапной сердечной смерти (ВСС). По последним эпидемиологическим данным, распространённость МС достигает 25–35% среди взрослого населения, а среди пожилых — ещё выше. В то время как фибрилляции предсердий (ФП), уделяется значительное внимание, всё боль-

ше данных указывает на участие МС в патогенезе желудочковых аритмий (ЖА) и риске развития ВСС. В исследовании ARIC, в котором наблюдали 13 168 участников в течение срока 23,5 лет, у лиц с МС накопленная частота ВСС составила 4,1%, по сравнению с 2,3% у тех, кто не имел МС. После поправки на возраст, пол, расу и традиционные факторы риска, наличие МС сопровождалось увеличением риска ВСС на 70%. Каждый дополнительный компонент МС увеличивал риск ВСС примерно на 31%. Наиболее значимыми факторами риска оказались повышенное АД, нарушение гликемии на тощак и снижение ЛПВП. Аналогичные результаты получены в финской когорте из 1466 мужчин среднего возраста, наблюдаваемые в течение 21 года. Независимо от используемого определения МС (ВОЗ, NCEP, ACC/AHA), наличие МС сопровождалось 2,2–2,6-кратным увеличением риска ВСС. Даже после поправки на ИМТ, АД и липидный профиль, непрерывный метаболический риск-индекс оставался значимым предиктором. Связь между МС и электрической нестабильностью желудочков подтверждается также исследованиями ЭКГ и электрофизиологических показателей.

Заключение. В настоящее время, подходы к снижению аритмического риска у больных с МС в основном сводятся к оптимизации контроля отдельных его компонентов. Однако для клиницистов и кардиологов ранняя диагностика и «агрессивное» лечение МС должны уже стать приоритетом. Будущие достижения в области стратификации риска, наряду с тенденциями в терапии, направленными на устранение миокардиального фиброза и электрофизиологических нарушений, дают надежду на улучшение прогноза у этой уязвимой группы пациентов.

ХОЛТЕРОВСКОЕ ЭКГ МОНИТОРИРОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ ИШЕМИЧЕСКОГО БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Баимбетов А.К., Рысбаев О.Ж., Ахметжан И.А., Сейтбек М.К., Кисикова К.Т.

Национальный научный центр хирургии имени А.Н.Сызганова, г.Алматы, Казахстан

Цель исследования. Провести анализ суточного мониторирования ЭКГ у пациентов с ИБС, диагностику без болевой формы ишемии и нарушений ритма сердца, проведение статистического анализа показателей проведенного суточного ХМ ЭКГ.

Материалы и методы. Исследование проводилось на аппарате «BTL HOLTER» в амбулаторных и стационарных условиях на базе ННЦХ им А.Н. Сызганова. Продолжительность мониторирования

длилась в среднем 24 часа. Пациентам были разъяснены поведения в течение суток, пациенты вели «дневник», где указывали время: прием пищи, время сна и покоя, прием лекарственных препаратов, время физической активности, при ухудшении самочувствия или при психоэмоциональной нагрузки, пациенты так же фиксировали характер ощущений с указанием даты и времени в «дневниках». Проведен статистический анализ пациентов ($n = 107$) прошедшие обследования «ХМЭКГ» на аппарате «BTL», средний возраст 65 ± 25 (от 40 по 90 лет), всего 37 мужчин и 70 женщин, из них: - от 40 лет по 50 лет – 10 пациентов (9,4%); - от 51 лет по 70 лет – 84 пациентов (78,5%); - от 71 лет и выше – 13 пациентов (12,1%).

Результаты. У 96 пациентов (89,7%) - синусовый ритм, у 11 пациентов (10,3%) - ритм фибрилляции предсердий. Наджелудочковая экстрасистолия выявлено у 99 пациентов (92,5%), из них НЖЭС более 10% всего времени исследования – 3 пациента (2,8%).

Желудочковые экстрасистолии выявлены у 87 пациентов (81%), из них ЖЭС выше 10% зарегистрировано у 6 пациента (5,6%). Нарушения ритма сердца в виде пробежек НЖТ выявлено у 3 пациентов (2,8%), в виде пробежек пароксизма ФП зарегистрировано у 6 пациентов (5,6%). Зарегистрировано 3 клинических случая преходящей блокады левой ножки пучка Гиса (2,8%). Ишемические изменения ввиду депрессия сегмента ST обнаружено у 18 пациентов (16,8%). Учитывая изменения по исследованиям 30 пациентам было рекомендовано интервенционное лечение, в том числе 21 пациент направлена на коронарографию (в том числе 2 пациента на коронарография со шунтографией) с возможным реваскуляризацией миокарда, 3 пациента направлены на электрофизиологическое исследование, 6 пациентов направлены на катетерную абляцию. Остальным пациентам рекомендовано консервативная терапия, в том числе коррекция антиангинальной и антиаритмической терапии, у 2 пациентов обнаружены ритм ЭКС, они направлены аритмологу для коррекции режима и порога стимуляции.

Заключение. Использование холтеровского мониторирования (ХМ) у больных с ИБС позволит определить тяжесть безболевой ишемии, оценить ишемические изменения ЭКГ в амбулаторных условиях. Изучение ЭКГ исследования практикующим кардиологом, в каждом конкретном случае позволит оценить тактику и выбрать лечения. Своевременное проведение исследование у пациентов с ИБС, особенно при наличии сопутствующей патологии, позволит посредством правильной терапии и других профилактических мероприятий предотвратить или значительно снизить риск тяжелых осложнений.

ЭКСТРАКЦИЯ ЭЛЕКТРОДОВ ОТ ИМПЛАНТИРУЕМЫХ СЕРДЕЧНЫХ УСТРОЙСТВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕХАНИЧЕСКИХ РОТАТОРОВ

Баимбетов А.К., Бигельдиев Н.Ж., Бижанов К.А.,
Сарсенбаева А.Б., Охабеков Н.А., Хамидулла А.К.

Национальный научный центр хирургии
имени А.Н.Сызганова, г.Алматы, Казахстан

Цель. Оценить эффективность и безопасность современных методик трансвенозной экстракции электродов, применяемых в клинической практике.

Материал и методы. Мы проспективно изучили собственный опыт экстракции у 72 пациентов. Из них 45 были мужского и 27 женского пола, средний возраст $63,7 \pm 17,3$ лет. Показанием для экстракции электродов у 23 (32%) пациентов были инфекционные, а у 49 (68%) неинфекционные причины. Среди инфекционных причин (у 23) были изолированная инфекция ложа имплантируемого сердечного устройства – 18 (79%); инфекция ложа с бактериемией – 4 (17%); инфекционный эндокардит без инфекции ложа – 1 (4%). Из неинфекционных причин были венозная окклюзия – 3 (6%); тромбозы – 4 (8%); хроническая боль в области девайса – 5 (10%); модернизация устройства – 7 (14%); нефункционирующие (дисфункция, перелом) электроды – 30 (62%). В целом было удалено 134 электродов. Большинство удаленных эндокардиальных электродов: стимуляционные – 89 (67%) (предсердные/желудочковые); дефибрилляционные – 45 (33%).

Результаты. С использованием механического ротатора с телескопической ручкой удалено 101 (75%) электродов. Методом простой тракции на стилете выполнено 33 (25%) удалений. Дополнительно было использовано устройства – ловушки в 9 (10,7%) случаях. У пациентов с инфекционными показаниями удалено 48 электрода, что составило 35,8% от их общего количества. У пациентов с неинфекционными показаниями удалено 86 электродов, что составило 64,2% от их общего количества. Осложнений связанных с повреждением крупных сосудов, что потребовало бы хирургического вмешательства не возникало.

Заключение. Механические ротационные устройства для удаления электродов показали свою высокую эффективность и безопасность, что подтверждено данными крупных международных исследований, где полный процедурный успех достигает 97,7%, а летальность не превышает 0,5%. Успешное применение современных методик привело к расширению класса показаний и находит широкое применение в клинической практике.

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА СҮРЗА5 НА КЛИРЕНС ТАКРОЛИМУСА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ

Аубакирова А.Т., Ргебаев Б.Г., Ахметов Д.,
Садуакас Н.Т., Мададов И.К.

Национальный научный центр хирургии
имени А.Н.Сызганова, г.Алматы, Казахстан

Цель исследования: оценить влияние полиморфизма гена СҮРЗА5 на клиренс такролимуса у пациентов после трансплантации почки и определить возможности персонализированного подбора дозировки на основе генотипирования.

Материалы и методы: Исследование является проспективным, одномасковым (слепым для пациентов). В исследование включены 23 пациента после трансплантации почки (9 женщин и 14 мужчин) в возрасте от 22 до 45 лет (средний возраст 32,7 года). Все пациенты получали стандартную иммуносупрессивную терапию на основе такролимуса.

Генотипирование гена СҮРЗА5 проводилось методом полимеразной цепной реакции в реальном времени (Real-Time PCR). Для анализа использовали венозную кровь, из которой выделяли ДНК с применением коммерческих наборов для экстракции нуклеиновых кислот. Генотипы определяли с использованием праймеров, специфичных к аллелям СҮРЗА51 (экспрессирующий) и СҮРЗА53 (неэкспрессирующий). Реакцию амплификации проводили на термоцикLERе с флуоресцентной детекцией продукции ампликона.

Концентрация такролимуса в крови оценивалась методом иммуноферментного анализа (ELISA) с использованием коммерческих наборов. Анализ проводился на автоматическом иммуноферментном анализаторе, обеспечивающем высокую точность измерений. Забор крови для мониторинга уровня такролимуса осуществлялся на 3-й, 7-й и 14-й дни после трансплантации. Статистический анализ проводили с использованием программного обеспечения SPSS версии 26.0. Для оценки различий между группами использовали t-критерий Стьюдента для нормально распределенных данных и U-критерий Манна-Уитни для данных, не соответствующих нормальному распределению. Корреляционный анализ проводили с применением коэффициента Спирмена. Данные представлены в виде медианы (Me) и межквартильного размаха (Q1-Q3). Статистическая значимость устанавливали на уровне $p < 0,05$. Исследование проведено в рамках научного проекта BR24992769 «Разработка технологий замещения тканей и органов для восстановления их функций в лечении заболеваний желудочно-кишечного тракта, печени и почек.» Конфликтов интересов не выявлено.

Результаты. Анализ данных показал, что у пациентов с генотипом CYP3A5*1/1 или CYP3A51/3 клиренс таクロимуса был значительно выше по сравнению с пациентами, имеющими генотип CYP3A53/3 ($p<0,01$). Это приводило к необходимости увеличения дозировки препарата для достижения терапевтической концентрации. В группе пациентов с CYP3A53/*3 наблюдался замедленный метаболизм, что обусловливало меньшую потребность в препарате и повышенный риск его накопления. У 10 пациентов с генотипом CYP3A5*1/1 средняя суточная доза таクロимуса составила 0,15 мг/кг, а средний уровень препарата на 3-й день – 5,1 нг/мл, на 7-й день – 6,2 нг/мл и на 14-й день – 6,5 нг/мл. В группе из 7 пациентов с CYP3A51/3 средняя доза составила 0,1–0,12 мг/кг, а уровни таクロимуса на 3-й, 7-й и 14-й дни были 6,0 нг/мл, 7,1 нг/мл и 7,5 нг/мл соответственно. У 6 пациентов с CYP3A53/*3 требуемая доза таクロимуса составила 0,08 мг/кг/сут, а уровни препарата на указанные дни составляли 8,7 нг/мл, 9,1 нг/мл и 9,4 нг/мл. Кроме того, у пациентов с CYP3A5*1/1 в 40% случаев наблюдалась субтерапевтические уровни таクロимуса (<5 нг/мл), что увеличивало риск острого отторжения трансплантата. В группе с CYP3A53/*3 у 33% пациентов встречались токсические уровни (>10 нг/мл), что сопровождалось побочными эффектами, такими как нефротоксичность и гипергликемия ($p<0,05$).

Заключение: Впервые в Казахстане проведено исследование влияния полиморфизма гена CYP3A5 на клиренс таクロимуса у пациентов после трансплантации почки. Полученные результаты подтверждают значительное влияние генетических факторов на фармакокинетику таクロимуса, что обосновывает необходимость внедрения фармакогенетического тестирования в клиническую практику для персонализированной коррекции дозировок.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ СООТНОШЕНИЯ ОБЩЕГО БЕЛОКА В КРОВИ И МОЧЕ У ПАЦИЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Аубакирова А.Т., Яценко С.В., Ибраева Н.К.,
Абдраимова А.А., Абдилова Г.Б.

Национальный научный центр хирургии
имени А.Н.Сызганова, г.Алматы, Казахстан

Цель исследования: изучение динамики изменений уровня общего белка у пациентов с заболеваниями почек и сердечно-сосудистой системы в ретроспективном и проспективном аспектах.

Материалы и методы: Исследование носит когортный характер и включает анализ архивных

данных пациентов за период с марта 2022 по март 2023 года (ретроспективная часть) и наблюдение за пациентами, поступающими в клинику с марта 2023 по март 2025 года (проспективная часть). В исследование включены 106 пациентов, у которых проводилось определение общего белка в моче, и 534 пациента, у которых анализировался общий белок в крови. Все пациенты проходили различные хирургические вмешательства, поскольку исследование проводится на базе хирургической клиники АО «ННЦХ им. А.Н. Сызганова». Лабораторные исследования выполняются в клинико-диагностической лаборатории с использованием количественных методов определения общего белка, включая метод пирогаллолового красного, биуретовый метод и метод сульфосалициловой кислоты. Анализ осуществляется на автоматизированных биохимических анализаторах Cobas 303 и Cobas 311 (RocheDiagnostics), что обеспечивает высокую точность и воспроизводимость результатов. Исключены пациенты с острыми инфекционными заболеваниями и тяжелыми аутоиммунными патологиями, которые могут искажать показатели белкового обмена.

Результаты. Анализ данных 106 пациентов, у которых определяли общий белок в моче, и 534 пациентов, у которых проводилось исследование общего белка в крови, показал значимые различия в концентрациях белка в зависимости от типа хирургического вмешательства и исходного состояния пациентов. Средний уровень общего белка в крови составил $67,8 \pm 6,4$ г/л, в то время как средняя концентрация общего белка в моче варьировалась в диапазоне $0,12 \pm 0,05$ г/л.

Корреляционный анализ выявил статистически значимую обратную связь между уровнями общего белка в крови и моче ($r = -0,42$; $p < 0,05$), что свидетельствует о возможной взаимосвязи между снижением белка в крови и его увеличением в моче у пациентов с нарушенной функцией почек. Выраженная протеинурия (общий белок в моче $> 0,3$ г/л) была зафиксирована у 28% пациентов, перенесших обширные хирургические вмешательства, что подтверждает роль операционного стресса и возможных почечных осложнений в изменении белкового обмена.

Сравнение различных методов количественного определения общего белка показало, что метод пирогаллолового красного обеспечил наибольшую чувствительность и воспроизводимость результатов по сравнению с биуретовым методом и тестом сульфосалициловой кислоты. Автоматизированные биохимические анализаторы Cobas 303 и Cobas 311 продемонстрировали высокую точность и минимизацию вариабельности результатов, что делает их предпочтительными для рутинной диагностики в хирургической практике.

Заключение: Таким образом, количественное определение общего белка в моче является надежным диагностическим инструментом для выявления и мониторинга заболеваний почек и сердечно-сосудистой системы. Внедрение автоматизированных биохимических анализаторов Cobas 303 и Cobas 311 в лабораторную практику способствовало повышению точности диагностики и ускорению получения результатов, что имеет ключевое значение для своевременного медицинского вмешательства. Результаты ретроспективного и проспективного анализа подтверждают высокую клиническую значимость данного теста для идентификации пациентов с высоким риском развития почечной недостаточности и сердечно-сосудистых осложнений. Дальнейшее проспективное наблюдение до мая 2025 года позволит уточнить динамику изменений уровня белка в моче у различных категорий пациентов и выявить наиболее значимые предикторы прогрессирования заболеваний.

СООТНОШЕНИЕ АЛЬБУМИНА И КРЕАТИНИНА В МОЧЕ КАК ПОТЕНЦИАЛЬНЫЙ ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ МАРКЕР В ХИРУРГИИ

А.Т. Аубакирова^{1,2}, Н.К. Ибраева¹, Яценко С.В.¹,
Г.Б. Абдилова¹, С.О. Осикбаева²,

А.Ж. Суранчиев³, А.Я. Бекмуратов³

¹АО «Национальный научный центр хирургии имени А.Н. Сызганова», г. Алматы,
Республика Казахстан,

²АО «Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии»,
Алматы, Республика Казахстан,

³НАО «Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова»,
г. Алматы, Республика Казахстан.

Соотношение альбумина и креатинина в моче (UACR) является признанным биомаркером раннего почечного повреждения, эндотелиальной дисфункции и системного воспаления. Его повышение ассоциировано с увеличением риска сердечно-сосудистых осложнений и смертности. В условиях хирургического вмешательства уровень UACR может отражать выраженность сосудистых и воспалительных изменений, однако в литературе недостаточно данных о его применимости в хирургической практике, особенно с учётом типа операций и постоперационных осложнений.

Цель. Оценить прогностическую значимость UACR у пациентов хирургического профиля.

Материалы и методы. Выполнен ретроспективный анализ 171 истории болезни пациентов (98 мужчин, 73 женщины) в возрасте 40–70 лет,

проходивших хирургическое лечение в АО «ННЦХ им. А.Н. Сызганова» в 2022–2025 гг. Определялись уровни альбумина (мг/л) и креатинина (ммоль/л) в утренней порции мочи, рассчитывался UACR. Лабораторные измерения проводились на анализаторах Cobas 303/311 (Roche). Статистическая обработка осуществлялась в SPSS 26.0 с использованием корреляционного анализа Спирмена (ρ) и стратификации по уровням показателей. Статистическая значимость — при $p < 0,05$.

Результаты. Средние значения альбумина и креатинина в моче превышали нормативные, однако медианные показатели (альбумин — 14,7 мг/л, креатинин — 9,62 ммоль/л, UACR — 1,72 мг/ммоль) соответствовали норме. В общей выборке корреляция между альбумином и креатинином была статистически незначима ($\rho = -0,037$; $p = 0,631$). В подгруппе с высокими значениями показателей наблюдалась умеренная отрицательная связь ($\rho = -0,371$; $p = 0,468$), однако она также была недостоверной. В подгруппах с низкими и средними уровнями корреляционный анализ невозможен из-за отсутствия парных наблюдений.

Заключение. Статистически значимая взаимосвязь между концентрациями альбумина и креатинина в моче у пациентов хирургического профиля не установлена. Тем не менее, выявленные случаи высокой альбуминурии при нормальном креатинине, а также данные мировой литературы, свидетельствуют о потенциальной прогностической значимости UACR. Необходимы дальнейшие проспективные исследования с учётом типа операции, клинических исходов и динамики показателей, особенно в абдоминальной хирургии.

RECURRENT RENAL CELL CARCINOMA OF SOLITARY KIDNEY: RENAL SPARING SURGERY

Madadov I.K., Belgibaev E.B., Nabiev E.S.,

Rgebayev B.G., Saduakas N.T.

A.N.Syzganov's National Scientific Center of Surgery,
Almaty, Kazakhstan

Aim. The partial nephrectomy involves the removal of the affected tissue only, sparing the rest of the kidney, Gerota's fascia and the regional lymph nodes. This allows for more renal preservation as compared to the radical nephrectomy, and this can have positive long term health benefits. Larger and more complex tumors can also be treated with partial nephrectomy by surgeons with a lot of kidney surgery experience.

Materials and methods (Case presentation). 57-year old female with the previous history of nephrectomy of the left kidney with renal cell carcinoma was admitted to our department completely asymptomatic with no classic clinical signs such as pain, gross

hematuria or palpable mass. Preoperatively, on renal computed tomography with contrast enhancement 3 (three) neoplasms were detected on the right kidney: 2.5 cm tumor on posterior surface centrally, 3.0 cm - laterally on the lower pole and 3.0 cm - anteriorly on the upper pole. (Fig.1). Creatinine was 1.02 mg/dl and BUN was 5.2 mmol/l. During the preoperative evaluation there were not detected any sites of metastasis. According to the patient's history in 2013 she underwent open surgery - radical nephrectomy on the left for renal cell carcinoma. She was on follow up annually to date. Considering the previous history, the neoplasms were regarded as recurrent renal cell carcinoma. Taking into account normal function of the kidney, the refusal of patient to go on hemodialysis furtherly and the desire to maintain good quality of life we decided to perform renal sparing surgery.

Results. All neoplasms were fully excised and total warm ischemic time was 18 min (Fig.2). We used "start - break" technique, that refers to the temporary revascularization of kidney after each excision for up to 10 min. This technique has two advantages: firstly, it minimizes the warm ischemic time and, the second, is the opportunity to better control blood loss precisely after each excision. Postoperatively patient was hemodynamically stable, but the levels of creatinine and BUN increased on 2 postop day up to 4.1 mg/dl and 15.6 mmol/l, respectively. Potassium level was constant. Urine output was decreased until 800 ml. Patient's condition was relatively stable and did not necessitate hemodialysis. On the 10th postop day creatinine was 1.78 mg/dl and BUN was 6.5mmol/l. Urine output also greatly increased up to 2.5 l/day. Patient was discharged on 11th postoperative day in stable state condition. Histologically neoplasms were regarded as clear cell renal cell carcinoma grade 2. After 4 weeks of follow up creatinine and BUN are 1.3 mg/dl and 7.0 mmol/l, respectively. 6 month after the surgery patient has arrived for check - up. On computed tomography of kidney were no signs of recurrence and biochemistry assays were normal. Creatinine was 1.2 mg/dl.

Conclusion. According to previous reports at 5 and 10 years the overall survival rate in such kind of patients after renal sparing surgery was 74.7% and 45.8%, the cancer specific survival rate was 80.7% and 63.7%, the local recurrence-free survival rate was 89.2% and 80.3%, and the metastasis-free survival rate was 69% and 50.4%, respectively. Such cases are very rare but if it is encountered we suppose that "start - break" can be safely used for excision two or more neoplasms in a solitary kidney in order minimize the ischemic injury and preserve the function.

IMPACT OF CYP3A5 GENE POLYMORPHISM ON TACROLIMUS PHARMACOKINETICS IN KIDNEY TRANSPLANT PATIENTS IN KAZAKH POPULATION

Madadov I.K.

A.N.Syzganov's National Scientific Center of Surgery, Almaty, Kazakhstan

Kidney transplantation is the most preferable treatment option of terminal chronic kidney disease. The main advantage of kidney transplantation is that graft totally replaces the function of diseased kidney. Improvement of the quality of life of patients and return to their daily activities is another great advantage of this option. With the improvement of donor selection, surgical technique and rational immunosuppressive treatment rates of short-term graft survival great increased. 1 -year graft survival from deceased donor is 95% whereas from living related donor is 98%. In Kazakhstan 1-year graft survival from living related donor is 91%. Despite these high indicators of 1-year graft survival, 5-year graft survival rates remain to be low. For example, in USA 5-year graft survival from decease donor is up to 80%, whereas from living donor is form 82 to 90 %, respectively. Thus, despite the improvement of short-term graft survival rates, long-term graft survival rates remain to be low.

Aim: So what lies under the graft loss in long-term period? It is thought to be that the main reason of graft loss in long-term period is so called graft nephropathy. The reasons of graft nephropathy are immunologic factors and, probably, genetic factors.

Methods: Recently there are many transplant centers where genetic factors and their influence of kidney graft function are investigated. In this way investigation of CYP3A5 genetic polymorphism, as a regulatory factor of tacrolimus pharmacokinetics is being more relevant.

We conducted a clinical trial, where we include 80 kidney recipients. Of them, 47 were male and 33 female patients. Mean age of patients was 43 ± 4.1 years. All patients had been taking tacrolimus 0.1 mg/kg initially. Dose adjustment was by 1.0 mg a day up to target concentration (10-12 ng/ml). All patients were studied for CYP3A5 genetic polymorphism.

Results: According to the results in our study 61.25% (n=49) of patients were homozygotes, CYP3A5*3*3 carriers (non-expressers) and 38.75% (n=31) were heterozygotes, CYP3A5*1*3 carriers (with one expressor allele). Patients were arranged by sex/type of polymorphism by Fisher's test. There were no significant differences in sex/CYP3A5 genetic polymorphism in patients. Patients were divided into 2 groups: homozygotes and heterozygotes. Tacrolimus concentration was measured on 2, 5th , 7th , 10th and 14th days after surgery and at discharge. There were

significant differences in concentrations on 2nd, 5th, 7th and 10th days in both groups ($p = 0.02, 0.01, 0.12$ and 0.016 , respectively). There were no significant statistical differences in tacrolimus concentration on 14 day after the surgery and at discharge ($p = 0.085$ and 0.171 , respectively). In both groups tacrolimus almost reached target level at the end of 2nd week, but in heterozygotes increase was more gradual and predictable rather than in homozygotes. There were no substantial differences in graft function. Creatinine level normalized gradually in both groups and there were not significant differences in both groups at discharge

Conclusion: It is obvious from received results, that genetic polymorphism of CYP3A5 influences tacrolimus blood concentrations, that appears to be key factor in immunosuppression. Even in rational choice of dose of immunosuppressive agent, genetic factor must be considered as well. In order to improve long-term graft survival rates it is important to maintain therapeutic concentration of tacrolimus in blood. In this way it might important to determine the CYP3A5 genetic polymorphism preoperatively, as one of approved genetic determinants of graft survival. It is also important for the correct selection of initial dose.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ МАNUАЛЬНО-АССИСТИРОВАННЫЙ ЗАБОР ДОНОРСКОЙ ПОЧКИ. ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ

Н.Т. Сәдуақас

ННЦХ им. А.Н. Сызганова, г.Алматы, Казахстана

Известны традиционные способы нефрэктомии, выполняемые через забрюшинные поясничные доступы различных модификаций при наличии показаний для удаления патологически измененной почки у урологических больных. А также во всем мире в последние несколько десятилетий успешно выполняются нефрэктомии лапароскопическим методом, в том числе и донорский забор почки. Впервые лапароскопический забор донорской почки был выполнен в 1995 году, Ратнером и его коллегами в госпитале Джона Хопкинса.

Цель исследования: Для пациента: Забор донорской почки, обеспечение максимальной безопасности донора, минимальная инвазивность, быстрое восстановление доноров. Для хирурга: Максимальная визуализация структур, максимальный контроль, минимальная инвазивность, исключение возникновения сдавления запястья и развития туннельного синдрома, более прецизионные движения в режиме чистой лапароскопии

Материалы и методы: На базе ННЦХ им. А.Н. Сызганова, г. Алматы было проведено более 600

трансплантаций почек. Во всех случаях забор почек производился лапароскопическим мануально-ассистированным способом. Из них было 400 женщин, 100 мужчин. Было использовано: 1. Стойка лапароскопическая Karl-Storz; 2. Hand-port; 3. Ультразвуковой диссектор Harmonic; 4. Клип-аппликатор. Способ осуществляют следующим образом. Положение больного на боку, противоположной операционной зоне. Установка ручного порта для мануального контроля гемостаза при необходимости, и извлечения почки из брюшной полости через него. Порт устанавливается через мини лапаротомный разрез, длиной 7-8 см. При заборе левой почки, порт устанавливается через верхнее - срединный разрез, при заборе правой почки, через доступ по Волковичу-Дьяконову.

Результаты. Сохранение тактильной чувствительности и пространственной ориентации в режиме мануальной ассистенции. Более прецизионная манипуляция тканями в режиме чистой лапароскопии. Возможность снижения давления карбоксиперитонеума. Сокращение продолжительности вмешательства, быстрота и удобство диссекции тканей. Мануальный контроль гемостаза при необходимости. Удобство тракции и ретракции органов и тканей в любом направлении. Уверенность для оперирующего врача.

Заключение.

- * Низкое количество раневых осложнений и хороший косметический эффект
- * Хорошая визуализация и меньшая травматизация почки
- * Сокращает продолжительность вмешательства, снижает риск послеоперационных осложнений
- * Является альтернативным методом забора донорской почки у пациентов с ИМТ >30
- * Ранняя реабилитация доноров значительно уменьшает экономические затраты

SURGICAL TREATMENT OF VISCERAL AND RENAL ABDOMINAL ARTERY ANEURYSMS OF VARIOUS ETIOLOGY

Khanchi M., Zhakubayev M.A., Matkerimov A.Zh., Demeuov T.N., Pazilov S.B., Khanchi M.M., Yerkinbayev N.N., Saduakas A.E., Makkamov R.O.
A.N.Syzganov's National Scientific Center of Surgery, Almaty, Kazakhstan

Objective: To evaluate the outcomes of surgical treatment for visceral artery aneurysms (VAA) and renal artery aneurysms of various etiologies.

Materials and methods: Over the past 10 years, 31 patients with abdominal VAA were treated. Among them, 10 had renal artery aneurysms, 15 had splenic

artery aneurysms, and single cases involved the hepatic and pancreatoduodenal arteries. Two patients presented with combined aneurysms (renal and splenic artery; renal artery and celiac trunk). Patient age ranged from 24 to 78 years (mean $43 \pm 6,5$). The most common cause of splenic artery aneurysms was infection (10 cases), with patients presenting with fever, abdominal pain, and pulsating masses. Two cases were post-traumatic and 3 were due to atherosclerosis. Renal artery aneurysms were attributed to atherosclerosis (6 cases), fibromuscular dysplasia (2 cases), and aortoarteritis (AA, 2 cases). Atherosclerosis was also noted in external iliac artery (EIA) aneurysms.

Results: Surgical procedures included hepatic and splenic artery reconstructions in 6 cases (20%), resection with end-to-end anastomosis in 5 cases, resection with autogenous patch in 2, and aneurysm clipping in 2 (6,5%). Endovascular embolization was performed in 18 cases (58%). Nephrectomy was required in 2 patients due to involvement of the renal hilum, precluding reconstruction. In both immediate and long-term follow-up (6 months to 3 years), preservation of organ function was comparable in reconstructive and ligating techniques. No signs of ischemia were observed postoperatively.

Conclusion: Visceral artery aneurysms are rare but may lead to severe complications such as rupture and distal thrombosis. Treatment choice depends on clinical severity, aneurysm location, and morphology. Endovascular techniques are preferred for their low trauma and effective long-term outcomes. However, management must be individualized based on comprehensive diagnostic data.

SURGICAL TREATMENT OF MULTIFOCAL ATHEROSCLEROTIC VASCULAR LESIONS IN COMBINATION WITH RENOVASCULAR HYPERTENSION

Khanchi M., Zhakubayev M.A., Matkerimov A.Zh., Demeuov T.N., Pazilov S.B., Khanchi M.M., Shamshiyev A.S., Yerkinbayev N.N., Saduakas A.E., Makkamov R.O.

A.N.Syzganov's National Scientific Center of Surgery, Almaty, Kazakhstan

A particular challenge in patients with renovascular hypertension (RVH) is the coexistence of lesions in multiple vascular territories, which significantly complicates the selection of surgical tactics. The presence of severe concomitant somatic diseases in these patients often necessitates minimizing the volume of surgical intervention or opting for less invasive treatment modalities. Objective: To improve surgical outcomes in patients with atherosclerotic

lesions involving multiple vascular beds combined with RVH.

Materials and methods: Between 2000 and 2020, 167 patients with arterial hypertension caused by RVH were treated in the Department of Vascular Surgery at the A.N. Syzganov National Scientific Center for Surgery. The primary etiologies were atherosclerosis and aortoarteritis. All patients underwent a comprehensive diagnostic evaluation, including ultrasonography, magnetic resonance angiography (MRA), radioisotope scintigraphy, and panaortography. Among the 167 patients, there were 82 men (94,25%) and 5 women (5,75%), with a mean age of 59,5 years. Comorbid vascular conditions were identified as follows: RVH with Leriche syndrome and high abdominal aortic occlusion – 35 patients; Takayasu arteritis with Denré-Leriche syndrome – 9; RVH with Takayasu arteritis – 2; RVH with chronic mesenteric ischemia – 1; combined Takayasu arteritis, Denré syndrome, mesenteric ischemia, and Leriche syndrome – 2; abdominal aortic aneurysm with RVH – 9; isolated unilateral or bilateral renal artery stenosis – 29. Surgical interventions: A total of 87 procedures were performed: one-stage surgical or endovascular reconstruction – 54 (including 7 with purely endovascular treatment); combined open and endovascular interventions – 11; staged arterial reconstruction across multiple vascular regions – 20; and nephrectomy – 2. Tailored staged operations were performed based on clinical priority: for critical limb ischemia – correction of Leriche syndrome; for vertebrobasilar insufficiency – correction of Takayasu syndrome; and for aortic aneurysms – urgent surgical repair.

Results: Positive outcomes (good or satisfactory) were observed in 83 patients (95,4%) based on sustained blood pressure reduction and improved perfusion. Unsatisfactory results occurred in 3 patients (3,45%), and 1 patient (1,15%) died in the early post-operative period.

Conclusion: Renovascular hypertension associated with atherosclerosis is frequently accompanied by abdominal aortic and visceral branch lesions (97,7% of cases). Timely diagnosis, individualized surgical planning, and a combination of open and minimally invasive techniques yield favorable outcomes, even in patients with significant comorbidities.

SURGICAL TREATMENT OF ARTERIAL ANEURYSMS OF THE LOWER LIMBS

Khanchi M., Zhakubayev M.A., Matkerimov A.Zh., Demeuov T.N., Pazilov S.B., Khanchi M.M., Shamshiyev A.S., Yerkinbayev N.N., Saduakas A.E., Makkamov R.O.

A.N.Syzganov's National Scientific Center of Surgery, Almaty, Kazakhstan

Peripheral arterial aneurysms (PAAs) are associated with a high risk of complications including rupture, bleeding, distal thromboembolism with resulting tissue ischemia, and neurological disorders due to compression of adjacent nerve structures. Trauma remains one of the primary causes of PAA, with a notable increase in iatrogenic injuries. Aneurysms can occur independently or as a result of arterial trauma. Ultrasound duplex scanning is considered the gold standard for diagnosis, offering visualization of aneurysm morphology, thrombus presence, and inflow/outflow tract assessment. The incidence of PAAs ranges between 3.4% and 6.7%, with a growing trend in recent years.

Objective. To improve the diagnosis and outcomes of surgical treatment in patients with aneurysms of the lower limb arteries.

Materials and Methods. From 2000 to 2019, 46 patients with lower limb arterial aneurysms were treated at the Vascular Surgery Department of the A.N. Syzganov National Scientific Center for Surgery. Of these, 5 patients underwent surgery for distal anastomotic aneurysms following bifurcated aorto-femoral shunting (BAFSH) or prosthetics (BAFPR). Patient age ranged from 30 to 76 years (mean age 43.3 ± 6.5). There was a male predominance (35 men, 76%; 11 women, 24%). Among patients with aortoarteritis (AA), there were 1 male and 4 female cases. The etiology was predominantly atherosclerotic in 41 patients (89%) and inflammatory in 5 patients (11%).

Clinical Presentation: Twelve patients (41.3%) with common femoral artery aneurysms presented with a pulsatile mass. Intermittent claudication, indicating limb ischemia, was observed in 25 patients (55%), rest pain in 7 patients (15%), and trophic ulcers in 2 cases (4.5%), corresponding to stage IV ischemia. Asymptomatic aneurysms were identified in 12 patients (26%), slightly more frequent than in patients with popliteal artery aneurysms (15.8%).

Surgical Techniques: Reconstructive surgery was performed in all patients. The most common procedure was aneurysm resection with lateral suture (28 cases, 60%). Other techniques included aneurysm resection with autogenous patch (10 cases, 22%), autogenous grafting (6 cases, 15%), and end-to-end arterial anastomosis (3 cases, 8%). Combined femoral and popliteal artery aneurysms were treated in 6 patients (9.2%).

Postoperative Outcomes: In the early postoperative period, positive clinical outcomes were observed in 91.5% of patients. Complications occurred in 4 cases (8.5%). Limb ischemia developed in 5 patients, all managed conservatively with improvement. Distal anastomotic thrombosis occurred in 2 cases—one requiring limb amputation, the other successfully treated with thrombectomy and restoration of blood flow. One patient experienced recurrence due to a

false aneurysm at the anastomosis, which was treated with resection and synthetic graft replacement.

Long-Term Results: Follow-up ranged from 3 months to 3 years, including clinical examination and duplex ultrasound. No mechanical graft failure or formation of new anastomotic aneurysms was detected. All reconstructions remained patent except in 2 cases of distal thrombosis, both successfully revascularized.

Conclusion. Reconstructive surgery remains the primary strategy for preserving distal perfusion in patients with lower limb arterial aneurysms. Timely diagnosis, individualized surgical planning, and careful postoperative monitoring contribute to high rates of success and limb salvage. The growing incidence of PAAs highlights the need for heightened clinical awareness and treatment in specialized vascular centers.

SURGICAL TREATMENT OF ANEURYSMS OF THE AORTIC ARCH BRANCHES AND UPPER EXTREMITY ARTERIES

Khanchi M., Zhakubayev M.A., Matkerimov A.Zh., Demeuov T.N., Pazilov S.B., Khanchi M.M., Yerkinbayev N.N., Saduakas A.E., Makkamov R.O.
A.N. Syzganov's National Scientific Center of Surgery, Almaty, Kazakhstan

Aneurysms of the aortic arch branches and upper extremity arteries are rare compared to other peripheral vascular pathologies. Most have an atherosclerotic origin; others are caused by trauma or inflammatory vascular diseases such as aortoarteritis. Despite their rarity, these aneurysms pose a serious risk of cerebrovascular accident (CVA), hemorrhage, or limb loss.

Objective: To improve diagnostic approaches and surgical outcomes in patients with aneurysms of the aortic arch branches and upper extremity arteries.

Materials and Methods: From 2000 to 2019, 38 patients (32 men, 6 women; aged 19–76 years, mean age 43 ± 6.5 years) underwent surgery at the Department of Vascular Surgery. Etiology included:

- Atherosclerosis: 31 patients (82%)
- Post-traumatic false aneurysms: 4 (10%)
- Aortoarteritis: 3 (8%)

Aneurysm locations:

- Carotid arteries (CCA, ICA, ECA): 20 cases (44%)
- Temporal artery: 2 cases (5%)
- Subclavian artery: 6 cases (17%)
- Upper extremity arteries: 10 cases (28%)

Aneurysm sizes ranged from 2.5 to 10 cm (mean 6.3 ± 1.8 cm). All patients underwent reconstructive procedures aimed at preserving distal circulation.

Surgical Techniques:

- Resection with lateral suture: 13 cases (34%)
- End-to-end anastomosis: 6 (16%)
- Prosthetic repair: 3 (8%)
- Resection with autovenous patch: 5 (13%)
- Allograft bypass: 3 (8%)
- Excision with synthetic patch (e.g., axillary artery): 2 (5%)
- Temporal artery ligation: 2 (5%)
- Stent-graft implantation (subclavian artery): 3 (8%)
- Endovascular embolization: 1 (3%)

Results: Positive outcomes were achieved in 92% of cases. Complications: hematoma: 1 patient (2.5%); lymphorrhea: 2 patients (5.5%). No perioperative deaths were recorded.

Conclusion: Surgical treatment of aneurysms of the aortic arch branches is challenging and requires an individualized approach. Open and endovascular techniques should be considered based on location, size, and patient-specific factors. In cases of internal carotid artery (ICA) aneurysms, endovascular intervention is preferred; microsurgical techniques are reserved for complex, technically demanding cases. Planning must always include the option of revascularization. Optimal outcomes are achieved in specialized centers with expertise in both surgical and endovascular approaches.

EVALUATION OF ENDOVASCULAR SURGICAL TREATMENT OF RENOVASCULAR HYPERTENSION IN COMBINATION WITH LESIONS OF OTHER ARTERIAL BEDS

Khanchi M., Zhakubayev M.A., Abilkhanov Y.Y., Kim D., Matkerimov A.Zh., Demeuov T.N., Pazilov S.B., Khanchi M.M., Shamshiyev A.S., Yerkinbayev N.N., Saduakas A.E., Makkamov R.O.

A.N.Syzganov's National Scientific Center of Surgery, Almaty, Kazakhstan

Renovascular hypertension (RVH) caused by renal artery stenosis or occlusion is often associated with systemic atherosclerosis or inflammatory vasculitis, complicating treatment approaches.

Aim: To assess the effectiveness of endovascular surgical treatment in patients with RVH combined with lesions of other arterial territories.

Materials and Methods: Sixty-six patients with RVH underwent planned endovascular interventions (50 men, 16 women; bilateral renal artery (RA) lesions in 8). Atherosclerotic RA lesions were identified in 46 patients, and aortoarteritis in 14. Indications included resistant hypertension and $\geq 50\%$ RA stenosis/ restenosis confirmed by angiography. Single-stage procedures were performed in 40 patients, staged

procedures in 24. Interventions included transluminal balloon angioplasty (TBA) of the RA (n=42), brachiocephalic and/or iliac-femoral arteries (n=22), and stenting of the RA (n=10).

Results: In 33 patients, blood pressure was analyzed pre- and postoperatively. A significant reduction in systolic and diastolic blood pressure was observed ($p<0.05$). In the atherosclerosis group, systolic BP decreased from 205 ± 4 to 135 ± 2.2 mmHg, diastolic from 110 ± 1.3 to 90 ± 1.2 mmHg. In aortoarteritis, systolic BP decreased from 210 ± 8.2 to 146 ± 5.7 mmHg, and diastolic from 115 ± 5.3 to 90 ± 1.6 mmHg. Complications were minimal (1 case of RA occlusion). Restenosis developed in 10 patients (4 with atherosclerosis, 6 with aortoarteritis) within 1–6 months. No deaths were reported. Overall, positive clinical outcomes were achieved in 82% of cases.

Conclusion: Endovascular treatment of RVH in patients with multivessel arterial disease is effective and safe, with significant improvements in blood pressure and a low complication rate.

РЕЦИДИВЫ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ И РОЛЬ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ В ПОСТАБЛАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

**Бижанов К.А.^{1,2,3}, Баимбетов А.К.^{1,3},
Сарсенбаева А.Б.^{1,3}, Рысбаев У.Ж.¹,
Түлебай А.А.¹, Мейрамбай Ж.Ю.¹, Әлкенов Н.Е.¹**

¹Национальный научный центр хирургии имени А.Н. Сызганова

²Казахский национальный университет имени аль-Фараби, Факультет медицины и здравоохранения

³Казахский национальный медицинский университет имени С.Ж. Асфендиярова, г.Алматы, Казахстан

Фибрилляция предсердий (ФП) остается одной из основных причин инсультов, сердечной недостаточности и внезапной сердечной смерти. Одной из причин рецидивирования пароксизмов ФП служит эктопическая активность фокальных триггеров в устьях легочных вен. Цель работы. Оценить возможности выявления эктопической активности из левого предсердия, устьев легочных вен путем электрокардиографии (ЭКГ) и холтеровском мониторировании ЭКГ (ХМ) в ранний период после восстановления синусового ритма после пароксизма ФП и оценить связь ее с возможностями рецидивирования ФП.

Материалы и методы. Обследовано 57 пациентов (37 мужчин и 20 женщин) в возрасте от 50 до 77 лет с пароксизмальной формой ФП. Всем пациентам после восстановления синусового ритма, проводилась оценка ЭКГ в течение первых 2 дней и ХМ в 12 отведениях продолжительностью 1 суток.

Результаты. Эктопическая активность из устьев легочных вен, левого предсердия была выявлена на ЭКГ 5 из обследуемых пациентов на 2-3 день после восстановления синусового ритма, из у 4 на фоне брадикардии с ЧСС от 44 до 58 в мин и у одного пациента на фоне эктопического ускоренного узлового ритма с частотой 95 уд в мин. Через 3-6 дней у 3 из них развился повторный пароксизм ФП, при этом ЧЖС не превышала 85 уд в мин. Изменения конечной части желудочкового комплекса, характерные для эктопической активности из левого предсердия и устьев легочных вен регистрировались в 1 – 3 отведениях. Еще у 5 пациентов характерные изменения были зарегистрированы при проведении ХМ. В 4 случаях регистрировались частые эпизоды фибрилляции предсердий (от 3 до 29 за время наблюдения), преимущественно в ночные времена, и в 1 случае развился устойчивый повторный пароксизм ФП тахисистолической формы.

Заключение. Выявление эктопической активности устьев легочных вен после купирования пароксизма фибрилляции предсердий указывает на фокусный механизм возникновения, вероятно на фоне ваготонических влияний и характеризует высокую вероятность развития рецидивов пароксизмальной фибрилляции предсердий. Методом диагностики следует считать 12-канальное холтеровское мониторирование ЭКГ продолжительностью 2-3 суток, а также постоянный ЭКГ мониторинг путем имплантации подкожных кардиомониторов.

ОЦЕНКА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА ФОНЕ ПРИЕМА АНТИАРИТМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

**Бижанов К.А.^{1,2,3}, Баймбетов А.К.^{1,3},
Сарсенбаева А.Б.^{1,3}, Рысбаев У.Ж.¹,
Бигельдиев Н.Ж.¹, Тулебай А.А.¹,
Охабеков Н.А.¹, Элкенов Н.Е. ¹**

¹Национальный научный центр хирургии имени А.Н. Сызганова

²Казахский национальный университет имени аль-Фараби, Факультет медицины и здравоохранения

³Казахский национальный медицинский университет имени С.Ж. Асфендиярова, г.Алматы, Казахстан

Важным аспектом в назначении антиаритмических препаратов у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП) является изучение их влияния на тонус вегетативной нервной системы, изменения которой могут быть триггерами рецидива и поддержания ФП.

Цель. Оценить вариабельность сердечного

ритма (ВСР) у пациентов с персистирующей формой ФП на фоне проводимой антиаритмической терапии.

Материал и методы. На базе Национального научного центра хирургии имени А.Н. Сызганова обследовано 30 пациентов с персистирующей формой ФП на фоне ишемической болезни сердца (ИБС) и артериальной гипертензии (АГ), средний возраст составлял $65,4 \pm 6,8$ лет. На момент обследования все пациенты имели синусовый ритм. Терапия контроля ритма осуществлялась кордароном ($n=14$, группа 1) или сочетанием кордарона с бисопрололом ($n=16$, группа 2). Медиана длительности терапии 3 (2-4) месяца, средняя суточная доза кордарона 200 мг. Всем пациентам была проведена краткосрочная запись электрокардиограммы с оценкой ВСР на ЭКГ аппарате «BTL» (UK). Результаты представлены в виде медианы и нижней и верхней квартилей.

Результаты. Группы 1 и 2 не различались между собой по возрасту, полу, формам ИБС, функциональному классу хронической сердечной недостаточности, клиренсу креатинина, эхокардиографическим параметрам, показателям частоты сердечных сокращений, сопутствующей медикаментозной терапии. У пациентов групп 1 и 2 наблюдались низкие значения SDNN (22 (19-28) и 18 (15-28) мс) и RMSSD (18 (14-24) и 10 (6-12) мс). По данным спектрального анализа в группе 2 получена более низкая общая мощность спектра ТР (516 (257-865)) по сравнению с группой 1 (428-4856), а также симпатических LF (103 (36-189)) и гуморально-метаболических влияний VLF (284 (160-364)), но статистически значимо ($p < 0,05$) в группе 2 были ниже показатели высокочастотной области спектра HF (66 (14253) по сравнению с 952 (178-2818) в группе 1), HF% (14 (6-26) по сравнению с 54 (25-62) в группе 1), а соотношение LF/HF выше (1,4 (0,7-2,5) по сравнению с 0,48 (0,40,68) в группе 1).

Заключение. У пациентов с персистирующей формой ФП в сочетании с ИБС и АГ, сохраняющих синусовый ритм, на фоне приема кордарона или его сочетания с бисопрололом выявлено снижение общей ВСР. Пациенты с антиаритмической монотерапией кордароном имели более высокие значения частотных составляющих спектра и достоверно больший вклад парасимпатических влияний в регуляцию сердечного ритма.

ЛАРИНГЕАЛЬНАЯ МАСКА КАК АЛЬТЕРНАТИВА ЭНДОТРАХЕАЛЬНОЙ ИНТУБАЦИИ У ДЕТЕЙ

**Куандыков Т.К., Мутагиров В.В., Жарасбаев А.М.,
Жумабекова М.А., Кудайбергенова А.Н.**
Национальный научный центр хирургии имени А.Н. Сызганова

Адекватный газообмен является основой безопасности проведения анестезиологического пособия при хирургических вмешательствах у детей. Во время искусственной вентиляции легких (ИВЛ) чаще используют интубацию трахеи. Между тем негативные последствия интубации трахеи у детей общеизвестны.

Цель работы: оценка эффективности и безопасности использования ларингеальной маски (ЛМ) для обеспечения вентиляции легких в детской хирургии.

Материал и методы. Исследованы 153 пациента, оперированные по поводу портальной гипертензии, эхинококкоза и альвеококкоза печени, болезни Гиршпрunga, воронкообразной и килевидной деформации грудной клетки. Средний возраст больных составил $8,7 \pm 3,8$ (от 3 до 14) лет. Продолжительность анестезии - $72,5 \pm 29,3$ мин. Преобладали пациенты 2 класса по ASA. По способу обеспечения вентиляции легких больные были разделены на 2 группы. I группа включала больных, у которых применяли ЛМ (46 пациентов), во II группе больных использовали интубацию трахеи (107). Для миоплегии использовали атракурий 0,3-0,5 мг/кг/час. Размер используемой ЛМ зависел от массы тела ребенка. Адекватность ИВЛ контролировали при помощи капнографии непрерывно и анализа газов крови на определенных этапах анестезии. ЭКГ, систолическое и диастолическое артериальное давление, частоту сердечных сокращений, а также насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови определяли непрерывно.

Статистическую обработку и анализ полученных данных проводили на 5 этапах анестезии и операции: 1. Исходные данные (на операционном столе); 2. Индукция в анестезию; 3. Установка ЛМ; 4. Основной (травматичный) этап операции; 5. Конец операции. Герметичность дыхательного контура у всех больных фиксировали наличием или отсутствием сброса дыхательной смеси через рот при нажатии на дыхательный мешок («слышимая утечка»). У 20 больных провели оценку риска регургитации желудочного содержимого с помощью 2% водного раствора метиленового синего в желатиновых капсулах, который давали рег ос за 20 мин до начала анестезии. Результат оценивали визуально после удаления ЛМ по наличию окрашивания слизистой полости рта и манжеты ЛМ красителем. Был проведен анализ осложнений со стороны верхних дыхательных путей в раннем послеоперационном периоде методом непрямой ларингоскопии.

Результаты. В группе пациентов с использованием ЛМ не обнаружено достоверных изменений показателей гемодинамики и оксигенации на всех этапах оперативного вмешательства ($p > 0,05$). Установка ЛМ не сопровождалась гипердинами-

ческой реакцией кровообращения, которая, как правило, наблюдалась при интубации трахеи. Показатели газообмена указывали на герметичность дыхательного контура и адекватность проводимой вентиляции на всех этапах операции. При оценке риска регургитации содержимого желудка ни у одного пациента не обнаружили окрашивания ротовой полости и внутренней поверхности манжетки после удаления ЛМ по восстановлению спонтанного дыхания и сознания. Выявлены следующие осложнения со стороны верхних дыхательных путей в раннем послеоперационном периоде: фарингиты-17; трахеобронхиты-4; пневмонии-3. Из них в I группе зарегистрировали 1 осложнение-фарингит (2,33%), а во II группе 23 (21%, $p < 0,05$).

Заключение. ЛМ обеспечивает надежную проходимость дыхательных путей при операциях на органах брюшной полости у детей в условиях тотальной миоплегии и ИВЛ. Риск регургитации желудочного содержимого при использовании ЛМ на органах брюшной полости у детей минимален. Проведение ИВЛ с помощью ЛМ у детей сопровождается в 9 раз меньшим количеством осложнений со стороны верхних дыхательных путей, чем после эндотрахеальной анестезии.

КТ-ПЕРФУЗИЯ ПЕЧЕНИ КАК ИНСТРУМЕНТ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ФИБРОЗА В ИСХОДЕ АУТОИММУННОГО ГЕПАТИТА

Байгуисова Д., Батталова Г., Мухамеджанова А.,
Қалшабай Е., Ахметов Е., Кабиденов А.¹

Национальный научный центр хирургии
имени А.Н. Сызганова

КТ-перфузия позволяет количественно оценивать микроциркуляцию печени и выявлять фиброз на разных стадиях. Хотя параметры КТ-перфузии изучены при вирусных гепатитах, данные при аутоиммунном гепатите (АИГ) ограничены. Также отсутствует консенсус по нормальным значениям перфузионных параметров.

Цель: Оценить параметры КТ-перфузии у пациентов с фиброзом печени в исходе АИГ по сравнению с показателями у здоровых доноров.

Материалы и методы: Проведена КТ-перфузия у 22 пациентов с фиброзом в исходе АИГ (F1-F4 по METAVIR) и 13 родственных доноров печени (F0). Исследование выполнено на 160-срезовом КТ с болясным введением йодиксанола. Оценивались артериальный (AF), портальный кровоток (PF) и индекс перфузии (PI) в сегментах III, IV и VIII.

Результаты: Обследовано 22 пациента с фиброзом печени (16 женщин и 6 мужчин, средний возраст — $45,6 \pm 12,0$ лет) и 13 здоровых родственных доноров печени (7 мужчин и 6 женщин, средний

возраст — $28,5 \pm 5,7$ лет). У всех пациентов диагноз «фиброз печени в исходе аутоиммунного гепатита» был подтверждён гистологически с использованием шкалы METAVIR: у 4 пациентов — стадия F1, у 8 — F2, у 6 — F3 и у 4 — F4. Доноры имели нулевую стадию фиброза (F0) и уровень стеатоза <5% по результатам биопсии перед трансплантацией. Средние значения перфузионных параметров у доноров: AF: 63 ± 67 мл/мин/100 г, PF: 110 ± 48 мл/мин/100 г, PI: 37%. Показатель PI по стадиям фиброза: F1: 42%, F2: 44%, F3: 63%, F4: 88%. Различия в показателе PI между донорами и пациентами со стадиями F1 и F2 не достигли статистической значимости ($p=0,073$ и $p=0,056$ соответственно). Однако выявлены статистически значимые различия между стадиями F2 и F3 ($p=0,033$), а также между F3 и F4 ($p=0,021$).

Заключение: КТ-перфузия позволяет дифференцировать стадии фиброза при АИГ. Наиболее выраженные изменения PI отмечены на поздних стадиях. Для оценки раннего фиброза необходимы дополнительные исследования.

AUTOMATIC CT-VOLUMETRY IN THE PREOPERATIVE ASSESSMENT OF GRAFT VOLUME BEFORE LIVING DONOR LIVER TRANSPLANTATION

Baiguissova D1, Kalshabay Ye., Battalova G., Mukhamejanova A., Kabidenov A., Sadykova A., Akhmetov Y.

A.N. Syzganov's National Scientific Center of Surgery, Almaty city, Kazakhstan

Objectives: Accurate preoperative liver volume is essential for successful living donor liver transplantation (LDLT). Manual CT volumetry is time-consuming and operator-dependent, prompting the development of automated methods. The aim of this study is to compare the accuracy of three automated CT volumetry workstations — Synapse (Fujifilm), Vitrea (Canon), and United Imaging (UI) — in estimating liver graft volume of the right lobe, left lobe, and left lateral segment relative to intraoperative graft weight.

Methods: This retrospective study included 95 living liver donors (67 right lobe, 12 left lobe, and 16 left lateral segments) who underwent LDLT from 2022 to 2024. Estimated graft volumes were compared with actual graft weight (AGW). Correlation, percentage error, interobserver agreement, and potential influences of donors' age and gender on estimation accuracy were assessed.

Results: All three methods demonstrated strong correlation with AGW ($p < 0.001$). Application Liver Analysis of the workstation Synapse showed significantly higher accuracy in RL volume estimation com-

pared to the others ($p < 0.001$), as well as in LLS estimation compared to Vitrea ($p < 0.001$). Interobserver agreement was high, and no significant influence of donors' age or gender was found.

Conclusion: All three automated volumetry tools are reliable and user-friendly for preoperative planning for LDLT. Among them, Liver Analysis of Synapse demonstrated the highest accuracy in assessing right lobe and left lateral sector volumes, offering potential advantages in surgical decision-making.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ НЕФРЭКТОМИИ ПОЛИКИСТОЗНО-ИЗМЕНЁННЫХ ПОЧЕК У РЕЦИПИЕНТА В ОТДАЛЁННОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Кузьмин Д.О.^{1,2}, Федотова Д.Д.^{1,2},
Кутенков А.А.^{1,2}, Логинов И.В.^{1,2}, Фитро Д.В.^{1,2},
Дайнеко В.С.², Ананьев А.Н.^{1,2},
Мануковский В.А.², Багненко С.Ф.¹

¹Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации. г.Санкт-Петербург, РФ

²Государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе». г.Санкт-Петербург, РФ

Цель. Представить клинический случай лапароскопической нефрэктомии поликистозно-изменённых почек у реципиента в отдалённом посттрансплантационном периоде.

Введение. Аутосомно-доминантная поликистозная болезнь почек (АДПБП) связана

с повышенным риском возникновения инфекционных осложнений в посттрансплантационном периоде. Однако, ввиду отсутствия однозначного мнения относительно тактики лечения таких пациентов, особенно в случае нерецидивирующего латентного течения хронического пиелонефрита, некоторые центры осуществляют трансплантации до удаления собственных почек.

Материалы и методы. Пациентка 48 лет, в подростковом возрасте диагностирован поликистоз почек. В 2023 году начата заместительная почечная терапия программным гемодиализом. По данным компьютерной томографии — поликистоз почек и печени, почки размерами до 19x9 см. В одном из центров в 2024 году выполнена трансплантация почки от посмертного донора. Функция транспланта немедленная, иммуносупрессивная терапия представлена такролимусом, миофеноловой кислотой, глюкокортикоидами.

Через 1 месяц после трансплантации пациентка отмечает жалобы на субфебрильную лихорадку, увеличение в размерах живота, боль в поясничной области. Обследована:

КТ-картина поликистоза почек (Bosniak II), бактериологическое исследование мочи – e. coli 1 x 105. Учитывая жалобы пациентки, данные инструментальных исследований, чрезвычайно высокий риск манифестации уроинфекции, последовательно выполнены оперативные вмешательства в объеме лапароскопической нефрэктомии слева, а затем справа.

Результаты. Продолжительность каждой из операций составила 100 минут, межгоспитальный период 35 дней, в обоих случаях пациентка была выписана на 5-е сутки после нефрэктомии. Функция трансплантата стабильно удовлетворительная, креатинин 0,106 ммоль/л, СКФ 53,7 мл/мин/1,73м². Клинических данных за рецидивы хронического пиелонефрита не выявлено.

Заключение. Таким образом, выполнение лапароскопической нефрэктомии поликистозно-измененных почек у пациента после трансплантации позволяет значимо снизить риск уроинфекции на фоне постоянного приема иммуносупрессивной терапии. Внедрение эндовидеохирургических технологий минимизирует операционные риски и ускоряет реабилитационный период. Однако, на наш взгляд, превентивная нефрэктомия до трансплантации и перевод в ренопривное состояние является наиболее оптимальной тактикой лечения больных с АДПБП в листе ожидания почки.

КАТЕТЕРИЗАЦИЯ ХВОСТОВОЙ ВЕНЫ У КРЫС ДЛЯ ВНУТРИВЕННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАХ НА ЖИВОТНЫХ МОДЕЛЯХ

Рысмаханов М.С.¹, Жакиев Б.С.¹, Мусин Н.М.¹,
Кадыров Ж.Ж.², Рахманов С.Б.²,
Балмагамбетова А.Д.²

¹Кафедра хирургических болезней №2

с курсом урологии

²Кафедра нормальной и топографической
анатомии с оперативной хирургией

Западно-Казахстанский медицинский университет
имени Марата Оспанова, г.Актобе, Казахстан

На сегодняшний день существует ограниченное число методик внутривенного введения препарата для общей анестезии у лабораторных крыс во время экспериментальных работ, которые бы соответствовали требованиям длительности, безопасности и технической доступности. Существует необходимость в разработке и внедрении надежных, простых и воспроизводимых методик венозного доступа для анестезии, позволяющих эффективно

проводить длительные хирургические процедуры на лабораторных животных.

Цель. Разработка эффективного метода венозного доступа катетеризации хвостовой вены для стабильной и длительной внутривенной анестезии во время хирургических процедур у крыс.

Материалы и методы. Использовано 50 крыс-самцов линии Wistar. После предварительной внутримышечной седации выполняли кожный разрез длиной 1,5 см параллельно сухожильному тяжу хвоста на 2,5 см дистальнее от основания. Проводили выделение хвостовой вены и вводили в ее просвет периферический интравенозный катетер размером 24G для дальнейшего введения анестезиологических препаратов.

Результаты. Средняя продолжительность операций составила – 108±34,4 минут. В течение одной экспериментальной операции крысам вводили анестезиологические препараты кратностью 3,20±0,8 раз. Во всех 50 случаях препараты вводились беспрепятственно. Осложнений периферической венозной катетеризации в виде экстравазаций, гематом и инфильтраций не наблюдалось. У 100% крыс к концу операций сохранялась проходимость венозного катетера и самой хвостовой вены.

Заключение. Разработанный метод позволяет обеспечить контролируемое многократное внутривенное введение препаратов без местных осложнений. Данный метод использования хвостовой вены у крысы является эффективным и простым в исполнении без необходимости катетеризации глубоких центральных вен.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ МАНУАЛЬНО- АССИСТИРОВАННАЯ ДОНОРСКАЯ НЕФРЭКТОМИЯ В РСНПМЦ ХИРУРГИИ ИМЕНИ АКАДЕМИКА В.ВАХИДОВА

Исмаилов С.И., Ахмедов А.Р., Абдугафуров З.У.

ГУ «РСНПМЦ Хирургии имени академика
В.Вахидова», г.Ташкент, Узбекистан

Цель: С 2010 года в ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В. Вахидова» были проведены операции по трансплантации почек. В 2015 году в центре была выполнена первая трансплантация почки с использованием левостороннего лапароскопического забора донорского органа. Так как, впервые в истории Узбекистана в 29 января 2024 года была выполнена правосторонняя лапароскопическая мануально-ассистированная донорская нефрэктомия. Лапароскопическая донорская нефрэктомия получила развитие и стала общепринятым хирургическим стандартом лечения при трансплантации почки.

Материалы и методы: В этом исследовании ретроспективно рассматриваются 58 пациентов, пе-

ренесших лапароскопические мануально-ассистированные нефрэктомии у живого донора.

Результаты: в исследование был включен 58 донор, которым 57 доноры были успешно выполнены левосторонняя и 1 донора правосторонняя лапароскопические мануально-ассистированные нефрэктомии, в том числе 28 (48,3%) мужчины и 30 (51,7%) женщин, средний возраст которых составил $40,3 \pm 1,4$ года (от 20 до 59 лет). Интраоперационный переход к открытой донорской нефрэктомии не проводился. Среднее время операции составило $120,42 \pm 27,6$ мин. Среднее время тепловой ишемии составило $48,53 \pm 3,74$ с. Предполагаемая кровопотеря составила 53,72 мл (диапазон 50-150 мл). Средняя продолжительность пребывания в больнице составила 5,5 дней (от 4 до 9 дней). Интраоперационных осложнений, таких как кровотечение или лимфатический свищ, а также повреждения почечного трансплантата, не было. Тромбоза почечной вены, структуры уретры или других осложнений не было.

Заключение: Период восстановления после лапароскопической донорской нефрэктомии обычно составляет намного меньше, чем после традиционной операции. Благодаря минимально инвазивной технологии, большинство доноров могут вернуться к обычной жизни в течение нескольких недель. Соблюдение рекомендаций по реабилитации, правильное питание и избегание тяжелых физических нагрузок способствуют успешному и быстрому восстановлению.

ЭФФЕРЕНТНАЯ ТЕРАПИЯ В РАННЕЙ ФАЗЕ ТЯЖЕЛОГО ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Исмаилов Е.Л.¹, Рамазанов М.Е.²,
Еспенбетов Е.Б.²

¹Институт дополнительного профессионального образования Казахского Национального медицинского университета имени С.Д.Асфендиярова,

²Городская клиническая больница №7
Республика Казахстан. Алматы.

Цель исследования – изучить эффективность эффеरентных методов терапии в ранней фазе тяжелого острого панкреатита.

Материалы и методы. В исследование включено 20 больных в ранней фазе тяжелого острого панкреатита, находившихся на стационарном лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии ГКБ №7 г. Алматы, в возрасте от 40 до 64 лет. Среди обследованных больных было 14 мужчин (70%) и 6 женщин (30%). Основными причинами тяжелого острого панкреатита были: злоупотребление алкоголем – 36%, желчнокаменная болезнь – 38%, причина не установлена в 26%. По длительности заболевания

– 75% больных поступило через 12-24 часа от начала заболевания. Тяжесть состояния пациентов оценивалась по шкале APACHE-II. Степень выраженности мультиорганной дисфункции (МОД) по шкале SOFA.

В зависимости от характера проводимой интенсивной терапии больные были разделены на 2 группы. 1 группа (проспективная) – 10 больных (6 мужчин, 4 женщины), получавшие стандартную интенсивную терапию, дополненную методами эффеरентной терапии: гемодиафильтрация (ГДФ) – на аппарате Multifiltrate (Германия), плазмаферез – на аппарате Haemonetics (США), гемосорбцию с помощью био-специфического сорбента «Гемопротеазосорб» (Беларуссия). 2 группа (ретроспективная) – получавшие стандартную интенсивную терапию – 10 человек (8 мужчин и 2 женщины). Тяжесть по шкале APACHE II составила в 1 группе $24,2 \pm 1,2$ балла, во 2 группе $23,4 \pm 2,3$ балла. Тяжесть по шкале SOFA составила в 1 группе $12,3 \pm 0,1$ балла, во 2 группе $12,1 \pm 0,1$ балла. Различий между группами по тяжести состояния при поступлении в стационар не было. Программа эффеरентной терапии у больных в 1 группе (исследуемая) состояла в следующем: 1) Плазмаферез начинали проводить через 3 – 4 часа после коррекции водно – электролитных нарушений и гиповолемии. 2) ГДФ и гемосорбцию – подключали после сеанса плазмафереза, 1 раз в сутки, продолжительностью 8 - 12 часов, 2 - 3 сеанса ГДФ и 2 - 3 сеанса гемосорбции. Основными показаниями являлось ухудшение клинического состояния, рост эндогенной интоксикации с усугублением МОД.

Результаты. В 1 группе инотропная поддержка у всех больных полностью прекращалась к 7 суткам, тогда как во 2 группе только к 15 сутки. В 1 группе по сравнению со 2 группой снизились частота развития ОРДС на 35,7%, деструкции поджелудочной железы – на 35,7%, развитие гнойно-септических осложнений – на 16,7%, сроки пребывания больных в отделении реанимации – на 42,9%, сроки стационарного лечения – на 31,2%. Достоверно снижался уровень лейкоцитов, лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), лимфоцитов, палочкоядерных и юных форм нейтрофилов. У больных 1 группы отмечено двукратное снижение среднего балла по шкале APACHE II и уменьшение тяжести эндотоксикоза уже на 2-3 сутки послеоперационного периода, во 2 группе – только на 15 сутки. По шкале SOFA больные 2 группы долгое время оставались в тяжелом состоянии, что отразилось на летальности (41,1%), тогда как в 1 группе летальность составила 20%.

Заключение.

1. При тяжелом остром панкреатите отмечается выраженный эндотоксикоз с повышением лейкоцитарного индекса интоксикации. Показано, что раннее включение эффеरентных методов терапии в комплекс лечения в ранней фазе тяжелого острого панкреатита обеспечивает снижение клинических

признаков эндотоксикоза на 30 - 50%.

2. Проведение эфферентных методов терапии приводило к стабилизации гемодинамики в более ранние сроки, что связано с быстрой элиминацией цитокинов, коррекцией осмотического равновесия и протезированием гомеостатической функции почек.

3. Использование методов эфферентной терапии при ранней фазе тяжелого острого панкреатита приводит к достоверному снижению летальности.

ТӘЖІРИБЕЛІК ЖАҢУАРДАҒЫ БҮЙРЕК АУТОТРАНСПЛАНТАЦИЯСЫ КЕЗІНДЕГІ ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ЛОКУСЫН САЛЫСТЫРУ (ТӘЖІРИБЕЛІК ЖАҒДАЙДАҒЫ БАҚЫЛАУ)

Жарылқасынов А.Ж.¹, Кадыров Ж.Ж.¹,
Темирова Г.К.¹, Өтесін М.А.²,
Мусин Н.М.², Рысмаханов М.С.¹

¹Хирургиялық аурулар кафедрасы №2

²Қалыпты анатомия және топографиялық анатомия
мен оперативті хирургия кафедрасы
Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан
мемлекеттік медицина университеті
Ақтөбе, Қазақстан

Әзектілігі. Бүйрек артериясының стенозы - АҚШ ғалымдарының мәліметінше, екіншілік гипертонияның жетекші себебі болып табылады. Бүйрек артериясының тарылуы органның қанмен қамтамасыз етілуін бұзып, ренин-ангиотензин-альдостерон жүйесінің шамадан тыс белсенділенуіне және нәтижесінде артериалды қысымның тұрақты жоғарылауына әкеледі. Алғаш рет аутологиялық бүйрек трансплантациясы (АБТ) 1961 жылы бүйрек артериясы бір жақты стенозымен ауырған адамда қолданылды. Бұл әдіс кейінгі жылдары бүйрек жеткіліксіздігі мен гипертензияның әртүрлі себептерін емдеуде клиникалық тәжірибеге енді.

Зерттеу мақсаты. Қояндар үлгісінде бүйрек аутотрансплантациясын орындау кезіндегі әртүрлі трансплантация орындарының тиімділігін салыстыру.

Материалдар мен әдістер. 2023 жылдың 10.08 - 10.10 аралығында М.Оспанов атындағы БҚМУ-да экспериментальды зертхана жағдайында 10 Совет шиншилла тұқымды қоянына операция жасалды (салмағы 1.5-2.5 кг). Жануарлар фермадан әкелініп, БҚМУ виварийінде 7-14 күн бейімделді. Барлық қояндар бекітілген седативті және аnestетик препараттармен жансыздандырылды. Хирургиялық протокол бойынша, бүйрек алынған соң, тиісті топқа сәйкес жаңа анатомиялық локусқа қайта трансплантацияланды. Операциядан кейін жануарлар жеке торларда бақылауда ұсталды, зәр шығару, жалпы жағдайы, ранадан бөлініс көлемі, шунт және трансплантаттың тургоры мен түсі, сондай-ақ өмір сұру үзақтығы қадағаланды. Белгі-

ленген уақыт өткен соң немесе жануар өлімі кезінде трансплантатқа гистологиялық зерттеу жүргізу үшін аутопсия және тіндік резекция жасалды.

Бақылау тобы: 5 қоян. №1 – операциядан 8 сағаттан кейін белгісіз себептен қайтыс болды. №2 – операциядан кейін 36 сағаттан соң өлім, бүйрек қызметі бастапқыда қанағаттанарлық (тургор, түсі, зәр). №3 – 47 сағаттан соң әвтанаңия жасалып, бүйрек қызметі визуалды түрде жақсы, бөлініс мөлшері қалыпты. №4 – 62 сағат бақылауда, трансплантат қызметі жақсы, бөлініс – 10 мл, гистологиялық анализ жүргізілді. №5 – 18 сағаттан кейін өлім, серозды-геморрагиялық бөлініс 5 мл.

Зерттеу тобы: 5 қоян. №1 – 26 сағаттан соң өлім, трансплантат қызметі нашар, геморрагиялық эффузия 15 мл. №2 – 40 сағаттан кейін өлім, қызметі қанағаттанарлық, бөлініс 17 мл. №3 – 34 сағаттан кейін өлім, серозды-геморрагиялық бөлініс 5 мл. №4 – 81 сағаттан соң әвтанаңия, 4 мл бөлініс, қызметі жақсы. №5 – 102 сағаттан соң өлім, серозды бөлініс 8 мл, қызметі қанағаттанарлық.

Қосымша бақылау: Әрбір қоянда операциялық және кейінгі кезеңде ағзаның жалпы жағдайы, трансплантаттың жұмыс істеуі, зәр шығару динамикасы мен түсі, бөлініс сипаты және жалпы өмір сұру үзақтығы мүқият тіркелді. Операциядан кейінгі ерте өлім себептері жануардың анестезияға, хирургиялық стресске, инфекцияға сезімтадығына немесе трансплантация техникасына байланысты деп болжанды.

Қорытынды. Визуалды және гистологиялық зерттеу нәтижесі бойынша, екінші топта қолданылған бүйрек венасы мен жалпы сол жақ мықын венасы және бүйрек артериясы мен жалпы мықын артериясы арасындағы анастомоз әдісі бірінші топқа қарағанда тиімдірек деп танылды. Трансплантаттардың өміршөндігі мен функциясы операция локусына және қанайналымының анатомиялық ерекшеліктеріне тәуелді екені көрсетілді. Бұл мәліметтер тәжірибелік трансплантацияның болашағын көнектіп, клиникалық практикада тиімді тәсілді таңдауға көмектеседі.

МАММАРОКОРОНАРЛЫҚ ЖӘНЕ БҰҒАНААСТЫ-КОРОНАРЛЫҚ ШУНТТАУДА ТАМЫР ТРАНСПЛАНТАЦИЯНЫҢ ТҮРІНІҢ ШУНТТАРДЫҢ ТҰРАҚТЫЛЫГЫНА ЖӘНЕ РЕГЕНЕРАЦИЯСЫНА ӘСЕРІ: ҚОЯНДАРДАҒЫ ЭКСПЕРИМЕНТТИК ЗЕРТТЕУ (ТӘЖІРИБЕЛІК ЖАҒДАЙДАҒЫ БАҚЫЛАУ)

Жарылқасынов А.Ж.¹, Темирова Г.К.¹,
Тогызбаев А.Р.¹, Бақыткерей А.Е.²,
Гарифоллин А.Р.², Кадыров Ж.Ж.¹,
Рахманов С.Б.¹, Балмагамбетова А.Д.¹,
Көмекбай Ж.Е.²

¹Қалыпты және топографиялық анатомия
мен оперативтік хирургия кафедрасы

²Гистология кафедрасы

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан
мемлекеттік медицина университеті
Ақтөбе, Қазақстан

Әзектілігі. Жүректік ишемиялық ауруы (ЖИА) – миокардтың қанмен қамтамасыз етілуінің жеткілік-сіздігі нәтижесінде дамитын, өлім-жітімнің негізгі себептерінің бірі. Миокардты хирургиялық ревас-куляризация үшін ішкі кеуде артериясын (ИКА) қолданатын маммарокоронарлық шунттау (МКШ) – ең тиімді әдістердің бірі және «алтын стандарт». Алайда ИКА ұзындығының жеткілікінде, қанмен қамтамасыз етілуінің бұзылуы, техникалық қындықтар және көп шунттау қажеттілігі МКШ-ны кей жағдайларда шектейді. Сол себепті аутовеноздық немесе аутоартериалдық трансплантттарды қолданатын бұғанаасты-коронарлық шунттау (БКШ) алтернативті әдіс ретінде ұсынылады. Бірақ клиникалық тәжірибеде БКШ сирек қолданылады, себебі оның тиімділігі мен тұрақтылығы туралы жеткілікті дәлелдер жоқ. Сондықтан әртүрлі трансплантттардың өміршендігін, өткізгіштігін және регенерациялық қабілетін зерттеу маңызды.

Зерттеу мақсаты. Маммарокоронарлық және бұғанаасты-коронарлық шунттау кезінде тамырлық трансплантттар түріндегі шунттардың тұрақтылығына және регенерациясына әсерін зерттеу.

Материалдар мен әдістер. Эксперимент 10.03.2025–20.03.2025 аралығында М.Оспанов атындағы БҚМУ базасында (Кадавер орталығы) жүргізілді. Жануарлар 7-14 күн бейімделді, барлық жануарлар бекітілген ветеринариялық препараттармен жансызданырылды. Зерттеуге 9 қоян (Совет шиншилла тұқымы, 6 айлық, 3.5-4.5 кг) қатысты. З топ: 1-топ – МКШ (ИКА арқылы), 2-топ – БКШ-веноздық (аутовеноздық трансплантт), 3-топ – БКШ-артериалдық (аутоартериалдық трансплантт). Операцияларда шунттың пульсациясы, қанмен толу деңгейі, анатомоз герметикалығы бағаланды. Кейін барлық топта гистологиялық зерттеу жүргізілді: эндотелий регенерациясы, қабыну инфильтрациясы, тромбоз белгілері анықталды. Операция барысы. Жануарлар арқасымен жатқызылды, қажетті аймақтар өндөлді. Трахеотомия, стернотомия, бұғанаасты артериясы мобилизацияланды. 1-топта ИКА мен оң жақ коронарлы артерияның дистальді бөлігінің анатомозы жасалды. 2-топта аутовеноздық шунт ретінде аяқтың үлкен теріасты венасы қолданылып, бұғанаасты артериясы мен оң жақ коронарлы артерияға тігіліп қосылды. 3-топта аутоартериялдық шунт ретінде жоғарғы аяқтың кәріжілік артериясы қолданылды.

Нәтижелер. МКШ тобында шунт пульсациясы жақсы, бірақ ИКА мобилизациясында қындықтар байқалды. БКШ-А тобында пульсация ете жақсы,

дистальді қан айналымы қанағаттанарлық, барлық анатомоздар герметикалығын сақтады. БКШ-В тобында пульсация әлсіз, қан ағымы баяу, бір шунт шамадан тыс кеңіген. Гистологияда БКШ-А тобында ишемия байқалмады, миокард толық регенерация көрсетті. МКШ тобында бұлшықетте жеңіл ишемиялық өзгерістер, БКШ-В тобында айқын ишемия, эндотелий гиперплазиясы анықталды.

Қорытынды. МКШ әдісі шунттың жоғары тұрақтылығын қамтамасыз етеді, бірақ бұлшықет гипоксиясы шектеу болуы мүмкін. БКШ-А – ең тиімді әдіс, миокард толық регенерацияға ұшырайды және бірнеше шунттауға мүмкіндік береді. Веноздық трансплантттар (БКШ-В) нашар нәтиже көрсетті. Әдісті таңдау науқастың ерекшеліктеріне және хирургиялық топтың мүмкіндіктеріне негізделуі тиіс.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ БАРИАТРИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Дильдабеков Ж.Б.^{1,3}, Оспанов О.Б.²,
Абдурахманов Б.А.^{1,3}, Мауленов Н.Б.¹,
Нурашев А.Т.¹, Султанов А.У.^{1,3}

¹ГКП на ПХВ Областная клиническая больница
УОЗ ТО, г.Шымкент

²НАОМедицинский университет Астана, г.Астана

³АО Южно-Казахстанская Медицинская Академия,
г.Шымкент, Казахстан

Цель исследования. Сравнительная оценка результатов лечения больных морбидным ожирением с применением методов продольной резекции желудка (SleeveGastrectomy, SG) и мини-гастрошунтирование (Mini-GastricBypass, MGB).

Материалы и методы. Нами проанализированы результаты лечения 19 пациентов с морбидным ожирением, которым были выполнены бариатрические вмешательства. Пациенты были разделены на две группы: группа SG (n=9) – пациенты, перенесшие лапароскопическую продольную резекцию желудка, и группа MGB (n=10) – пациенты после лапароскопического мини-гастрошунтирования. Средний возраст пациентов составил 34 года (от 27 до 49 лет), исходный ИМТ – 41,2 кг/м². Дооперационно все пациенты прошли комплексное клинико-инструментальное обследование, включающее ЭГДС, УЗИ ОБП, биохимический и общий анализ крови, определение уровня глюкозы натощак и АД. Из исследования исключались пациенты с установленным сахарным диабетом, уровнем гликемии выше 10 ммоль/л, выраженной патологией сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Оценивались следующие параметры: динамика ИМТ, процент потери избыточного веса (EWL%), изменение гликемии натощак, показатели артериального давле-

ния, а также наличие ранних и поздних послеоперационных осложнений. Наблюдение проводилось в течение 9 месяцев после операции, контрольные точки – 3, 6 и 9 месяцев. Статистическая обработка осуществлялась с использованием MicrosoftExcel и программного обеспечения SPSS 25. Для анализа количественных показателей использовали t-критерий Стьюдента, для качественных – χ^2 -тест. Уровень статистической значимости принят за $p < 0,05$.

Результаты. Обе группы показали положительную динамику снижения массы тела. В группе MGB отмечены более высокие значения EWL через 9 месяцев по сравнению с группой SG. У пациентов после MGB чаще фиксировалась ремиссия гипергликемии и стабилизация артериального давления. В группе SG у одного пациента наблюдались симптомы гастроэзофагеального рефлюкса в виде изжоги; симптом был купирован после назначения антисекреторной терапии. Этот случай подтверждает литературные данные о возможном риске ГЭРБ после продольной резекции желудка. Осложнения в обеих группах были незначительными и носили обратимый характер.

Метаболические показатели улучшились в обеих группах, однако:

- У 80% пациентов в группе MGB достигнута ремиссия гипергликемии (нормализация глюкозы и снижение HbA1c < 6,0%) без применения медикаментов;
- В группе SG ремиссия зафиксирована у 44% пациентов ($p < 0,05$);
- Уровень артериального давления нормализовался у 6 из 10 пациентов в группе MGB и у 3 из 9 в группе SG.

Заключение. Оба метода – SG и MGB – являются эффективными в лечении морбидного ожирения. Мини-гастрошунтирование продемонстрировало лучшие результаты по снижению избыточной массы тела и коррекции метаболических нарушений в течение первого года наблюдения. Выбор методики должен основываться на индивидуальных особенностях пациента, наличии сопутствующих заболеваний и риске развития рефлюксной болезни.

ОЦЕНКА ОТВЕТА НА КОМБИНИРОВАННУЮ НЕОАДЬЮВАНТНУЮ ТЕРАПИЮ У ПАЦИЕНТОВ С РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ С ПОМОЩЬЮ МРТ ВЫСОКОГО РАЗРЕШЕНИЯ

Джакипов М.А.¹, Ахметов Е.А.², Ахметбаева А.К.³

¹Национальный научный онкологический центр, Казахстан, г.Астана

²Национальный научный центр хирургии им.А.Н.Сызганова, Казахстан, г.Алматы

³Казахстанско-Российский медицинский университет, Казахстан, г.Алматы

Цель: Оценить роль магнитно-резонансной томографии (МРТ) высокого разрешения/диффузи-

онно-взвешенной (ДВИ) МРТ в оценке ответа на комбинированную неоадьювантную терапию (КНТ) у пациентов с локально-распространенным раком прямой кишки.

Материал и методы: Результаты МРТ до и после КНТ были проанализированы по объему опухоли, стадиям на основе данных МРТ и оценке значений ДВИ. Пациенты, которые перенесли КНТ из-за локально распространенного рака прямой кишки, были классифицированы как пациенты с полным ответом (ПО) и неполным ответом (нПО) с послеоперационным патологическим стадированием в качестве «золотого стандарта», уменьшением объема опухоли и снижением стадии до начала лечения. Также была оценена дополнительная значимость диагностической точности ДВИ по сравнению со стандартным протоколом МРТ высокого разрешения.

Результаты: Обследовано 62 пациентов (ПО, n=9; нПО, n=53). Значения ДВИ до КНТ были значительно выше в группе ПО по сравнению с нПО (среднее значение 257 и 110, соответственно $P > 0,05$), тогда как корреляции между объемом опухоли до КНТ и патологическим ответом не наблюдалось. Значения ДВИ коррелировали с локальным снижением стадии после лечения ($P > 0,05$) и уменьшением объема опухоли. Диагностическая точность стандартного протокола МРТ высокого разрешения без ДВИ при оценке ответа составила 76,5%, с ДВИ – 81,2%. Статистической разницы между ними не обнаружено ($P < 0,05$).

Заключение: ДВ-МРТ, используемая в качестве дополнительного инструмента к стандартной МРТ высокого разрешения, имеет более высокую диагностическую точность при оценке ответа на комбинированную неоадьювантную терапию у пациентов с раком прямой кишки. Высокие значения ДВИ на МРТ перед лечением коррелировали с лучшим исходом у пациентов с точки зрения патологического ответа и местного снижения стадии после КНТ. Этот метод можно упомянуть как потенциальный инструмент прогнозирования ответа на терапию.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНЫХ АЛЛОГРАФТОВ В ФОРМИРОВАНИИ СОСУДИСТОГО ДОСТУПА ДЛЯ ГЕМОДИАЛИЗА

Федотова Д.Д.^{1,2}, Кузьмин Д.О.^{1,2}, Кутенков А.А.^{1,2},
Логинов И.В.^{1,2}, Фитро Д.В.^{1,2},
Ананьев А.Н.^{1,2}, Мануковский В.А.²,
Багненко С.Ф.¹

¹Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации. г.Санкт-Петербург, РФ

²Государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе». г.Санкт-Петербург, РФ

Цель работы. Оценить результаты использования аллографтов в хирургии сосудистого доступа у больных с терминальной почечной недостаточностью, получающих заместительную почечную терапию программным гемодиализом.

Введение. Пациенты, получающие постоянную заместительную почечную терапию методом программного гемодиализа, нуждаются в адекватно функционирующем постоянном сосудистом доступе (ПСД). При формировании артериовенозной fistулы (АВФ), как правило, в качестве альтернативы нативной вене предпочтение отдаётся синтетическому сосудистому протезу (ССП). Такой материал в свою очередь имеет ряд недостатков, таких как неэффективность лечения при текущем инфекционном процессе в области АВФ, необходимость постоянного приёма дезагрегантной или антикагулантной терапии, финансовое обременение клиники или пациента для его приобретения. Отдельного внимания заслуживает технология использования в интервенционной нефрологии артериальных аллографтов, полученных от посмертных доноров.

Материалы и методы. Донорами участков сосудистого русла являются пациенты с установленным диагнозом «смерть мозга» и биологическая смерть. После эксплантации с целью деконтаминации аллографты в течение 24 часов хранятся в среде RPMI1640 с добавлением антибиотиков (цефалоспорин, гликопептид, метронидазол) и противогрибкового препарата (флуконазол) при температуре +4 °C. Аллографты хранятся в стерильной среде RPMI1640 при t+4°C до 60 суток, маркируются и регистрируются с описанием анатомической локализации и даты начала консервации. Реципиенты – пациенты с терминальной стадией хронической болезни почек. Установлены следующие показания для использования аллографтов: дистализация АВФ в реконструктивных операциях при стенозе и/или тромбозе, инфекционный процесс в области АВФ, отсутствие у пациента пригодной для формирования ПСД нативной вены.

Результаты. В клинике в круглосуточном режиме функционирует биобанк сосудистых аллографтов. С использованием артериальных аллографтов за 1 год выполнено 25 оперативных вмешательств на ПСД, среди которых: купирование инфекционного процесса в условиях функционирующего контаминированного ССП АВФ с протезированием участка и сохранением доступа [3], реконструкция стенозированных и тромбированных АВФ [17], формирование первичной АВФ [5]. Первичная проходимость и состоятельность АВФ с использова-

нием аллографта составила 90%, годичная выживаемость сосудистого доступа с использованием аллографта – 79%. Подана заявка на патент соответствующего изобретения.

Заключение. Таким образом, эксплантация сосудистых аллографтов у посмертных доноров и их применение в хирургии ПСД для гемодиализа является актуальной и востребованной технологией. Настоящий способ позволяет сформировать или восстановить ПСД для гемодиализа в условиях текущего инфекционного процесса как в области нативной вены, так и в случае контаминации сосудистого протеза, тем самым снизить риск жизниугрожающего аррозивного кровотечения. Результаты годичной выживаемости ПСД с использованием аллографтов свидетельствуют о том, что данный способ рационален и широко применим. На основании нашего опыта также можно утверждать, что рутинное использование данного ресурса является эффективным и необходимым для выполнения реконструктивных операций в интервенционной нефрологии.

ПРИМЕНЕНИЕ PRP-ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАН: КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ СТАНДАРТИЗАЦИИ

Помелова А.А., Куликов Д.В.

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Россия, г.Санкт-Петербург, РФ

Актуальность исследования обусловлена необходимостью повысить эффективность лечения огнестрельных ран, характеризующихся массивным повреждением тканей и нарушенным кровоснабжением с поражением микроциркуляторного русла. Плазма, обогащенная тромбоцитами (PRP-терапия), совмещающая регенерационный потенциал и антибактериальные свойства, представляет собой перспективное направление для оптимизации комплексного лечения ран.

Цель работы: оценить эффективность PRP-терапии в комплексном лечении огнестрельных ран, определить ключевые направления для стандартизации метода в клинической практике.

Материалы и методы исследования: Клиническая база - 60 пациентов с огнестрельными ранами различной локализации. Контрольная группа (30 человек) получала стандартную терапию (хирургическая обработка, перевязки с применением антисептиков различных групп, антибактериальная терапия). Основная группа (30 человек) — стандартное лечение + PRP.

Методы оценки:

1. pH-метрия раневого отделяемого — мони-

торинг фазы воспаления, бактериальной обсеменности ($\text{pH} < 7,0$) и фазы регенерации, очищения раны ($\text{pH} > 7,5$).

2. Цифровая фотохромометрия — анализ площади раны, некрозов, грануляций.

3. Лазерная допплеровская флуорометрия — оценка микроциркуляции.

Результаты: 1. Динамика заживления — сокращение площади раны на 71,4% (PRP) против 22,7% (контроль) за 21 день ($p < 0,01$). Уменьшение некрозов — 96,1% (PRP) против 38,9% (контроль) ($p < 0,001$). Рост грануляций +30,9% (PRP) против +12,6% (контроль) ($p < 0,05$).

2. pH -метрия. У 71,6% пациентов рост pH на +1,1 до 7,5-8,0, что свидетельствует о переходе к фазе регенерации. У 24,8% пациентов нормализация pH до 7,5-8,0, что коррелирует с активацией ангиогенеза и усилением синтеза коллагена I типа, что подтверждает роль тромбоцитарных факторов роста в модуляции тканевого метаболизма.

3. Микроциркуляция. Улучшение перфузии на 40-60% у 85% пациентов уже после 2-го сеанса PRP

4. Сроки заживления. 18 дней (PRP) против 32 дня (контроль).

Заключение: Проведенный анализ подтверждает, что PRP-терапия обладает значимым клинико-биологическим потенциалом в контексте репарации поврежденных тканей. Ее эффективность обусловлена следующими механизмами:

1. Активация регенераторных процессов за счет стимуляции пролиферации фибробластов и секреции ключевых факторов роста (PDGF, VEGF, TGF- β), индуцирующих формирование грануляционной ткани и неангиогенез.

2. Снижение риска бактериальной контаминации путем нормализации кислотно-щелочного баланса раневой среды (оптимизация pH до 7,3-7,5), что создает неблагоприятные условия для патогенной микрофлоры, а также за счет высвобождения антибактериальных пептидов.

3. Улучшение перфузии ишемизированных зон через активацию микроциркуляторного русла, что коррелирует с усилением оксигенации тканей и устранением гипоксического повреждения — критического фактора в патогенезе огнестрельных ран.

Данные патогенетические эффекты позиционируют PRP-терапию как перспективный компонент комплексного лечения, направленный на коррекцию как локальных, так и системных нарушений. Нерешенными остаются проблемы:

- Создание единых клинических протоколов для стандартизации применения PRP-терапии, включая критерии концентрации тромбоцитов, объема препарата и методов его активации.

- Оптимизация режима применения PRP.

Требуется проведение клинических исследований для определения:

1. Оптимальной фазы раневого процесса, в которой PRP демонстрирует наибольшую эффективность.

2. Рациональной схемы применения — установление дозы препарата и кратности использования в зависимости от стадии заживления и клинической картины.

ДЕСЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА В БАРИАТРИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В ФЕДЕРАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ

Василевский Д.И., Баландов С.Г., Анисимова К.А.,
Хамид З.М., Берулава Е.Т., Куликов А.С.,
Волкова А.Р., Лискер А.В., Семикова Г.В.,
Зинченко А.В., Храпов К.А., Хряпа А.А.,
Блинов Е.В., Четверкина Е.Д.
ФГБОУ ВО “Первый Санкт-Петербургский
государственный медицинский
университет им. И.П. Павлова”,
г.Санкт-Петербург, РФ

Бариатрическая хирургия призвана достигнуть стойкого уменьшения веса пациента и благоприятных метаболических эффектов. Для достижения этих задач и уменьшения числа осложнений в процессе лечения требуется привлечение не только хирурга и анестезиолога, но и других специалистов.

Цель. Продемонстрировать эффективность мультидисциплинарного подхода в бариатрической хирургии.

Материалы и методы. В период с 2014 года по 2024 год в ПСПБГМУ им. И.П. Павлова проходили лечение 572 пациента, которым по поводу морбидного ожирения была выполнена лапароскопическая бариатрическая операция в объеме продольной резекции желудка или гастрошунтирования. Осуществлялось тщательное предоперационное обследование. Диагностировались нарушения углеводного обмена, определялся уровень витамина D и исключались вторичные причины ожирения, в первую очередь гипотиреоз и гиперкортицизм. Всем пациентам выполнялось УЗИ органов брюшной полости, УЗДГ сосудов шеи и нижних конечностей, проводились кардиореспираторный мониторинг, ЭКГ и эхокардиография. При необходимости выполнялось стресс-эхокардиография с физической нагрузкой и коронарография.

Результаты. Все пациенты по результатам обследования разделялись на группы с низким и высоким риском вмешательства. На основании этого определялась тактика их ведения. Пациентам низкого риска выполнялась бариатрическая операция. Пациентам с высоким риском осложнений проводилась предоперационная подготовка,

направленная на достижение компенсации сопутствующих заболеваний. Наиболее частым (63,2%) фактором, повышавшим вероятность осложнений бариатрической операции, был синдром обструктивного апноэ сна тяжелой степени, требующий коррекции сомнологом с использованием СРАР (Continuous Positive Airway Pressure) терапии. У 18,4 % пациентов для уменьшения рисков вмешательства в periоперационный период осуществлялась установка внутрижелудочного баллона на срок до полугода или эндоскопическая гастропликация с целью снижения веса. При необходимости, для снижения риска осложнений и предотвращения неблагоприятного исхода, перед метаболическим вмешательством выполнялось стентирование коронарных артерий. Перед необходимым эндопротезированием крупных суставов нижних конечностей двенадцати пациентам для снижения веса выполнена продольная резекция желудка. Были подготовлены нефрологамии успешно прооперированы девять пациентов с хронической болезнью почек 5 стадии, находящихся на гемодиализе, после снижения веса которым впоследствии выполнена трансплантация почки. Участие в работе гинеколога позволило шести женщинам восстановить и реализовать свою репродуктивную функцию после продольной резекции желудка. Пяти пациентам с патологией клапанного аппарата сердца выполнена бариатрическая операция, результаты которой позволили выполнить кардиохирургическое вмешательство. Результатом реализации мультидисциплинарного подхода стало уменьшение частоты осложнений в раннем послеоперационном периоде с 12,2 % до 2,0 % и снижение случаев рецидива ожирения с 34,0 % до 14,0 %. Частота летальных исходов уменьшилась с 2,0 % до 0 %. Снизилась частота развития анемии и дефицита витаминов и микроэлементов с 28,0 % до 10,5 %.

Заключение. Мультидисциплинарный подход в бариатрической хирургии в федеральном центре позволяет определить эффективную и безопасную стратегию хирургического лечения морбидного ожирения, расширить возможности применения метаболической хирургии для пожилых и коморбидных пациентов, снизить риски периоперационных осложнений и добиться стойких результатов снижения массы тела.

ИННОВАЦИИ В ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ: ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ДОНОРСКАЯ НЕФРЭКТОМИЯ В РСНПМЦ ХИРУРГИИ ИМЕНИ АКАДЕМИКА В.ВАХИДОВА

Бахритдинов Ф.Ш, Ахмедов А.Р., Уринов Ж.Б.
ГУ «РСНПМЦ Хирургии имени академика
В.Вахидова», г.Ташкент, Узбекистан

Лапароскопическая донорская нефрэктомия (ЛДН) получила развитие и стала общепринятым хирургическим стандартом лечения при трансплантации почки.

Цель исследования: Оценить собственные результаты использования для трансплантации почки.

Материалы и методы: В этом исследовании ретроспективно рассматриваются 57 пациентов, перенесших лапароскопические нефрэктомии у живого донора: лапароскопическая нефрэктомия с Hand-assisted.

Результаты: в исследование был включен 57 донор, которым была успешно выполнена левосторонняя лапароскопическая нефрэктомия с Hand-assisted, в том числе 27 мужчин и 30 женщин, средний возраст которых составил $40,2 \pm 1,5$ года (от 20 до 59 лет). Интраоперационный переход к открытой донорской нефрэктомии не проводился. Среднее время операции составило $120,68 \pm 29,8$ мин. Среднее время тепловой ишемии составило $49,26 \pm 3,86$ с. Предполагаемая кровопотеря составила 54,32 мл (диапазон 50-150 мл). Средняя продолжительность пребывания в больнице составила 5,5 дней (от 4 до 9 дней). Интраоперационных осложнений, таких как кровотечение или лимфатический свищ, а также повреждения почечного трансплантата, не было. Тромбоза почечной вены, стриктуры уретры или других осложнений не было.

Заключение: Период восстановления после лапароскопической донорской нефрэктомии обычно составляет намного меньше, чем после традиционной операции. Благодаря минимально инвазивной технологии, большинство доноров могут вернуться к обычной жизни в течение нескольких недель. Соблюдение рекомендаций по реабилитации, правильное питание и избегание тяжелых физических нагрузок способствуют успешному и быстрому восстановлению.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ МАNUАЛЬНО- АССИСТИРОВАННАЯ САНИРУЮЩАЯ БИЛАТЕРАЛЬНАЯ НЕФРЭКТОМИЯ. НАШ ОПЫТ

**Баймаханов Б.Б., Мададов И.К., Ргебаев Б.Г.,
Сәдуақас Н.Т.**
ННЦХ им. А.Н. Сызганова. Алматы, Казахстан

Поликистоз почек – наследственное заболевание, которое часто встречается у членов одной семьи. При нем в органе образуются кисты различного размера, которые заполняют всю почечную паренхиму, в результате чего её функция постепенно угасает. Пересадка почки, обеспечивает высокое качество жизни пациентам с терминальной стадией хронической почечной недостаточности. В статье представлен наш опыт оперативного лечения

пациентки с аутосомно-доминантной поликистозной болезнью почек, которой предварительно была проведена билатеральная нефрэктомия, с целью подготовки к дальнейшей трансплантации почки. При ревизии обращали на себя внимание большие размеры почек, занимающие всю правую и левую половины брюшной полости. Одновременное удаление обеих почек при поликистозе – тяжелое оперативное вмешательство. Выполнение такого вида операций возможно только при слаженной командной работе. Требуется не только высокий уровень мастерства хирургов урологов, но и наличие высокоразвитых анестезиологической и гемодиализной служб.

Цель. Презентация клинического случая, проведения трансплантации почки пациенту с ТХПН, развившейся в следствии аутосомно-доминантной поликистозной болезни почек.

Материалы и методы. На базе нашего центра было проведено оперативное вмешательство пациентке К. 1975 г.р. с Д/з: Терминальная стадия хронической почечной недостаточности. Хроническая болезнь почек 5Д стадия в исходе аутосомно-доминантного поликистоза почек (кисты печени и почек), семейный анамнез. Пациентка получала гемодиализ с мая 2023 года. Учитывая огромные размеры почек, признаки инфицирование почек, принято решение первым этапом провести билатеральную санирующую нефрэктомию.

Результаты. 06.09.2023г. была проведена Лапароскопическая мануально-ассистированная санирующая билатеральная нефрэктомия. Положение пациентки на правом боку. В надпупочной области по средней линии выполнена лапаротомия на протяжении 7 см. Установлен гель-порт. В около пупочной области слева установлен троакар 10 мм. В области крыла правой подвздошной кости введен рабочий троакар 12 мм. Произведена нефрэктомия слева. Почка удалена через разрез для гель-порта. Пациентка переведена в положение на левом боку. В около пупочной области справа установлен троакар 10 мм. В области крыла правой подвздошной кости введен рабочий троакар 12 мм. Произведена нефрэктомия справа. 22.11.2023г. Трансплантация почки от живого родственного донора. Длительность операции составила 4 часа 20 мин. Кровопотеря 250 мл. Пациентка выписана на 12 сутки после операции.

Заключение: На данный момент наиболее щадящим методом оперативного лечения поликистозной болезни почек является лапароскопическая мануально-ассистированная санирующая билатеральная нефрэктомия, что позволяет сократить пребывание пациента в стационаре и сократить расходы препаратов, а так же сокращает время реабилитации и дает достичь максимальный косметический эффект.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ВЫЯВЛЕНИЯ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСА И ПОЛИОМАВИРУСА У РЕЦИПИЕНТОВ ПОЧКИ С ДИСФУНКЦИЕЙ ТРАНСПЛАНТАТА

Баймаханов Б.Б., Енин Е.А., Мададов И.К., Дабылтаева К.С., Белгибаев Е.Б., Набиев Е.С., Ргебаев Б.Г., Сәдуақас Н.Т., Болысбаева Ф.П.

Национальный научный центр хирургии имени А.Н. Сызганова, Алматы, Казахстан

Цель. Провести анализ морфологических методов выявления цитомегаловируса и полиомавируса у реципиентов почки с дисфункцией трансплантата.

Материалы и методы. Мы проанализировали результаты биопсии 70 реципиентов почки с дисфункцией трансплантата. Для обзора исследования производилось окрашивание гематоксилином в окраивающей станции *Termo SCIENTIFIC Geminias*. Для люминесценции использовали реагенты фирмы *TermoFischer*. Готовые препараты просматривали на микроскопах: *ZEISSAXIO ImagerZ 2* (Германия) с камерой *Axiocam 506 color* и компьютерным обеспечением *ZEISSZEN Imaging Software*. Люминесценция проводилась на *Leica DM 4000 B* с темнопольной камерой *LeicaDFC 310 – FX* с программным обеспечением: *Leica DM 4000B* с цифровой камерой *Leica DFC 320*.

Результаты. Мы проанализировали вероятные причины дисфункции трансплантата почки. Основной причиной явилось хроническое отторжение трансплантата. Согласно полученным результатам пациенты были подразделены на 4 группы: 1) Пациенты с острым кризом отторжения трансплантата; 2) Пациенты с хроническим отторжением трансплантата; 3) Пациенты с хроническим отторжением в сочетании с острым отторжением трансплантата; 4) Пациенты с причинами дисфункции трансплантата (*Denovo* гломерулонефрит, острый канальцевый некроз и тубуло-интерстициальный нефрит).

Все биоптаты окрашивались маркерами PVN и CMV и просматривались на люминесцентном микроскопе. В 5 случаях была выявлена PVN инфекция – при световой микроскопии определялись внутриядерные включения вирусных телец, повреждение и лизис эпителиальной выстилки канальцев. ЦМВ инфекция была обнаружена у 7 пациентов с трансплантированной почкой, при светооптическом исследовании в ткани почечного столбика взятого методом пункционной биопсии изменения клеток носили очаговый характер, инфицированные эпителиальные ЦМВ-клетки проксимальных канальцев почки и эндотелиальные клетки сосудов были увеличены в размерах, с ядрами содержащими центральные размытые мелкие включения. В нашем случае у 3-х человек было выявлено PVN 1-го класса: представленное минимальной репликаци-

ей вируса менее 1% площади биоптата, интерстициальный фиброзом менее 25%, и у 2 человек PVN 2-го класса: представленное умеренной репликацией вируса 4% площади биоптата, и фиброзом 25% [Согласно многоцентровому международному исследованию рабочей группы Banff]. При флуоресцентном иммуногистохимическом окрашивании в ядрах канальцевого эпителия отмечалось умеренное гранулярное свечение.

Заключение. Внутриядерные включения в эпителиальных клетках канальцев являются патогномоничным признаком продуктивной PVN вирусной инфекции. При PVN наблюдалась разная степень интерстициального воспаления и склероза коркового слоя почки, что является хорошим достоверным маркёром дифференциальной диагностики от CMV-инфекции и острых кризов отторжения. Флуоресцентное иммуногистохимическое окрашивание позволяет выявить CMV-антителы на ранних стадиях заболевания, когда цитопатологические изменения еще не развились. Так же позволяют внести определенную ясность при дифференциальной диагностике с кризами отторжения. Своевременная ранняя морфологическая диагностика инфекционных осложнений после трансплантации почек в связи с негативным влиянием PVN и CMV инфекции снижает риск угрозы дисфункции трансплантата и возможность смерти реципиентов с функционирующим трансплантатом, а также необходимостью повторных госпитализаций.

ОСОБЕННОСТИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ

**Баймаханов Б.Б., Енин Е.А., Мададов И.К.,
Дабылтаева К.С., Белгибаев Е.Б., Набиев Е.С.,
Ргебаев Б.Г., Сәдуақас Н.Т., Болысбаева Ф.П.**
Национальный научный центр хирургии имени А.Н.
Сызганова, Алматы, Казахстан

Состояние иммунной системы играет важнейшую роль после пересадки органов. Одним из высокочувствительных и специфичных методов количественной оценки состояния иммунной системы является проточнаяцитометрия, позволяющая измерять разные субпопуляции иммунных клеток, отвечающих за клеточный и гуморальный иммунитет.

Целью представленного пилотного исследования является выявление особенностей иммунологического статуса у реципиентов почки в сравнении с донорами до оперативного вмешательства.

Материалы и методы. В исследование было включено 160 пациентов: из них контрольная группа (доноры почки) - 80 пациентов (медиана возраста 32 (28;42) лет; жен - 44, муж - 36), исследуемая группа (реципиенты почки) - 80 (медиана возраста

30,5 (28;38) лет; жен - 46, муж - 34). Проточнаяцитометрия проводилась в ННЦХ им. А.Н. Сызганова на аппарате BD FACSCalibur производства фирмы BD Biosciences (США). Дополнительно проводилось исследование иммуноглобулинов классов А, М, и G иммуноферментным анализом. Все тесты проводились до оперативного вмешательства и послеоперационном периодах в сроке 3 месяца и 1 год.

Результаты. Характеристика реципиентов: медиана креатинина до операции 823 (670;907) мкмоль/л, медиана креатинина после операции 97 (80;105) мкмоль/л, медиана гемоглобина до операции 105 (82;120) г/л. Характеристика доноров: медиана креатинина до операции 80 (74;88) мкмоль/л, медиана креатинина после операции 91 (88;95) мкмоль/л, медиана гемоглобина до операции 148 (142;155) г/л. Проведено иммунологическое исследование уровня иммуноглобулинов и субпопуляцийлимфоцитов в обеих группах согласно протоколу исследования. Результаты статистического сравнения показали однородность основной и контрольной групп по возрасту и полу. Изменения в иммунном статусе реципиентов носят функциональный характер, то есть значимых количественных изменений по полученным результатам не было выявлено и существенного прогностического значения не имеет.

Заключение. Таким образом, иммунологические изменения реципиентов почки носят только функциональный характер, значительных количественных изменений иммунных клеток не наблюдается. Применение иммунологического исследования в рутинной практике ведения пациентов после ТП нецелесообразно в связи с его низкой прогностической информативностью и специфичностью. Возможно применение иммунологического анализа у пациентов с дисфункцией трансплантата, но в данном случае она будет менее информативна, чем морфологическое исследование.

BENIGN AND MALIGNANT NEOPLASMS OF THE KIDNEY

**Baimakhanov B.B., Madadov I.K., Belgibaev E.B.,
Dabyltaeva K.S, Nabiev E.S., Saduakas N.T.**
A.N.Syzganov's National Scientific Center of Surgery,
Almaty, Kazakhstan

Objectives: to analyze our experience of treatment of benign and malignant renal neoplasms. **Relevance:** Currently, the incidence of renal cell carcinoma is increasing. This is because, as a rule, there is no clinical picture in the initial stages. In most cases, only with the growth of the tumor process, active symptoms can be observed: pain, hematuria, increased blood pressure, palpable formation in the

projection of the kidney, cachexia, weight loss, fever, neuromyopathy, amyloidosis, increased ESR, anemia, these symptoms are detected only in 6-10% of cases. The detection of the formation, as a rule, occurs accidentally during a screening examination or when passing tests in connection with another disease. Detection occurs through the use of visual diagnostic techniques, which plays a central role in its identification, formulation, evaluation of treatment, and follow-up. The purpose of this retrospective study is to use the most appropriate therapy in the radical treatment of kidney cancer. The validity of performing organ-preserving surgery in the early stages and the likelihood of relapse.

Methods. To collect the initial information about the patients, the hospitalization database «Medical Information System (MIS) and archival documents of the medical institution» of JSC «NSC named after A. N. Syzganov» were used. The list of patients was compiled and the analysis of clinical, laboratory, and instrumental data was carried out, and the selection of 38 studied patients (25 men and 13 women) was carried out.

Results: A total of 38 kidney surgeries performed in JSC «National Scientific Center» from 2018 to 2020 were retrospectively analyzed. Patients aged from 31-73 years. Stages of the cancer process prevalence: pT1a pNx G1 R0 StI -7 people, pT1a pN0 G1 R0 StI-1 person, pT1b pNx R0 G2 StI.- 3 , pT1b pNx R0 G2 StI. -7, pT2a pN0 R0 G3 St II-1, pT2b pN0 R0 G2 StII-1, pT3a pN0 R0 G2 still-6, pT3b pNx R0 G4 StII-3, T3b n1 m1 St III-1, the remaining 8 patients with benign neoplasms. A pathologic and histological study of the biomaterial was performed. Clear cell renal cell carcinoma was detected in 26 patients, Hypernephroma-1 patient, chromophobic renal cell carcinoma-1 patient, urothelial cancer of the pelvis-2 patients, cysts of various sizes and locations-8 patients. Complete nephrectomy (endovideosurgical, retroperitoneal) was performed in 28 patients with pT1a pNx G2 R0 StI-pT3apN0 R0 G2 St III and in 2 patients with pT3b pNx R0 G4 StII, laparotomy was performed, ureterotomy was performed in 2 patients, and kidney resection was performed in 6 patients.

Conclusion: the most common form of renal cell carcinoma is its light-cell variant, which is considered the least favorable. Currently, a complete nephrectomy is the most reasonable option for medical care for stage I-IV renal cell carcinoma. Kidney resection is performed with a small size of the tumor process, the initial stages of renal cell carcinoma, in cases where it is necessary to maintain functioning renal parenchyma, also with a tumor of both kidneys or a single kidney, chronic renal failure or a high risk of developing insufficiency of the opposite kidney.

INFLUENCE OF WARM AND COLD ISCHEMIC TIME ON THE OUTCOME OF TRANSPLANTATION

Baimakhanov B.B., Madadov I.K., Belgibaev E.B., Dabyltaeva K.S, Nabiev E.S., Saduakas N.T., Rgebayev B.G.

A.N.Syzganov's National Scientific Center of Surgery, Almaty, Kazakhstan

Objectives: to reveal the influence of warm and cold ischemic time on the outcome of transplantation. Relevance: After kidney transplantation, some factors affect the long-term functioning of the transplant in the kidney recipient. Some of the important factors are the time of vascular anastomosis, heat and cold ischemia of the graft. Thermal ischemia of the kidney is a forced technical action of laparoscopic resection of the renal tissue, which allows limiting blood loss, optimizes visual control during excision of the affected fragment and suturing of the renal parenchyma. The purpose of this retrospective study is to identify the effect of warm ischemic time on the outcome of transplantation in the long-term variant.

Methods. To collect the initial information about the patients, the hospitalization database "Medical Information System (MIS) and archival documents of the medical institution" of JSC "NSC named after A. N. Syzganov" were used. The list of patients was compiled and the analysis of clinical, laboratory and instrumental data was carried out, and the selection of 583 studied patients (385 men and 198 women) who received standard immunosuppression, the time of cold ischemia of the kidney transplant was on average 81.73 minutes, the time of vascular anastomosis was within 25-30 minutes; the time of cold ischemia, the time of thermal ischemia, the frequency of complications and data on the survival of recipients after transplantation were analyzed.

Results: A total of 583 kidney transplants performed at JSC "National Scientific Center" were retrospectively analyzed from 1995 to 2021, 583 transplants were performed, 460 transplants from a living related donor (distantly related donor, close related donor), and the remaining 123 from a kidney cadaver. 146 patients had a graft rejection, while 265 recipients had graft dysfunction. Of the 583 transplants, 546 recipients had a favorable and relatively favorable outcome, while the remaining 37 recipients had a fatal outcome. The causes of death in patients are as follows: the chronic and acute graft rejection, sepsis, viral (pneumocystis) pneumonia, pneumonia (respiratory failure). The main initial diseases that caused end-stage renal failure in the recipients were: tubulointerstitial nephritis, chronic glomerulonephritis with nephrotic syndrome, hypertensive nephropathy, lupus nephritis, hemorrhagic vasculitis, urolithiasis with kidney hypoplasia, ureterohydronephrosis of the

single kidney, diabetic nephropathy, and disease of unclear etiology.

Conclusion: A shorter time of cold ischemia during kidney transplantation from a deceased donor reduces the frequency of delayed graft function. The kidney graft is more susceptible to thermal ischemia than to cold ischemia of the kidney graft. The reason for rejection of the transplant in recipients from related donors was third-party diseases and previous transplants.

БЕЗОПАСНОСТЬ И ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ АРТЕРИЯМИ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ МАNUАЛЬНО-АССИСТИРОВАННОЙ НЕФРЕКТОМИИ У ЖИВЫХ ДОНОРОВ ПОЧЕК

Ахмедов А.Р.

ГУ «РСНПМЦ Хирургии имени академика В.Вахидова», г.Ташкент, Узбекистан

Цель: При трансплантации почек лапароскопическая мануально-ассистированная нефрэктомия у живого донора при наличии нескольких почечных артерий технически сложна и традиционно ассоциируется с более высокими показателями осложнений. Мы сообщаем о нашем опыте использования трансплантатов с несколькими почечными артериями, полученных с помощью лапароскопической мануально-ассистированной нефрэктомии у живого донора.

Материалы и методы: Данные всех живых доноров почек, перенесших лапароскопические мануально-ассистированные нефрэктомии с 2023 по 2024 год, были ретроспективно рассмотрены. Пациенты были разделены на две группы: с одним и множественными почечными артериями, и был проведен сравнительный анализ. Основные результаты включают время в операционной, дни пребывания в больнице, предполагаемую кровопотерю, осложнения, конверсию и повторные операции.

Результаты: Из 58 пациентов у 11 было несколько почечных артерий, а у 47 — одна почечная артерия. В группе с одной почечной артерией было три сосудистых осложнений, а в группе с несколькими почечными артериями — одна (6,4% против 9,1%). В группе с одной почечной артерией было один мочеточниковой осложнений, не потребовавших вмешательства. Интраоперационных осложнений, таких как кровотечение или лимфатический синдром, а также повреждения почечного трансплантата, не было. Тромбоза почечной вены, структуры уретры или других осложнений не было.

Заключение: Использование множественных

почечных артерий трансплантата, полученных путем лапароскопической мануально-ассистированной нефрэктомии у живого донора, имеет сопоставимую частоту осложнений с трансплантатами единичных почечных артерий и не должно препятствовать выбору для трансплантации почки.

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ У БЕРЕМЕННЫХ И РОЖЕНИЦ

**Багненко С.Ф., Королькова А.Ю.,
Беженарь В.Ф., Попов Д.Н., Логвин Л.А.,
Паскошева Д.Д.**

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, Санкт-Петербург

Введение. Острый аппендицит (ОА) является наиболее распространенной хирургической патологией во время беременности. Постановка правильного и своевременного диагноза представляет собой сложную задачу даже для опытных специалистов, несмотря на использование современных методов диагностики, ввиду неспецифичности классических симптомов ОА, которые могут сопровождать нормальное течение беременности. Поздняя диагностика значительно увеличивает риск возникновения осложненных форм ОА, что может привести к прерыванию беременности и гибели плода. В тоже время гипердиагностика влечет за собой высокую частоту негативных аппендиэктомий, что сопряжено с вероятностью интра- и послеоперационных осложнений. Выбор способа оперативного лечения является предметом дискуссий на разном сроке гестации.

Цель. Улучшить результаты лечения беременных женщин с подозрением на острый аппендицит.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни беременных, госпитализированных в экстренном порядке в ПСПБГМУ им. Акад. И. П. Павлова в период с 2010 по 2020 гг., с подозрением на ОА. В исследование включено 162 оперированных беременных с диагнозом «острый аппендицит». Все пациентки были разделены на две группы: 1) период 2010-2014; 2) период 2015-2020. Такое разделение связано с реструктуризацией университета в 2015 и формированием НИИ хирургии и открытием в его составе СТОСМП. До 2015 года все беременные с болевым абдоминальным синдромом поступали в акушерский приемный покой, находящийся в отдельном корпусе, где были ограничены диагностические возможности,

отсутствовали специалисты других специальностей. Обе группы сравняны по таким параметрам, как среднее время от момента поступления до постановки диагноза, соотношение лапароскопических и открытых оперативных вмешательств, количество «отрицательных» аппендэктомий, средний койко-день, количество экстренных срочных и преждевременных родов.

Результаты. В результате сравнения отмечено появление в структуре оперативных вмешательств лапароскопических аппендэктомий с 2015 года, однако увеличились сроки постановки диагноза (3,7; 7,5 ч, $p>0,05$), что, вероятней всего, связано с более тщательной диагностикой. Уменьшилось количество экстренных срочных и преждевременных родов (27,3%; 9,4%, $p<0,01$). Уменьшилось количество «отрицательных» аппендэктомий, однако разница недостоверна и процент их по-прежнему оставался высоким (48,5%; 38,5%, $p=0,209$). Был проанализирован алгоритм обследования беременных с подозрением на острый аппендицит до 2020: он заключался в проведении динамического наблюдения и консервативной терапии, а вслучае сомнительного диагноза выполнялось оперативное вмешательство. Для улучшения качества диагностики ОА с 2021 года алгоритм был дополнен выполнением МРТ для 2-3 триместра и лабораторными исследованиями (КАК, СРБ и прокальцитонин) через 6 часов при сомнительном диагнозе. Для оценки модифицированного алгоритма проведено проспективное исследование в период с января 2021 по май 2023, пролечено 27 пациенток, на сроке беременности 2-3 триместра, которым в результате обследования по новому алгоритму был установлен диагноз ОА.

Внедрение данного алгоритма позволило в значительной степени уменьшить количество отрицательных аппендэктомий (7,4%, $p=0,011$). Помимо этого, отмечен рост доли лапароскопических операций по сравнению с ретроспективной группой (13,5; 70,4%, $p<0,0001$).

Заключение. Изолированное использование лабораторных и инструментальных методов диагностики, не позволяет с достаточной достоверностью установить или исключить диагноз ОА, что приводит к высокой вероятности «негативной» аппендэктомии. Внедрение в структуру многопрофильного стационара СтОСМП и лапароскопических технологий позволяет улучшить результаты лечения у беременных с ОА. Использование нового алгоритма диагностики ОА у беременных в ПСПбГМУ с 2021 года позволило значительно уменьшить частоту «отрицательных» аппендэктомий ($p=0,011$), а также сократить количество срочных и преждевременных родов ($p<0,001$).

ОСОБЕННОСТИ МАРШРУТИЗАЦИИ И ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ АЛГОРИТМОВ ПРИ ОСТРОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У БЕРЕМЕННЫХ И РОЖЕНИЦ

Багненко С.Ф., Королькова Ю., Беженарь В.Ф., Попов Д.Н., Логвин Л.А., Паскошева Д.Д.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, Санкт-Петербург

Актуальность. В последние десятилетия отмечается увеличение экстрагенитальных заболеваний, которые нередко проявляются во время беременности. Оперативное вмешательство при возникновении хирургической патологии в период гестации требуется в 0,8-4,8% случаев. При этом острая хирургическая патология оказывает негативное влияние на развивающийся плод и ухудшает перинатальные исходы.

Цель работы: проанализировать опыт ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова в лечении беременных и рожениц с неотложной абдоминальной патологией и сформулировать лечебно-диагностический алгоритм.

Материалы и методы. За период с 2019 по 2024 годы в ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова в экстренном порядке было госпитализировано 1565 беременных с подозрением на острую хирургическую патологию. Первоначально все беременные госпитализировались в приемный покой клиники акушерства и гинекологии, где им проводился осмотр акушером-гинекологом, КТГ и УЗИ плода. После исключения патологии течения беременности пациентки переводились в стационарное отделение скорой медицинской помощи (СтОСМП). В СтОСМП проводилось комплексное лабораторное и инструментальное дообследования для исключения или подтверждения острой хирургической патологии с использованием таких методов исследования как УЗИ, МРТ и МРХПГ, ФГДС, ЭндоУЗИ а также осмотр и наблюдение хирургом.

Результаты. Первоначально были оценены потоки маршрутизации беременных с подозрением на неотложную абдоминальную патологию. Большая доля пациенток (57,1%) были доставлены бригадой скорой медицинской помощи. Следующее по частоте – перевод из другого стационара или родильного дома (25,4%), при этом стоит отметить, что при подробном анализе данного способа маршрутизации отмечалось наибольшее среднее время от момента начала заболевания до поступления пациентки в стационар (26,2±9,4ч). В структуре предварительного диагноза, с которым пациентки переводили-

лисъв СтОСМП превалировали: острый аппендицит (33,3%), острый панкреатит (19,0%) и острый холецистит (14,3%). При подозрении на острый аппендицит пациентки оценивались по разработанному в НИИ хирургии и неотложной медицины алгоритму, в результате чего выбиралась тактика динамического наблюдения, дообследования в виде выполнения МРТ брюшной полости или оперативного вмешательства в экстренном порядке. Пациентки с желчекаменной болезнью (ЖКБ) также стратифицировались в отношении риска развития осложненного течения ЖКБ: низкий, средний или высокий. Пациентки с низким риском выписывались на амбулаторное лечение с рекомендацией выполнить ЛХЭ после родоразрешения. Пациентки со средним риском заносились в «чек-лист» и наблюдались нами амбулаторно во время всей беременности, при возникновении повторного приступа печеночной колики они госпитализировались для выполнения холецистэктомии. Пациентки с высоким риском развития осложнений госпитализировались на хирургическое отделение, где им в плановом порядке

ке выполнялась холецистэктомия. Всего было выполнено 317 оперативных вмешательств (35,1%). В структуре операций наибольшую долю заняли лапароскопическая аппендэктомия (28,1%), диагностическая лапароскопия 17,9% и лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) (17,1%). Частота послеоперационных осложнений составила 0,9%, летальных исходов не было.

Заключение. Беременные и роженицы с подозрением на экстренную хирургическую патологию должны госпитализироваться в многопрофильные стационары, имеющие в своей структуре клинику акушерства и гинекологии, а также стационарное отделение скорой медицинской помощи. Маршрутизация беременной с подозрением на хирургическую патологию путем первичного обращения в родильный дом увеличивает среднее время до поступления в хирургический стационар. Общая доля оперативных вмешательств у пациенток с экстрагенитальной патологией составляет 35,1%. При этом наибольшую долю в структуре операций занимает лапароскопическая аппендэктомия и ЛХЭ.