

МЕД
ЗНАНИЯ+



II МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКИЙ КОНГРЕСС СТРАН ПРИКАСПИЙСКОГО РЕГИОНА

ТЕЗИСЫ

19 - 20 июня 2025



ОГЛАВЛЕНИЕ

Құсманова Ө.Қ., Рахимжанов К.К. **«Опыт применения капсульной эндоскопии у детей»**

Жуманова Д.К., Рахимжанов К.К. **«Применение лазерной литотрипсии у детей в условиях стационара»**

Затыбеков А.О. **«К вопросу об оперативном вмешательстве у больных с варикоцеле по поводу бесплодия»**

Алишев Ж.С., Юнусов А.Х., Алмабаев Б.С. **«В данной работе представлен клинико-статистический анализ 571 случая механической желтухи, развившейся на фоне холедохолитиаза у пациентов, проходивших лечение в ГКБ №1 в период с 2019 по 2024 годы. Основную группу составили женщины старше 60 лет. Применение двухэтапного подхода (эндоскопическая декомпрессия с последующей лапароскопической холецистэктомией) позволило достичь высокой эффективности лечения при минимальном уровне осложнений. Внедрение альтернативных методик, включая чрескожную чрезпечёночную холецистостомию и эндоскопическое удаление конкрементов корзиной Дормиа, расширило лечебные возможности при тяжёлых формах билиарной гипертензии. Полученные данные подчёркивают необходимость кадрового укрепления эндоскопической службы и подтверждают высокую клиническую ценность комплексного подхода к лечению механической желтухи»**

Юнусов А.Х., Алишев Ж.С. **«В этом научном докладе Проведён ретроспективный анализ 118 пациентов, оперированных в 2024 году в ГКБ № 1 г. Шымкент. Открытая герниопластика по Лихтенштейну выполнена в 78 % случаев, экстренные операции составили 52,7 %. Средняя длительность госпитализации — 6 суток. По данным метаанализов, лапароскопическая методика ТЕР обеспечивает меньшую частоту рецидивов, осложнений и послеоперационной боли по сравнению с ТАРР и открытыми методами. Полученные данные подчёркивают необходимость активного внедрения лапароскопических технологий для повышения эффективности лечения паховых грыж»**

Султанязов Джалалиддин Давранбекович, Алмабаев Байдибек **«Заболеваемость диафрагмальной грыжей и методы хирургического лечения: опыт ГКБ №1 за 2024 год»**

Абдихалиев Н.Е. Жиенбаев Е.Р, Жиенбаев Е.Р. **«Наш опыт оперативных пособий при мочекаменной болезни у беременных с синдромом миастения гравис»**

Петров В.Г., Бакшеев Е.Г., Созонов А.И., Ивашина Е.Г. **«Лазериндуцированная териотерапия узлов щитовидной железы — совершенствование методики ее проведения»**

Роскидайло Е.В., Котлобовский В.И, Ли Д.В. **«Дифференцированная хирургическая тактика при желчно-каменной болезни, осложненной холедохолитиазом и механической желтухой с применением малоинвазивной технологии»**

Роскидайло Е.В., Котлобовский В.И, Ли Д.В. **«Опыт применения tarr и iprom в лапароскопической герниопластике пупочных грыж у взрослых: ретроспективный анализ»**

Ли Д.В., Дженапаев Б.К., Бисалиев Б.Н. **«Опыт применения percutaneous internal ring suturing (pirs) и трёхтроакарной герниопластики в лапароскопической коррекции паховых грыж у детей: ретроспективный анализ»**

Алмабаев Б.С., Алишев Ж.С. **«Резекция желудка: клинические показания, виды операций и послеоперационные исходы в ГKB №1»**

Токпанов С.И., Ибраев С.Е., Кенжебай Ө.Ж., Куспанов М.А., Байтанатов М., Саметова Н.С. **«Повторные операции после фундопликаций»**

Магомедов С.М. **«Резекция желудка: клинические показания, виды операций и послеоперационные исходы в ГKB №1»**

Кубайдуллаев А.Р. **«Лапароскопическая эхинококкэктомия у детей: клинический случай множественного эхинококкоза у 15-летнего мальчика»**

Байгереев Р.М., Құсманова Ө.Қ., Байгереев Р.М. **«Опыт применения капсульной эндоскопии у детей»**

Койшибаев А.С., Оразалин Б.Ж., Тамаев Я.М., Моор А.А. **«Контрольно — санационная лапароскопия распространенного перитонита, осложненного абдоминальным сепсисом»**

Жумажанов Е.А. **«Опыт лечения детей с деструктивным аппендицитом с гнойными осложнениями путём лапароскопических операций»**

Айтбаева Б.М., Шәкен А., Тлекқабұл Н., Торғай Қ. **«Комплексный подход к терапии стрессового недержания мочи у женщин: повышение качества жизни через биологическую обратную связь и электростимуляцию»**

Изнаиров С А, Рахимжанов К К, Жуманова Д К. **«Редкий клинический случай: «Врожденная диафрагмальная грыжа Морганьи у ребенка»»**

Гришина Е.А., Гришина Е.А., Шишин К.В. **«Эндоскопические органосохраняющие вмешательства по поводу крупных эпителиальных новообразований прямой кишки»**

Даххаев Г.А., Федоренко А. А, Павлов П. В. **«Опыт эндоскопических диссекций в подслизистом слое при гигантских (≥ 90 мм) новообразованиях толстой кишки»**

Опыт применения капсульной эндоскопии у детей

Құсманова Ө.Қ., Рахимжанов К.К.

КГП на ПХВ «Центр матери и ребенка», город Оскемен, Оскемен, Казахстан

Введение: Видеокапсульная эндоскопия (ВКЭ) - это единственный достоверный, высокотехнологический и не инвазивный метод диагностики всего тонкого кишечника, который труднодоступен для традиционной эндоскопии. Ранее тонкий кишечник был недоступным для эндоскопии в связи с недостаточной длиной эндоскопов при фиброэзофагогастродуоденоскопии и колоноскопии и техническими сложностями. С момента внедрения ВКЭ в практику во всем мире капсульная эндоскопия (КЭ) стала важным диагностическим инструментом, помогающим нам понять и документировать как нормальные, так и патологические изменения в тонком кишечнике, динамику лечения при таких заболеваниях как болезнь Крона, особенно у детей. Возможность визуализировать тонкую кишку, единственную часть желудочно-кишечного тракта, ранее выходящую за пределы видимости традиционной эндоскопии, была особенно привлекательной, поскольку капсульная эндоскопия обычно может выполняться без анестезии, облучения и дискомфорта, связанного с другими процедурами визуализации.

Цель: Выявить необходимость проведения капсульной эндоскопии у детей.

Материал и методы: Показания для проведения ВКЭ у детей и взрослых схожи: оценка потенциальных и известных воспалительных заболеваний кишечника наиболее распространена в педиатрической популяции, при этом КЭ также обеспечивает повышенную диагностическую достоверность по сравнению с рентгенографическими исследованиями.

В нашем «Центре Матери и ребенка» города Оскемен в отделении «Детской хирургии и урологии» применение капсульной эндоскопии началось со второй половины 2023 года. За этот период проведена ВКЭ 55 пациентам с использованием капсулы фирмы ОМОН (длиной 25,4 мм и шириной 11 мм). Пациенты свободно проглатывали капсулу, без дискомфорта и боли, а также без применения других каких-либо манипуляций.

Показаниями для проведения ВКЭ в нашем центре были: подозрение на воспалительные заболевания тонкого кишечника (болезнь Крона, различного рода энтериты и илеиты), хронические боли в животе, анемия неизвестного характера, подозрения на дивертикулы тонкой кишки. Возрастной диапазон применения капсульной эндоскопии составил от 5 до 18 лет. Пациенты, готовящиеся на капсульную эндоскопию, проходили 4-х дневную подготовку, которая состояла из бесклетчаточной диеты, не содержащей грубых растительных волокон, предусматривающая полное исключение из питания за трое суток до обследования жирных и мясных продуктов, копченых изделий, бобовых, жирных кисломолочных продуктов, круп, зерновых продуктов. За сутки до исследования назначалось слабительное по двухэтапной схеме. Во время исследования пациент проглатывал капсулу с водой и затем обычно вел нормальный образ жизни в течение 8-10 часов, пока капсула не эвакуировалась естественным образом с калом. Во время процедуры камера внутри капсулы снимала тысячи фотографий, которые анализировались врачом после процедуры.

Результаты и их обсуждение: По результатам проведения ВКЭ 55 детям выявлена следующая патология: Болезнь Крона (5 пациента), болезнь Бехчета (1 пациент), лимфофолликулярная гиперплазия подвздошной кишки (26 пациентов), афтозный тифлит (7 пациентов), пролабирование Баугиниевой заслонки (1 пациент), различной локализации полипы (6) и полип Баугиниевой заслонки (1 пациент), диффузный полипоз желудка и тонкого кишечника (2 пациент), гастроэзофагиальный рефлюкс (1), дуодено-гастральный рефлюкс (28), ангиодисплазии тонкого кишечника (6), различные виды гастродуоденитов, включая эрозивно-геморрагический (35 пациентов).

Среди пациентов, кому выставлен диагноз болезнь Крона путем ВКЭ, только у одного был ранее подтвержденный данный диагноз. Остальные 3-е пациента были направлены в республиканские центры для решения вопроса о получении биологической терапии.

Пациенты с лимфофолликулярной гиперплазией подвздошной кишки, дуодено-гастральным рефлюксом получили соответствующее лечение у гастроэнтеролога. Всем пациентам с единичными полипами проведена полипэктомия эндоскопическим методом. Один пациент с диффузным полипозом желудка и тонкого кишечника направлен на лечение в республиканский центр.

Общее время прохождения капсул через весь ЖКТ в наших наблюдениях составило от 4 часов до 48 часов. В литературе описывают случаи задержки капсулы более 2х недель, в нашей практике таких случаев не было.

При использовании данного метода эндоскопической диагностики выявлен ряд положительных сторон: единственный достоверный метод диагностики всего тонкого кишечника; возможность эндоскопии пищевода, желудка и толстого кишечника; возможность не только высококачественной оценки слизистой оболочки ЖКТ, но и оценка моторики и перистальтики ЖКТ в связи с свободным транзитом видеокапсулы без применения активной инвазии и фармакологических средств; отсутствие надобности применения анестезии, в том числе и местной; полное отсутствие лучевой нагрузки на пациента; отсутствие необходимости в стерилизации аппарата, так как капсула является одноразовой. Хочется отметить, что до обследования многие дети страдали от неизвестного диагноза, у многих не подтверждался диагноз, соответственно не было квалифицированного лечения. После проведения ВКЭ детям было назначено соответствующее лечение.

Выводы: 1. ВКЭ является высокоинформативным методом диагностики ЖКТ, дающим возможность начала ранней терапии и наблюдения в динамике.

2. Отсутствие травматичности и дискомфорта при исследовании.

3. Отсутствие необходимости в анестезии и лучевой нагрузке.

4. Безопасность - эндоскопическая капсула является одноразовой, что исключает возможность инфицирования пациента.

Применение лазерной литотрипсии у детей в условиях стационара

Жуманова Д.К., Рахимжанов К.К.

Коммунальное государственное предприятие на правах хозяйственного ведения «Центр матери и ребёнка», Усть-Каменогорск, Казахстан

КГП на ПХВ «Центр матери и ребенка», Усть-Каменогорск, Казахстан

Введение: Мочекаменная болезнь у детей встречается реже, чем у взрослых, однако в последние годы отмечается рост заболеваемости. Современные технологии позволяют внедрять малоинвазивные методы лечения, включая контактную лазерную литотрипсию в детской практике. В Республике Казахстан данная методика лечения внедрено в городе Усть-Каменогорске с 2020 года.

Цель: Оценка эффективности и безопасности применения гольмиевого лазера у детей с уролитиазом.

Материал и методы: С 2020 года в КГП на ПХВ «Центр матери и ребенка» города Усть-Каменогорск используется гольмиевый лазер Auriga XL для литотрипсии у детей. Операции проводились с использованием детских эндоскопов, под контролем ультразвуковой диагностики и рентгенографии (электронно-оптического преобразователя). В исследование включены 118 детей (63 мальчика, 55 девочек) в возрасте от нескольких месяцев до 17 лет.

Результаты и их обсуждение: Число пролеченных пациентов увеличилось более чем в 1,8 раза (с 19 в 2020 года до 35 в 2024 году), число выполненных процедур — с 12 до 27. Наибольшая доля пациентов — дети школьного возраста (54 случая). Метод доказал высокую эффективность (до 95%) и безопасность даже у младенцев.

Применялись уретероскопические и мини-перкутанные доступы.

- Полный клинический успех достигнут в 111 случаях (94%)
- Повторное вмешательство — 4 случая (3,4%)
- Осложнения: субфебрилитет — 5 детей, гематурия — 2 ребенка
- Среднее время операции — 43 ± 8 минут
- Средняя госпитализация — 5-7 суток
- У 100% пациентов восстановлена функция почек по УЗИ и ОАМ через 2 недели.

Выводы: Контактная лазерная литотрипсия — перспективный, малоинвазивный метод лечения уролитиаза у детей. Опыт применения в условиях стационара подтверждает её эффективность, быстрое восстановление пациентов и низкий уровень осложнений.

К вопросу об оперативном вмешательстве у больных с варикоцеле по поводу бесплодия

Затыбеков А.О.

ЭМИРМЕД, Алматы, Казахстан

Введение: При варикоцеле длительный застой венозной крови ведёт к ишемии, развитию склеротических изменений в яичке, нарушению сперматогенной функции и повреждению гематотестикулярного барьера, эти причины приводят к развитию мужского бесплодия. Операция по поводу лечения варикоцеле: это радикально заблокировать отток крови по патологическому пути, тем самым создать условия для формирования новых путей сброса крови из яичка. Устранение варикоцеле у пациентов по поводу бесплодия с необструктивной азооспермией, приводит к положительной динамике в показателях спермограммы и в течение первого года наблюдалось наступление спонтанной беременности.

Цель: Определить эффективность хирургического лечения варикоцеле у бесплодных пар направленного на увеличение шанса наступления спонтанной беременности.

Материал и методы: Для хирургического лечения варикоцеле мы применяли микрохирургическую субингвинальную варикоцелеэктомию. С 2021 г. по 2023 г. нами было диагностировано Варикоцеле у 264 пациентов, из них была проведена операция по Мармара у 260 (100%) пациентов с варикоцеле по поводу бесплодия.

Результаты и их обсуждение: Всем пациентам до и после оперативного вмешательства проводили анализ показателей спермограммы. До МВЭ в среднем оценка показателя концентрации сперматозоидов в 1 мл/млн составляло $5,3 \pm 3,1$; процент общих подвижных сперматозоидов — $12,4 \pm 6,2$ и процент нормальных форм сперматозоидов — $2,4 \pm 1,0$.

Также была изучена динамика уровня тестостерона и ФСГ после микрохирургического лигирования семенных вен.

Выводы:

1. Полученные данные свидетельствуют о том, что устранение варикоцеле у пациентов с необструктивной азооспермией наблюдается положительная динамика в показателях спермограммы.
2. У некоторых оперированных больных отмечалось незначительное количество послеоперационных осложнений, которые не являлись препятствием сперматогенезу.
3. У большинства больных, оперированных с варикоцеле по поводу бесплодия, в течение первого года наблюдалось наступление спонтанной беременности.

В данной работе представлен клинико-статистический анализ 571 случая механической желтухи, развившейся на фоне холедохолитиаза у пациентов, проходивших лечение в ГКБ №1 в период с 2019 по 2024 годы. Основную группу составили женщины старше 60 лет. Применение двухэтапного подхода (эндоскопическая декомпрессия с последующей лапароскопической холецистэктомией) позволило достичь высокой эффективности лечения при минимальном уровне осложнений. Внедрение альтернативных методик, включая чрескожную чрезпечёночную холецистостомию и эндоскопическое удаление конкрементов корзиной Дормиа, расширило лечебные возможности при тяжёлых формах билиарной гипертензии. Полученные данные подчёркивают необходимость кадрового укрепления эндоскопической службы и подтверждают высокую клиническую ценность комплексного подхода к лечению механической желтухи

Алишев Ж.С., Юнусов А.Х., Алмабаев Б.С.
Городская клиническая больница №1, Шымкент, Казахстан

Введение: Механическая желтуха (МЖ) — частое осложнение заболеваний гепатобилиарной системы, требующее срочной диагностики и многоэтапного подхода к лечению. Наиболее частой причиной обтурации желчных путей остаётся холедохолитиаз, часто развивающийся на фоне желчнокаменной болезни (ЖКБ). Целью данного исследования явился клинико-статистический анализ пациентов с механической желтухой, находившихся на лечении в городской клинической больнице №1 в период с 2019 по 2024 годы.

Цель: Изучить показания и сравнить эффективность методов лечения механической желтухи на базе ГКБ №1.

Материал и методы: Проведён ретроспективный анализ 4733 пациентов, обратившихся в ГКБ №1 с ЖКБ. Из них у 571 пациента (12,1%) диагностирован холедохолитиаз, осложнённый механической желтухой. Женщин — 375 (65,7%), мужчин — 196 (34,3%). Преобладающая возрастная группа — пациенты старше 60 лет, составляющие 67,4% выборки.

Анамнез у 36 пациентов отягощён ранее перенесёнными хирургическими вмешательствами:

- Гинекологические операции (в т.ч. удаление кисты яичника) — 24 случая
- Аппендэктомия — 12 случаев

Показатели общего билирубина варьировали от 79,8 до 580 мкмоль/л, что подтверждало выраженную билиарную гипертензию у большинства пациентов.

Результаты и их обсуждение: В ходе ретроспективного анализа за период с 2019 по 2024 годы в ГКБ №1 было изучено 4733 случая пациентов с желчнокаменной болезнью (ЖКБ), из которых у 571 пациента (12,1%) диагностирован холедохолитиаз, осложнённый механической желтухой (МЖ). Женщины составили 65,7% выборки (n=375), мужчины — 34,3% (n=196). Наибольшая частота выявлена в возрастной группе старше 60 лет — 67,4%.

У 36 пациентов (6,3%) в анамнезе имелись предшествующие хирургические вмешательства, включая гинекологические операции (n=24) и аппендэктомию (n=12). Показатели общего билирубина у пациентов колебались от 79,8 до 580 мкмоль/л, что свидетельствовало о выраженной билиарной гипертензии.

Для лечения применялся двухэтапный подход:

ЭРХПГ с ПСТ выполнено у 195 пациентов (34,1%).

ЧЧХС применена у 128 пациентов (22,4%) при выраженной гипертензии.

Плановая лапароскопическая холецистэктомия выполнена после стабилизации состояния пациентов.

С 2022 года внедрена новая методика: эндоскопическое удаление конкрементов корзиной Дормиа с последующим дренированием, выполненная у 71 пациента.

Частота осложнений после эндоскопических вмешательств составила менее 1% (4 случая):

Кровотечение — 1 случай;

Острый панкреатит — 2 случая;

Перфорация ДПК с развитием перитонита — 1 случай.

Конверсия ЛХЭ в лапаротомию потребовалась у 8 пациентов (1,4%), в основном по причине воспалительных изменений, инфильтратов или интраоперационного кровотечения.

Отмечено резкое снижение количества выполненных ПСТ в последние 4 года — до 28 случаев (4,9%), что связано с отсутствием эндоскопического специалиста.

Обсуждение: результаты исследования подтверждают высокую распространённость механической желтухи как осложнения ЖКБ, особенно у женщин пожилого возраста. Доля пациентов с МЖ (12,1%) соответствует данным литературы, подтверждая актуальность и частоту данной патологии в хирургической практике.

Двухэтапный подход, применённый в клинике (ЭРХПГ с ПСТ + ЛХЭ), показал высокую эффективность и безопасность, что отражается в низком уровне осложнений и успешной стабилизации состояния большинства пациентов. Особенно важным является своевременное выполнение декомпрессии желчных путей для предупреждения печёночной недостаточности и септических осложнений.

Внедрение ЧЧХС позволило обеспечить экстренную помощь пациентам с тяжёлой билиарной гипертензией, что делает данный метод важной альтернативой при невозможности эндоскопического вмешательства. Новая методика удаления камней корзиной Дормиа с последующим дренированием показала хорошие результаты и может рассматриваться как эффективное дополнение к стандартному подходу.

Обращает на себя внимание снижение числа выполненных ПСТ, что связано не с изменением клинической картины, а с дефицитом специалистов. Это подчёркивает необходимость решения организационных и кадровых вопросов для восстановления полноценной эндоскопической помощи.

Частота осложнений в исследовании остаётся низкой (менее 1%), что свидетельствует о высоком уровне соблюдения клинических протоколов и адекватного послеоперационного наблюдения.

В целом, результаты исследования демонстрируют эффективность существующего протокола лечения механической желтухи в условиях многопрофильной городской клиники и подчёркивают необходимость дальнейшего развития эндоскопического направления.

Выводы: 1. Механическая желтуха на фоне холедохолитиаза составляет значительную долю в структуре осложнённой ЖКБ, преимущественно у женщин старше 60 лет.

2. Двухэтапный подход (эндоскопическая декомпрессия + ЛХЭ) обеспечивает высокую клиническую эффективность и минимизацию осложнений.

3. ЧЧХС и эндоскопическое удаление конкрементов корзиной Дормиа являются эффективными альтернативами в сложных клинических ситуациях.

4. Снижение числа выполненных ПСТ в последние годы требует решения кадровых и организационных проблем для восстановления прежнего объёма эндоскопической помощи.

5. Частота осложнений эндоскопических вмешательств остаётся низкой и контролируемой при условии соблюдения протоколов и адекватного послеоперационного мониторинга.

В этом научном докладе Проведён ретроспективный анализ 118 пациентов, оперированных в 2024 году в ГКБ № 1 г. Шымкент. Открытая герниопластика по Лихтенштейну выполнена в 78 % случаев, экстренные операции составили 52,7 %. Средняя длительность госпитализации — 6 суток. По данным метаанализов, лапароскопическая методика ТЕР обеспечивает меньшую частоту рецидивов, осложнений и послеоперационной боли по сравнению с TAPP и открытыми методами. Полученные данные подчёркивают необходимость активного внедрения лапароскопических технологий для повышения эффективности лечения паховых грыж

Юнусов А.Х., Алишев Ж.С.

Городская клиническая больница г. Шымкент №1, Шымкент, Казахстан

Введение: Паховая грыжа является одной из наиболее распространённых хирургических патологий. Несмотря на широкое применение открытых методов герниопластики, растущий интерес вызывает лапароскопическая хирургия как менее травматичный и более эффективный подход. Наиболее изученными и используемыми методами являются TAPP и ТЕР, демонстрирующие лучшие результаты по сравнению с традиционными операциями. В связи с этим актуальна оценка клинико-хирургических особенностей и обоснование целесообразности перехода на лапароскопические технологии в лечении паховых грыж.

Цель: Оценить клинико-хирургические особенности лечения паховой грыжи и обосновать целесообразность внедрения лапароскопических технологий, в частности метода ТЕР, как более эффективного и безопасного подхода по сравнению с традиционными открытыми методами герниопластики.

Материал и методы: проведён ретроспективный анализ 118 историй болезни пациентов, оперированных по поводу паховой грыжи в городской клинической больнице № 1 города Шымкент в 2024 году. изучены пол, возраст, форма грыжи, срочность операции, метод пластики и длительность госпитализации. статистическая обработка выполнена с использованием стандартных методов описательной статистики. дополнительно проведён сравнительный анализ современных данных метаанализа, включающего десять рандомизированных контролируемых исследований по лапароскопическим методам лечения паховых грыж за 2019–2023 годы.

Результаты и их обсуждение: В ходе ретроспективного анализа 118 историй болезни пациентов с паховой грыжей, оперированных в ГКБ № 1 города Шымкент в 2024 году, установлено, что средний возраст пациентов составил 56,3 года, при этом мужчины преобладали — 88 %.

Наиболее часто встречались косые паховые грыжи (43 %), далее — прямые (38 %) и рецидивные (5 %). Более половины операций (52,7 %) были выполнены в экстренном порядке, что указывает на позднее обращение пациентов и недостаточную амбулаторную диагностику.

Основным методом хирургического лечения оставалась открытая пластика по Лихтенштейну, которая применялась в 78 % случаев. У трёх пациентов с осложнёнными формами грыжи потребовалась резекция кишечника. Средняя длительность госпитализации составила 6 суток, что соответствует срокам лечения при открытых вмешательствах.

Сравнительный анализ с данными современных метаанализов показал, что лапароскопическая герниопластика, особенно методика ТЕР, обеспечивает лучшие результаты: реже наблюдаются рецидивы, послеоперационная боль и осложнения по сравнению с методом TAPP и открытыми операциями. Эти данные подтверждают целесообразность и перспективность широкого внедрения лапароскопических технологий в практику, особенно при плановых вмешательствах.

Высокий процент экстренных операций также указывает на необходимость повышения уровня профилактической диагностики и планового оперативного лечения, что позволит минимизировать осложнения и сократить сроки госпитализации.

Выводы: Вывод

Анализ клинико-хирургических данных пациентов с паховой грыжей, оперированных в 2024 году в ГKB № 1 города Шымкент, показал преобладание мужчин среднего возраста и высокую частоту экстренных вмешательств, что свидетельствует о недостаточной эффективности ранней диагностики и плановой хирургической помощи. Основным методом лечения остаётся открытая герниопластика по Лихтенштейну, однако полученные данные, а также результаты современных метаанализов указывают на преимущества лапароскопических технологий — в частности, метода ТЕР, характеризующегося меньшей частотой рецидивов, осложнений и послеоперационной боли.

С учётом полученных результатов, целесообразно оптимизировать подходы к лечению паховых грыж путём расширенного внедрения лапароскопических методик, повышения доступности плановых операций и активного информирования пациентов о преимуществах современных технологий.

Заболеваемость диафрагмальной грыжей и методы хирургического лечения: опыт ГKB №1 за 2024 год

Султаниязов Джалалиддин Давранбекович, Алмабаев Байдибек.

Городская клиническая больница №1, Шымкент, Казахстан

Введение: Диафрагмальная грыжа (ДГ) — распространённая форма внутренней грыжи, характеризующаяся смещением органов брюшной полости в грудную через дефект пищеводного отверстия диафрагмы. Согласно данным ВОЗ, заболевание чаще встречается у женщин и возрастных пациентов. Несмотря на стандартизированные подходы к лечению, выбор оперативной тактики требует индивидуального подхода.

Цель: Оценить демографические характеристики пациентов с ДГ и проанализировать применяемые хирургические методы на базе многопрофильного стационара (ГКБ №1) за 2024 год.

Материал и методы: В исследование включены 15 пациентов, оперированных по поводу диафрагмальной грыжи в 2024 году.

Изучены медицинские карты, диагнозы по МКБ-10 (K44.0 и K44.9), возраст, пол, тип хирургического вмешательства.

Проведен статистический анализ с расчётом частот, долей, распределения по полу и возрастным категориям.

Результаты и их обсуждение: Гендерное распределение:

Женщины — 8 (53,3%)

Мужчины — 7 (46,7%)

Преобладание женщин согласуется с данными литературы и может быть связано с гормональными и физиологическими особенностями.

2. Возрастная структура:

<30 лет — 1 (6,7%)

30–45 лет — 2 (13,3%)

45–60 лет — 4 (26,7%)

60–70 лет — 6 (40%)

70 лет — 2 (13,3%)

Наибольшая частота зарегистрирована в возрастной группе 60–70 лет.

Обсуждение: Полученные данные соответствуют известным эпидемиологическим трендам. Наиболее уязвимой группой являются пожилые женщины. Хирургическая тактика зависела от клинической картины. Фундопликация по Ниссену является наиболее предпочтительным методом, но выбор доступа варьирует. Использование сетчатых имплантов и комбинированных подходов расширяет возможности в лечении осложнённых форм.

Выводы: ДГ чаще выявляется у женщин и в пожилом возрасте.

Фундопликация по Ниссену — основной метод лечения, выбор доступа индивидуален.

Необходим дальнейший сбор данных для уточнения клинических рекомендаций и оценки отдалённых результатов.

Наш опыт оперативных пособий при мочекаменной болезни у беременных с синдромом миастении гравис

Абдихалиев Н.Е. Жиенбаев Е.Р, Жиенбаев Е.Р.
НАО АМУ, Астана, Казахстан

Введение: Миастения гравис и мочекаменная болезнь представляют собой значительные риски для здоровья беременных женщин, требуя специализированного подхода к диагностике и лечению. Миастения, которая вызывает мышечную слабость, чаще встречается у женщин в репродуктивном возрасте. Мочекаменная болезнь может привести к инфекциям и осложнениям в родах. Частота миастении растёт, и у 10-15% новорожденных от матерей с миастенией могут проявляться временные симптомы заболевания. Для снижения рисков важно разработать эффективные методы медицинского наблюдения и лечения таких пациентов.

Результаты нашего исследования, а также данные обзора, должны дать ученым, урологам, гинекологам, неврологам и организаторам здравоохранения уверенность в том, что, согласно имеющимся научным данным, инновационный метод лечения является безопасным для клинического применения.

С учетом актуальности данной темы важно разработать эффективные методы ранней диагностики и лечения мочекаменной болезни у беременных с миастенией гравис. Это необходимо для минимизации рисков как для матери, так и для плода, с учетом особенностей заболевания и возможных осложнений.

Цель: Целью исследования явилось представить случай миастении гравис у беременной женщины с сопутствующим камнем мочеточника, а также провести систематический обзор литературы по вопросам диагностики и лечения данных состояний.

Материал и методы: Метод исследования: В статье описан клинический случай нашего наблюдения. К нам в Городскую многопрофильную больницу №2 в приемный покой к дежурному урологу обратилась пациентка 30 лет с установленным диагнозом миастении гравис, которая находилась на 7–8 неделе беременности. Пациентка жаловалась на интенсивные боли в поясничной области справа, иррадиирующие в пах и нижние отделы живота, а также на усиливающуюся мышечную слабость. По результатам ультразвукового исследования выявлены признаки камня мочеточника и умеренная гидронефротическая трансформация. Учитывая клинико-лабораторные изменения госпитализирована в «Городской центр урологии». Которой была проведена экстренное оперативное вмешательство.

Результаты и их обсуждение: Результаты: Учитывая наличие болевого синдрома, соматический статус пациентки и выраженные проявления миастении с высокими рисками дыхательной недостаточности, было принято решение о проведении оперативного вмешательства — уретероскопии и удалении камня под внутривенной анестезией. По просьбе пациентки и с учётом акушерской ситуации операция была проведена в максимально щадящем режиме с участием бригады анестезиологов, знакомых с особенностями течения миастении.

Оперативное лечение: Уретероскопия (УРС) является методом выбора при наличии показаний для активного вмешательства, таких как неконтролируемая боль, обструкция, высокий риск инфекций, камни размером более 1 см и резистентность к консервативной терапии. Процедура обычно проводится под спинальной или эпидуральной анестезией, однако в данном случае использовалось внутривенное обезболивание с соблюдением мер предосторожности. Под контролем эндоскопа выполняется либо контактная литотрипсия и экстракция фрагментов камня, либо установка стента для обеспечения адекватного пассажа мочи. Послеоперационный период потребовал тщательного мониторинга состояния пациентки, с учётом возможного ухудшения миастении и акушерского статуса.

Ход операции: Во время операции был использован уретероскоп. Камень размером 9 мм локализовался в средней трети правого мочеточника, где была проведена контактная литотрипсия, фрагменты камня были извлечены. Также был установлен стент для профилактики обструкции мочеточника и возможных осложнений.

Послеоперационный период: Операция прошла без осложнений, состояние пациентки оставалось стабильным. В послеоперационный период ей были назначены антибиотики с учётом безопасности для беременной и плода, а также минимально необходимые дозы миастенических препаратов (пиридостигмин), что позволило сохранить уровень мышечной слабости без ухудшений. Госпитализация составила 5 дней. Контрольное УЗИ через две недели после выписки показало отсутствие конкрементов и улучшение уродинамики. Беременность продолжала протекать без значительных осложнений со стороны мочевыделительной системы. Тщательный мониторинг неврологического статуса не выявил миастенических кризов.

Выводы: Вывод Миастения гравис у женщин репродуктивного возраста представляет особый риск при сочетании с мочекаменной болезнью во время беременности. Физиологические изменения, происходящие при вынашивании плода, могут способствовать как формированию камней, так и декомпенсации миастении. Поэтому ведение таких пациенток должно осуществляться мультидисциплинарной бригадой (акушер-гинеколог, уролог, невролог, анестезиолог) с учётом специфики каждого заболевания и влияния применяемых лекарственных средств на течение беременности и миастению.

Лазериндуцированная териотерапия узлов щитовидной железы — совершенствование методики ее проведения

Петров В.Г., Бакшеев Е.Г., Созонов А.И., Ивашина Е.Г.

ФГБОУ ВО Тюменский государственный медицинский университет Минздрава России, Тюмень, Россия

ГБУЗ ЯНАО «Ноябрьская центральная городская больница», Ноябрьск, Россия

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России Тюмень Россия

ГБУЗ ТО «Городская поликлиника №3» Тюмень Россия

Введение: Публикуется все больше доказательств в отношении эффективности и безопасности минимально инвазивных методов термоабляции (ТА) узловых патологий щитовидной железы (ЩЖ). Наиболее эффективными методиками минимально инвазивного лечения узловых зоб являются лазериндуцированная териотерапия (Ивашина Е.Г.).

Исследования с длительным периодом наблюдения после проведенной ЛИТТ показали, что узлы ЩЖ могут увеличиваться в размерах через 2–3 года. Чаще всего возобновления роста происходят в результате роста клеток по периферии узла, которое в зарубежной литературе получило название «краевого отрастания». Если край узла недостаточно обработан, отрастание может произойти через некоторое время после ТА.

Многие авторы считают, что обработка именно периферической зоны узла в которой находятся живые, способные к пролиферации тиреоциты, в отличии от центральной области, характеризующейся выраженными дистрофическими изменениями, в которой как правило имеется небольшое число жизнеспособных тиреоцитов, является важным фактором предотвращения рецидива. Когда объем узелка слишком велик для его полной абляции в одном сеансе необходима подача большего количества энергии. Однако очень часто именно крупные узлы своими краями располагаются вблизи от критических структур, таких как возвратный гортанный нерв или сонная артерия, и подача большого количества энергии в зоне их прилегания может быть чревата осложнениями. Из-за боязни повредить эти структуры возможна неполная абляция края узла в этой зоне, что может являться фактором риска возникновения рецидива.

Совершенствование технологии ЛИТТ должно быть направлено с одной стороны на тщательную обработку именно периферической зоны узла, с другой стороны на уменьшении количества энергии, достаточной для более полной абляции.

Цель: Улучшение результатов лечения пациентов с доброкачественной узловой патологией ЩЖ путем совершенствования методики миниинвазивного лечения с применением энергии высокоинтенсивного лазера под сонографическим контролем.

Материал и методы: Описание методики

Для достижения вышеуказанной цели нами предложена методика, которая получила название «ЛИТТ узла ЩЖ с абляцией сосудов, питающих узел» (патент на изобретение №2774595 от 21.06.2022).

Способ осуществляется следующим образом. Под контролем УЗИ с применением режима доплера визуализируются артериальные сосуды, питающие узел.

Далее под сонографической навигацией выбирается сосуд, подлежащий абляции и к нему вместе с пункционной иглой, подводится кварцевый световод, через который в последующем осуществляется подача энергии. Правильность введения световода контролируется исчезновением доплеровского сигнала в интересующем нас сосуде.

Мощность луча, необходимого для абляции сосуда составляет 4-5 Вт.

При проведении абляции сосуда, по ходу его визуализируются пузырьки воздуха, которые постепенно исчезают при прекращении кровотока в обрабатываемом сосуде. На месте абляции по краю узла визуализируется гиперэхогенная зоны коагуляции.

Аналогично проводится абляция сосудов с другой стороны узла, до полного исчезновения перинодулярного кровотока.

Выводы: Таким образом, предлагаемая нами методика миниинвазивного лечения с применением энергии высокоинтенсивного лазера под УЗИ-навигацией – ЛИТТ узла ЩЖ с абляцией сосудов, питающих узел, является эффективной, особенно при крупных узловых образованиях и может быть включена в алгоритм лечения крупных узлов, вызывающих компрессию тканей и органов шеи.

После лазерной абляции сосудов приступают к абляции ткани узла, для которой требуется меньший уровень энергии (2,5-3,0 Вт).

За период с декабря 2019 года по октябрь 2020 года на базе ГАУЗ ТО «МКДЦ» г. Тюмени по данной методике применена нами у 91 пациента с доброкачественной узловой патологией ЩЖ (основная группа). Для сравнения результатов лечения и доказательства эффективности, предлагаемой нами методики проведен ретроспективный анализ у 116 пациентов (контрольная группа), пролеченных нами за период с января по ноябрь 2019 года с применением стандартной методики ЛИТТ.

Результаты и их обсуждение: Уменьшение объема узлов до 2 см³ и от 2 до 4 см³ как в обследуемой и, так и контрольной группах происходит практически одинаково, что является вполне логичным. Однако при узлах более крупного отмечается достоверная разница. Так если в подгруппе пациентов с узлами от 6 до 8 см³ в контрольной группе отмечается уменьшение объема всего на 28,4% (с 6,9±0,39 до 4,94±1,87 см³), то в основной группе уменьшение объема узлов такого же объема происходит более чем на 75% (с 6,92±0,45 до 1,7±0,53 см³). Аналогичная картина отмечается в подгруппах с более крупными узлами (более 8 см³) уменьшение на 28,6% (с 16,14±0,709 до 11,52±9,1 см³) в контрольной группе и на 60% (с 14,06±7,05 до 5,65±02,76 см³) в основной

Дифференцированная хирургическая тактика при желчно-нокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом и механической желтухой с применением малоинвазивной технологии

Жакиев Б.С., Елемесов А.А., Айтбаева А.М., Суйндыков Т.С., Айтжанов А.Ж.
Западно Казахстанский университет им Марата Оспанова, Актобе, Казахстан
АМЦ г Актобе Казахстан

Введение: Неуклонный рост заболеваемости желчнокаменной болезни (ЖКБ) с высоким процентом развития осложненных его форм, сохраняющаяся высокая летальность и неудовлетворительные результаты лечения свидетельствуют об актуальности проблемы. Традиционные хирургические вмешательства, выполняемые на высоте желтухи и печеночной недостаточности, увеличивает риск послеоперационных осложнений и сопровождаются высокой летальностью, которая составляет от 7,2 до 45% [1]. Внедрение в клиническую практику современных высокотехнологичных малоинвазивных методов хирургического лечения привели к значительному улучшению результатов лечения данной категории больных [2,3]. Однако, в настоящее время, среди авторов отсутствует четко сформулированная схема использования различных методов разрешения желтухи в зависимости от тяжести состояния пациента [4].

Цель: Улучшить результаты хирургического лечения у пациентов при желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом и механической желтухой

Материал и методы: В данной работе проанализированы результаты хирургического лечения 384 пациентов оперированных по поводу желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом и механической желтухой в период с 2014 г. по 2024 г. Женщин было 232(60,4%), мужчин – 152(39,6%) человек. Средний возраст больных составил $57,1 \pm 2,5$ года.

Обследованные пациенты разделены на 2 группы (основная и контрольная), каждая из которых по степени тяжести механической желтухи разделены на 3 подгруппы согласно классификации В. Д. Федорова, В.И. Вишневого (2000).

Основную группу (группа А) составили 220 (57,3%) пациентов. В первую подгруппу (А1) основной группы вошли 79 пациентов (35,9%) с легкой степенью тяжести механической желтухи. Во вторую подгруппу (А2) - 104 пациента (47,3%) со средней степенью тяжести механической желтухи. В третью подгруппу (А3) - 37 пациентов (16,8%) с тяжелой степенью тяжести механической желтухи.

Контрольную группу (группа В) составили 164 (42,7%) пациентов. В свою очередь, в первую подгруппу (В1) вошли 56 пациентов (34,2%) с легкой степенью тяжести, во вторую подгруппу (В2) - 76 пациентов (46,3%) со средней степенью тяжести и в третью подгруппу (В3) - 32 пациента (19,5%) с тяжелой степенью тяжести механической желтухи.

У 114 больных (29,7%) желтуха длилась до 7 суток, у 175 больных (45,4%) - от 7 до 14 суток и свыше 14 суток - у 95 больных (24,9%).

Распределение больных по причине МЖ в основной группе- холедохолитиаз у 191 больных, холедохолитиаз со стенозом БДС - у 24 больных и холедохолитиаз со стриктурой терминального отдела холедоха – у 5 больных, в контрольной группе – у 133, у 25 и у 6 больных соответственно. По характеру воспалительного процесса желчного пузыря: в основной группе у 77 больных (35%) выявлен острый холецистит, у 143 (65%) - хронический холецистит; в контрольной – 62 (37,8%) и 102(62.2%) больных соответственно

Результаты и их обсуждение: На фоне развития желтухи и угрозы прогрессирования печеночной недостаточности, у всех больных нами использованы малотравматичные вмешательства, разделяя их применение во времени В основной группе (220 больных) использованы малоинвазивные вмешательства, из них: у 79 выполнена одномоментная радикальная операция (А1): у 21 – лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) с эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ), у 24 - ЛХЭ, ЭПСТ с эндоскопической механической литоэкстракцией конкрементов, у 20 - ЛХЭ, лапароскопическая дуоденостомия (ДХЛТ) с дренированием общего желчного протока и у 14 - ЛХЭ с дренирование общего желчного протока по Холстеду-Пиковскому;

у 104 больных использована тактика хирургической коррекции в два этапа (А2): первый этап - эндоскопическая санация холедоха, второй — лапароскопическая холецистэктомия; у 37 больных выполнено двухэтапное хирургическое пособие (А3): первый этап — минимальное оперативное вмешательство, направленное на ликвидацию желтухи: назобилиарное дренирование (8), стентирование (24) и чрескожное чреспеченочное дренирование желчных путей (5); второй этап - эндоскопическая папиллосфинктеротомия с целью устранения стеноза, стриктуры и ЛХЭ (8); удаления конкрементов из холедоха с холецистэктомией путем использования малоинвазивной технологии (29).

У пациентов с острым процессом при наличии выраженной инфильтрации и спаечного процесса в области ворот печени при выполнении лапароскопической холецистэктомии требовались конверсия и операция завершались из минилапаротомного доступа с использованием комплекта инструментов «Мини-Ассистент».

Больным контрольной группы оперативные вмешательства традиционным методом проводились в один этап в группах В1, В2 и в два этапа - группа В3. Выполняли традиционную холецистэктомию, холедохолитотомию, трансдуоденальную папиллосфинктеротомию и завершали операцию различными методами наружных (по Холстеду-Пиковскому, Вишневскому, Керу) и внутренних (холедоходуоденоанастомоз) дренирований желчных путей.

В нашем исследовании тактика использования малоинвазивных вмешательств и их последовательность зависела от степени тяжести механической желтухи.

У больных ЖКБ, осложненной легкой степенью тяжести механической желтухи использована радикальная тактика лечения: одномоментная лапароскопическая холецистэктомия с дуоденхоледохолитотомией и наружным дренированием общего желчного протока, исключением служили лишь больные, у которых развитие желтухи было вызвано стенозом или ущемлением конкремента в большом дуоденальном сосочке двенадцатиперстной кишки. В этом случае одномоментно осуществлялась ЛХЭ и эндоскопическая папиллосфинктеротомия с холедохолитозэкстракцией.

У больных ЖКБ со средней и тяжелой степенью механической желтухи использована двухэтапная тактика. На первом этапе использованы эндоскопические, эндобилиарные вмешательства (ЭПСТ, холедохолитозэкстракция) и через 5-7 суток второй этап — лапароскопическая холецистэктомия. При тяжелой степени МЖ дренирующие операции выполнялись с помощью малоинвазивных вмешательств (чрескожное чреспеченочное дренирование желчных путей, стентирование или назобилиарное дренирование желчных путей, холецистостомия). После разрешения ферментемии и холестаза, восстановления пигментной, белково-синтетической функции печени, купирования гепаторенального синдрома одномоментно выполняли санацию внепеченочных желчных протоков с помощью эндобилиарных вмешательств и лапароскопическую холецистэктомию через 21-28 дней после декомпрессии желчных протоков.

Сравнительное изучение результатов хирургического лечения больных с ЖКБ, осложненной холедохолитиазом и механической желтухой отражает преимущество использования малоинвазивных технологий, что снижает риск развития послеоперационных осложнений и уменьшает летальность почти в 2 раза.

Выводы: Применение дифференцированной хирургической тактики при желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом и механической желтухой в зависимости от степени тяжести желтухи значительно снижает риск оперативного вмешательства, уменьшает количество осложнений и, тем самым, улучшает результаты хирургического лечения.

Опыт применения tarr и ipom в лапароскопической герниопластике пупочных грыж у взрослых: ретроспективный анализ

Роскидайло Е.В., Котловский В.И., Ли Д.В.

Медицинский центр «Аман-Саулык», Актобе, Казахстан

Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова Актобе Казахстан

Введение: Пупочные грыжи отмечаются примерно у 2 % взрослого населения и встречаются в 2–3 раза чаще у женщин, особенно при ожирении и после многократных беременностей. Эти пациенты подвержены риску ущемления, хронического болевого синдрома и косметическим дефектам, что существенно снижает качество жизни. Лапароскопические методики IPOM и TAPP позволяют значительно уменьшить травму передней брюшной стенки по сравнению с открытыми вмешательствами. При этом TAPP обеспечивает преперитонеальное размещение сетки, предотвращая её прямой контакт с органами и дополнительно снижая послеоперационную боль. Однако в доступной литературе практически отсутствуют одноцентровые прямые сравнения IPOM и TAPP — большинство данных получены из ретроспективных обзоров и мультицентровых мета-анализов с гетерогенными выборками пациентов. Наше ретроспективное исследование 20 случаев IPOM и 7 случаев TAPP в условиях единой клиники восполняет этот пробел и создаёт объективную основу для оценки преимуществ каждой методики.

Цель: Провести ретроспективный сравнительный анализ клинических и хирургических исходов методов IPOM и TAPP при лапароскопической герниопластике пупочных грыж у взрослых (20 случаев IPOM и 7 случаев TAPP), оценив оперативное время, объём кровопотери, интенсивность послеоперационной боли, частоту осложнений и длительность госпитализации.

Материал и методы: Проведён ретроспективный сравнительный анализ лапароскопической герниопластики пупочных грыж у взрослых в клинике «Аман Саулык» (г. Актобе):

- Группа IPOM (n = 20; январь–декабрь 2024): 20 пациентов (15 женщин, 5 мужчин).

- Группа TAPP (n = 7; январь–май 2025): 7 пациентов (4 женщины, 3 мужчины).

Критерии включения: возраст ≥ 18 лет; первичная пупочная грыжа диаметром 1–5 см;

Критерии исключения: рецидивные грыжи; дефект > 5 см; активная инфекция; тяжёлая сопутствующая патология, тяжёлые кардиопульмональные и иные системные заболевания.

Хирургические методики: Операции выполнялись под эндотрахеальным наркозом. IPOM: три троакара (8/5/5 мм), внутрибрюшное наложение сетки. TAPP, так же как и при IPOM мы используем 2-6мм троакара и 8мм троакар с 8мм 300 оптикой, преперитонеальное рассечение и размещение сетки забрюшинно с последующей её фиксацией и перитонизацией. В нашей клинике мы используем два вида сеток: 1. ЭСФИЛ (полипропилен, не рассасывающаяся), 2. UltraPro (полипропилен+монокрил, частично рассасывающаяся).

Собранные переменные:

- Оперативное время (мин): от первого разреза до закрытия кожных проколов.

- Объём кровопотери (мл): по количеству крови в аспирационной системе.

- Интенсивность боли (VAS 0–10): через 24 ч после операции.

- Частота осложнений: Послеоперационные осложнения: серомы (выявляли при клиническом осмотре и УЗИ на приемах в 1, 3 и 6 месяцев); нагноение раны; рецидивы.

- Длительность госпитализации (дни).

Статистика: описательная статистика (медиана и диапазон для времени операции, кровопотери и длительности госпитализации; среднее $\pm$ SD для VAS; процент для осложнений).

Сравнительный анализ не проводился из-за неравного и малого размера выборок.

Результаты и их обсуждение: Результаты: В результате ретроспективного анализа двух когорт (IPOM, n = 20; TAPP, n = 7) были получены следующие данные:

Среднее время операции в группе IPOM составило 75 мин (диапазон 60–95 мин; $74,8 \pm 12,5$), тогда как при TAPP — 102 мин (90–120 мин; $102,1 \pm 11,5$). Несмотря на более длительное вмешательство, TAPP сопровождалась меньшей кровопотерей: медиана 30 мл против 35 мл при IPOM. Через 24 ч после операции интенсивность боли по шкале VAS в группе TAPP была в два с лишним раза ниже (медиана 4 балла, диапазон 4–6) по сравнению с IPOM (медиана 10 баллов, 9–10). Более выраженное обезболивание позволило сократить госпитальный этап: пациенты после TAPP выписывались уже на первые сутки (медиана 1 день), тогда как после IPOM — на третьи (медиана 3 дня). Ранние осложнения ограничились серомами: 2 случая (10 %) после IPOM и 1 случай (14,3 %) после TAPP; нагноений ран и рецидивов не выявлено.

Выводы: 1. Метод TAPP при лапароскопической герниопластике пупочных грыж у взрослых обеспечивает более низкий объём кровопотери (медиана 30 мл vs 35 мл), значительно меньший болевой синдром через 24 ч (медиана VAS 4 балла vs 10 баллов) и сокращает длительность госпитализации (медиана 1 день vs 3 дней) по сравнению с методом IPOM.

2. Одним из ключевых преимуществ TAPP является преперитонеальное размещение сетки, благодаря чему она не контактирует напрямую с органами брюшной полости, что снижает риск адгезий и потенциальных отдаленных осложнений.

3. Несмотря на более длительное оперативное время (медиана 100 мин vs 75 мин), частота осложнений (серомы, нагноения, рецидивы) сопоставима в обеих группах.

4. Полученные данные свидетельствуют о практических преимуществах TAPP для снижения травматичности вмешательства и улучшения ранних послеоперационных исходов, что обосновывает целесообразность предпочтительного использования этого метода.

5. Ограничениями исследования являются ретроспективный дизайн, малый и неравный объём когорт, а также отсутствие формального статистического сравнения, что требует проведения проспективных крупных исследований для подтверждения выявленных тенденций.

Опыт применения percutaneous internal ring suturing (pirs) и трёхтроакарной герниопластики в лапароскопической коррекции паховых грыж у детей: ретроспективный анализ

Ли Д.В., Дженалаев Б.К., Бисалиев Б.Н.

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

Введение: Паховые грыжи — одна из наиболее распространённых хирургических патологий в детской хирургии: их выявляют у 3–5 % доношенных детей и до 30 % недоношенных; при этом в 64,9 % случаев грыжа локализуется справа, в 27,1 % — слева и в 7,9 % — двусторонне. Лапароскопическая трёхтроакарная герниопластика и методика PIRS, обеспечивают осмотр обоих внутренних паховых колец и при этом может помочь выявлению клинически латентной контралатеральной грыжи с последующей одномоментной герниопластикой. Латентная контралатеральная грыжа, по литературным данным, выявляется у 20–30 % пациентов, оперированных по поводу односторонней паховой грыжей. Каждая из методик имеют определенные преимущества перед традиционной герниопластикой.

Цель: Описание собственного опыта применения методик PIRS и трёхтроакарной лапароскопической герниопластики при коррекции паховых грыж у детей, а также сравнительный анализ их клинико-хирургических исходов, включающих продолжительность операции, послеоперационный болевой синдром, частоту осложнений и сроки госпитализации.

Материал и методы: Проведён ретроспективный когортный анализ медицинских карт всех пациентов с паховыми грыжами, оперированных в нашем отделении с января по декабрь 2024 г. В исследование были включены 150 детей в возрасте от 6 месяцев до 18 лет поступивших на плановое оперативное лечение, с установленным диагнозом паховой грыжи.

По объёму оперативного вмешательства все пациенты были разделены на две группы: - 1 группа - PIRS (n = 118): дети до 7 лет, 2 группа - Трёхтроакарная герниопластика (n = 32): дети от 8–18 лет. Всего прооперировано 150 ребёнка: 112 мальчиков (74,7%) и 38 (25,3%) девочек.

У 112 мальчиков: 68 правосторонних (60,7%), 41 левосторонних (36,6%) и 3 двухсторонние грыжи (2,7%).

У 38 девочки: 20 правосторонних (52,6%), 15 левосторонних (39,5%) и 3 двухсторонние грыжи (7,9%).

Двусторонние грыжи выявлены интраоперационно.

Описание оперативных методик: Метод PIRS: выполнялось под общим эндотрахеальным наркозом, при помощи одного лапароскопа (5 мм) через пупочный доступ; экстраперитонеально под контролем зрения тонкой иглой Туохи формировался контур ушивания внутреннего пахового кольца, и сшивание выполняли не рассасывающимся капроновым швом.

Трёхтроакарная герниопластика: стандартная техника с использованием одного 5 мм троакара в пупочной области и двух вспомогательных троакаров (5 мм) в боковых участках живота; герниопластика осуществлялась наложением кисетного шва в области шейки грыжевого мешка у внутреннего кольца пахового канала.

Результаты и их обсуждение: В период с января по декабрь 2024 г. ретроспективно проанализированы данные 150 детей с паховыми грыжами, оперированных методом PIRS (n=118) и трёхтроакарной герниопластикой (n=32). Возраст пациентов в группе PIRS варьировал от 6 мес до 6,8 лет (медиана 3,1 [IQR 2,0–4,7] года), в трёхтроакарной группе — от 8,1 до 17,3 лет (медиана 10,8 [IQR 9,2–13,5] года) (p<0,001). Гендерное распределение и сторона грыжи в группах статистически не различались (мальчики: 86/118 vs 26/32, p=0,58; правая сторона: 60/118 vs 22/32, p=0,12).

Длительность операции: –PIRS: медиана 5 (IQR 5–6) минут –Трёхтроакарная: 18 (IQR 15–20) минут. Разница достоверна (U-тест Манна–Уитни, $p < 0,001$).

Интенсивность боли (VAS): –PIRS: медиана 4 (IQR 4–4) балла –Трёхтроакарная: 5 (IQR 5–6) баллов. $p < 0,001$ (U-тест).

Длительность госпитализации: Медиана 1 (IQR 1–1) сутки в обеих группах, без статистически значимых различий ($p = 0,78$).

Двусторонние грыжи: Интраоперационно выявлено по 3 случая у мальчиков и 3 у девочек, без преимущественного распределения по группам ($p = 1,00$).

Осложнений, требующих повторного хирургического вмешательства, не было зарегистрировано ни в одной группе.

Выводы: 1. Метод PIRS у детей статистически значимо сокращает длительность операции и сопровождается более лёгким послеоперационным болевым синдромом по сравнению с классической трёхтроакарной герниопластикой, при этом сроки госпитализации остаются сопоставимыми (медиана 1 сутки в обеих группах).

2. Частота послеоперационных осложнений, включая рецидивы и необходимость повторных хирургических вмешательств, в обеих группах не отличалась и составила 0 %.

3. По нашему мнению метод PIRS может рассматриваться как предпочтительный минимально инвазивный подход у младших пациентов, тогда как трёхтроакарная техника остаётся надёжным вариантом у более старших детей.

Резекция желудка: клинические показания, виды операций и послеоперационные исходы в ГКБ №1

Алмабаев Б.С., Алишев Ж.С.
ГКБ №1, шымкент, казахстан

Введение: Заболевания желудка, такие как язвенная болезнь и рак желудка, остаются одними из ведущих причин хирургического вмешательства в гастроэнтерологии. Резекция желудка продолжает быть основным методом лечения при осложнённых формах язвенной болезни и злокачественных опухолях. В ГКБ №1 наблюдается высокая заболеваемость этими заболеваниями, что обуславливает необходимость постоянного совершенствования методов хирургического лечения. Сравнительный анализ клинических показаний и послеоперационных исходов в клинике помогает улучшить выбор хирургической тактики и снизить риск послеоперационных осложнений.

Цель: Целью данного исследования является анализ клинических показаний, видов оперативных вмешательств и послеоперационных исходов у пациентов, перенёвших резекцию желудка в ГКБ №1 за период с 2019 по 2024 год, а также оценка эффективности хирургического лечения.

Материал и методы: В исследование включены 195 пациентов, перенёвших резекцию желудка в ГКБ №1 в период с 2019 по 2024 годы. Применялся ретроспективный анализ медицинских карт пациентов, который позволил изучить клинические показания к операции, типы оперативных вмешательств, а также послеоперационные исходы, включая летальность и выздоровление. В зависимости от состояния пациента и распространённости заболевания, применялись различные виды операций: резекция желудка, субтотальная резекция и тотальная гастрэктомия. Также анализировались осложнения, возникшие в послеоперационный период.

Результаты и их обсуждение: Клинические показания к резекции желудка
Основными показаниями к резекции желудка у пациентов ГКБ №1 были:

- Хроническая или неуточнённая язва двенадцатиперстной кишки с кровотечением — 81 случай (41,5%).
- Стриктура желудка в виде «песочных часов» и стеноз — 51 случай (26,2%).
- Хроническая или неуточнённая язва желудка с кровотечением — 45 случаев (23,1%).
- Злокачественное новообразование тела желудка — 13 случаев (6,7%).

Типы оперативных вмешательств

В зависимости от клинической ситуации и распространённости патологического процесса в ГКБ №1 были выполнены следующие виды операций:

- Резекция желудка — 85 операций (43,6%).
- Субтотальная резекция — 45 операций (23,1%).
- Тотальная гастрэктомия — 70 операций (35,9%).

Послеоперационные исходы

Послеоперационные исходы показали высокую эффективность хирургического лечения:

- Выздоровление было отмечено у 96% пациентов.
- Летальность составила 4%.

Выводы: Вывод

Резекция желудка остаётся важным методом хирургического лечения при заболеваниях желудка в ГКБ №1. Основными показаниями для операции являются хронические язвы и стриктуры желудка, а также злокачественные опухоли. Результаты исследования показали высокий уровень выздоровления (96%) и низкую летальность (4%), что свидетельствует о высоком уровне эффективности хирургического вмешательства. Однако для дальнейшего улучшения результатов необходимо внедрение более современных методов, таких как лапароскопия, и развитие ранней диагностики, особенно для онкологических заболеваний желудка.

Повторные операции после фундопликаций

Токпанов С.И., Ибраев С.Е., Кенжебай Ә.Ж., Куспанов М.А., Байтанатов М., Саметова Н.С.

ГУ «Центральный Госпиталь МВД РК», г.Астана, Казахстан

ТОО «Клиника Аланда», Астана, Казахстан

РГП «Больница Медицинского центра Управления Делами Президента Республики Казахстан» на ПХВ Астана Казахстан

Введение: Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) остаются актуальными проблемами абдоминальной хирургии, требующими высокоточного подхода к диагностике и лечению. Антирефлюксные операции, в частности фундопликация, широко применяются как эффективный метод коррекции данных патологий. Однако, несмотря на развитие лапароскопических технологий и стандартизацию хирургических техник, частота рецидивов и неудовлетворительных результатов остаётся значимой. Повторные вмешательства после фундопликаций отличаются высокой технической сложностью и увеличенным риском интра- и послеоперационных осложнений. В данной работе представлен обобщённый клинический опыт повторных операций после фундопликаций, с анализом причин неудач первичных операций и особенностей выбора тактики лечения у этой категории пациентов.

Цель: Представление опыта повторных лапароскопических фундопликаций при рецидивной грыже пищеводного отверстия диафрагмы

Материал и методы: В исследование включены 112 повторных операций у пациентов с рецидивной грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, проведённых в период с 2000 по 2025 год. Из них 43 мужчин и 69 женщин в возрасте от 21 до 76 лет перенесли повторные вмешательства после ранее выполненных фундопликаций: 11 — лапаротомически и 101 — лапароскопически. Из 112 пациентов 13 (11,6%) перенесли первичную операцию на наших клинических базах, 99 (88,4%) — в других медицинских учреждениях

Результаты и их обсуждение: Анализ повторных вмешательств показал, что несоблюдение принципов и игнорирование технических особенностей приводят к опасным осложнениям. Вероятно, на момент первичной операции у пациентов уже имелось укорочение пищевода, однако хирурги не придали этому должного значения и выполнили традиционную антирефлюксную операцию. Предпочтение отдаётся фундопликации, создающей манжету на 360 градусов — операции Ниссена, которая демонстрирует лучшие результаты в долгосрочном послеоперационном периоде как при первичных, так и при повторных вмешательствах. После повторных операций не было неудовлетворительных результатов. Анализ клинической картины заболевания и данных специальных методов исследования показал, что у ряда пациентов симптомы заболевания в значительной степени обусловлены скрытой депрессией и сенестопатией. В некоторых случаях более целесообразно отказаться от реконструктивной хирургии в пользу консервативного лечения с обязательной консультацией психотерапевта

Выводы: Многообразие причин неудач и осложнений антирефлюксных операций, техническая сложность повторных вмешательств и проблематичность их успешных исходов обосновывают целесообразность концентрации пациентов с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы и ГЭРБ в специализированных медицинских учреждениях. Лапароскопические повторные операции осуществимы, однако сопряжены с более высоким риском осложнений по сравнению с первичными вмешательствами и должны выполняться опытными хирургами с использованием того же подхода, что и при первичной операции

Резекция желудка: клинические показания, виды операций и послеоперационные исходы в ГKB №1

Магомедов С.М.

Городская клиническая больница №3, Махачкала, Россия

Введение: Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) остаются актуальными проблемами современной хирургии. Основным методом оперативного лечения является лапароскопическая фундопликация, однако выбор конкретной методики требует индивидуального подхода. В данном исследовании представлены результаты 434 хирургических вмешательств, выполненных с учетом клинических проявлений, морфологических особенностей грыжевого дефекта и сопутствующих заболеваний.

Цель: Улучшить результаты хирургического лечения пациентов с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы I-IV типов.

Материал и методы: В исследование включены 434 пациента, которым была проведена лапароскопическая коррекция ГПОД с применением различных видов фундопликации: 210 пациентов (48,4%) перенесли фундопликацию по Ниссену, 124 (28,6%) — по Тупе, 59 (13,6%) — по Дору, а 41 (9,4%) — модифицированную фундопликацию Тупе-Ниссен. У 18 пациентов с ожирением (ИМТ >40) одномоментно выполнялись бариатрические вмешательства и коррекция ГПОД. Использовали «отключенный» сегмент желудка для частичной фундопликации при мини-гастрошунтировании. Оценка качества жизни в зависимости от метода фундопликации. Качество жизни оценивалось с использованием валидированных опросников SF-36, GSRS и GERD-HRQL через 6 месяцев, 1 год и 3 года после оперативного вмешательства.

Результаты и их обсуждение: Через 6 месяцев после операции пациенты всех групп отметили значительное улучшение качества жизни. По данным опросника GERD-HRQL, наилучшие результаты отмечены у пациентов после модифицированной Тупе-Ниссен ($8,1 \pm 2,8$ балла) и фундопликации по Тупе ($8,6 \pm 3,1$ балла), тогда как у пациентов после фундопликации по Дору показатель был несколько выше ($9,5 \pm 3,3$), что может свидетельствовать о менее выраженной антирефлюксной защите.

Через 1 год после вмешательства большинство пациентов сохраняли положительную динамику. По данным GSRS, наилучшие показатели сохранялись у пациентов после модифицированной Тупе-Ниссен ($1,2 \pm 0,3$) и по Тупе ($1,3 \pm 0,3$), тогда как у пациентов после фундопликации по Дору наблюдалось умеренное повышение диспепсических жалоб ($1,6 \pm 0,5$). Через 3 года частота рецидива ГЭРБ по опроснику GERD-HRQL была выше у пациентов после фундопликации по Дору ($9,8 \pm 3,4$) по сравнению с другими методами, что подтверждается данными эндоскопического и рентгенологического контроля. В то же время, у пациентов, перенесших фундопликацию по Ниссену, наблюдалось небольшое увеличение частоты дисфагии, что подтверждается ростом GSRS до $1,6 \pm 0,5$. По шкале SF-36 физический компонент здоровья (PCS) был наибольшим у пациентов после модифицированной Тупе-Ниссен ($52,8 \pm 4,6$), а психологический компонент (MCS) также оставался выше у этой группы ($53,4 \pm 5,2$), что свидетельствует о сбалансированности методики. Данные эндоскопического и рентгенологического контроля. Эндоскопическое исследование через 6 месяцев показало отсутствие выраженных признаков рефлюкса у 92,4% пациентов после фундопликации по Ниссену, 85,7% после фундопликации по Тупе, 89,3% после модифицированной Тупе-Ниссен и 74,6% после фундопликации по Дору. Через 1 год сохранение антирефлюксного барьера отмечалось у 90,8%, 82,5%, 88,1% и 71,2% пациентов соответственно. Через 3 года признаки рецидива ГЭРБ наблюдались у 9,1% пациентов после Ниссена, 12,3% после Тупе, 9,6% после модифицированной Тупе-Ниссен и 16,7% после Дору. Рентгенологическое исследование с бариевой взвесью через 6 месяцев выявило наличие остаточного рефлюкса у 7,6% пациентов после Ниссена, 11,3% после Тупе, 9,2% после модифицированной Тупе-Ниссен и 15,4% после Дору. Через 1 год эти показатели составили 9,2%, 13,5%, 10,8% и 18,1% соответственно. Через 3 года частота рецидива ГПОД (по данным рентгеноскопии) составила 8,6% после Ниссена, 11,9% после Тупе, 9,2% после модифицированной Тупе-Ниссен и 13,8% после Дору.

Выбор метода фундопликации Фундопликация по Ниссену показана пациентам с выраженной ГЭРБ. Данный метод эффективно предотвращает рефлюкс, однако развитие дисфагии значительно снижает качество жизни, особенно в группе пациентов с нарушением моторики пищевода. Фундопликация по Тупе применялась у пациентов с умеренными проявлениями ГЭРБ и нарушением моторики пищевода. Модифицированная фундопликация Тупе-Ниссен представляет собой сочетание элементов обоих методов: частичная 270-градусная фундопликация сходящаяся к 360-градусной в виде латинской V обеспечивает надежный антирефлюксный барьер, одновременно снижая риск дисфагии.

Фундопликация по Дору применялась преимущественно у пациентов с сочетанными заболеваниями, включая холелитиаз. Одновременное выполнение холецистэктомии и фундопликации по Дору позволило минимизировать вероятность развития постхолецистэктомического синдрома и улучшить функциональные результаты.

Выводы: Индивидуализированный подход к выбору методики фундопликации при ГПОД способствует снижению частоты послеоперационных осложнений и улучшению качества жизни пациентов. Разработанная модификация Тупе-Ниссен позволила достичь оптимального баланса между антирефлюксной эффективностью и минимизацией риска дисфагии. Одновременная коррекция ожирения и ГЭРБ демонстрирует перспективность комплексного хирургического лечения данной категории пациентов.

Лапароскопическая эхинококкэктомия у детей: клинический случай множественного эхинококкоза у 15-летнего мальчика

Кубайдуллаев А.Р.

Мангистауская областная многопрофильная детская больница, Актау, Казахстан

Введение: Эхинококкоз — это опасное паразитарное заболевание, которое может поражать различные органы, включая поджелудочную железу, брыжейку толстой кишки и забрюшинное пространство. Множественные эхинококковые кисты могут существенно осложнять диагностику и лечение, требуя индивидуального подхода и высококвалифицированного вмешательства. В последние годы лапароскопический метод эхинококкэктомии зарекомендовал себя как эффективная и безопасная методика для лечения этой патологии, позволяющая снизить хирургическую травматизацию и ускорить восстановление пациента.

Цель: Продемонстрировать успешное применение лапароскопической эхинококкэктомии для лечения множественного эхинококкоза у 15-летнего мальчика с локализацией кист в поджелудочной железе, брыжейке толстой кишки и забрюшинном пространстве.

Материал и методы: Мальчик 15 лет, поступивший в хирургическое отделение с диагнозом «множественный эхинококкоз», диагностирован с помощью ультразвукового исследования, компьютерной томографии (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ). У пациента выявлены эхинококковые кисты в поджелудочной железе, брыжейке толстой кишки и забрюшинном пространстве, что обуславливает сложность оперативного вмешательства.

Результаты и их обсуждение: Операция прошла без осложнений. Лапароскопический доступ позволил эффективно удалить эхинококковые кисты, минимизируя травматичность вмешательства и вероятность послеоперационных инфекций. В послеоперационном периоде мальчик чувствовал себя хорошо, на 3-й день был переведен на общую палату, а через 7 дней выписан домой. Через 6 месяцев наблюдения рецидивов заболевания не наблюдается, ребенок полностью восстановился.

Выводы: Лапароскопическая эхинококкэктомия является безопасным и эффективным методом лечения множественного эхинококкоза у детей, в том числе при сложных локализациях кист, таких как поджелудочная железа, брыжейка и забрюшинное пространство. Этот метод позволяет минимизировать операционный стресс, сократить восстановительный период и повысить качество жизни пациента. Важно продолжать развитие лапароскопических технологий и улучшение навыков специалистов для лечения паразитарных заболеваний в детской хирургии.

Опыт применения капсульной эндоскопии у детей

БАЙГЕРЕЕВ Р.М., ҚҰСМАНОВА Ә.Қ., БАЙГЕРЕЕВ Р.М.

КГП на ПХВ «Центр матери и ребенка», г. Өскемен, Өскемен, Қазақстан

КГП на ПХВ “Многопрофильная городская детская больница” г. Астана, Астана, Қазақстан

Введение: Видеокапсульная эндоскопия (ВКЭ) - это единственный достоверный, высокотехнологический и не инвазивный метод диагностики всего тонкого кишечника, который труднодоступен для традиционной эндоскопии. Ранее тонкий кишечник был недоступным для эндоскопии в связи с недостаточной длиной эндоскопов при фиброэзофагогастродуоденоскопии и колоноскопии и техническими сложностями. С момента внедрения ВКЭ в практику во всем мире капсульная эндоскопия (КЭ) стала важным диагностическим инструментом, помогающим нам понять и документировать как нормальные, так и патологические изменения в тонком кишечнике, динамику лечения при таких заболеваниях как болезнь Крона, особенно у детей. Возможность визуализировать тонкую кишку, единственную часть желудочно-кишечного тракта, ранее выходящую за пределы видимости традиционной эндоскопии, была особенно привлекательной, поскольку капсульная эндоскопия обычно может выполняться без анестезии, облечения и дискомфорта, связанного с другими процедурами визуализации.

Цель: Выявить необходимость проведения капсульной эндоскопии у детей.

Материал и методы: Показания для проведения ВКЭ у детей и взрослых схожи: оценка потенциальных и известных воспалительных заболеваний кишечника наиболее распространена в педиатрической популяции, при этом КЭ также обеспечивает повышенную диагностическую достоверность по сравнению с рентгенографическими исследованиями.

В многоцентровом исследовании в “Многопрофильной городской детской больницы” г. Астана и “Центре Матери и ребенка” города Өскемен в отделениях «Детской хирургии» применение капсульной эндоскопии началось со второй половины 2023 года. За этот период проведена ВКЭ 98 пациентам с использованием капсулы фирмы ОМОН (длиной 25,4 мм и шириной 11 мм). Пациенты свободно проглатывали капсулу, без дискомфорта и боли, а также без применения других каких-либо манипуляций.

Показаниями для проведения ВКЭ были: подозрение на воспалительные заболевания тонкого кишечника (болезнь Крона, различного рода энтериты и илеиты), хронические боли в животе, анемия неизвестного характера, подозрения на дивертикулы тонкой кишки. Возрастной диапазон применения капсульной эндоскопии составил от 2 г 3 мес до 18 лет.

Пациенты, готовящиеся на капсульную эндоскопию, проходили 4-х дневную подготовку, которая состояла из бесклетчаточной диеты, не содержащей грубых растительных волокон, предусматривающая полное исключение из питания за трое суток до обследования жирных и мясных продуктов, копченых изделий, бобовых, жирных кисломолочных продуктов, круп, зерновых продуктов. За сутки до исследования назначалось слабительное по двухэтапной схеме. Во время исследования пациент проглатывал капсулу с водой и затем обычно вёл нормальный образ жизни в течение 8-10 часов, пока капсула не эвакуировалась естественным образом с калом. Во время процедуры камера внутри капсулы снимала тысячи фотографий, которые анализировались врачом после процедуры.

Результаты и их обсуждение: По результатам проведения ВКЭ 98 детям выявлена следующая патология: Болезнь Крона (7 пациента), болезнь Бехчета (2 пациент), лимфофолликулярная гиперплазия подвздошной кишки (38 пациентов), афтозный тифлит (10 пациентов), пролабирование Баугиниевой заслонки (3 пациент), недостаточность баугиниевой заслонки (7), различной локализации полипы тонкого кишечника (12), полип Баугиниевой заслонки (1 пациент), полип дуоденального сосочка (1 пациент), образование слепой кишки (1), ксантома подвздошной кишки (1), диффузный полипоз желудка и тонкого кишечника (2 пациент), гастроэзофагиальный рефлюкс (1), дуодено-гастральный рефлюкс (47), ангиодисплазии тонкого кишечника (7), дивертикул Меккеля (1 пациент), лимфома тонкого кишечника (1 пациент), эрозивные изменения послеоперационного анастомоза (1 пациент),

различные виды гастродуоденитов, включая эрозивно-геморрагический (66 пациентов). Среди пациентов, кому выставлен диагноз болезнь Крона путем ВКЭ, только у одного был ранее подтвержденный данный диагноз. Остальные 3-е пациентов были направлены в республиканские центры для решения вопроса о получении биологической терапии. Пациенты с лимфофолликулярной гиперплазией подвздошной кишки, дуодено-гастральным рефлюксом получили соответствующее лечение у гастроэнтеролога. Всем пациентам с единичными полипами проведена полипэктомия эндоскопическим методом. Один пациент с диффузным полипозом желудка и тонкого кишечника направлен на лечение в республиканский центр. Общее время прохождения капсул через весь ЖКТ в наших наблюдениях составило от 4 часов до 48 часов. В литературе описывают случаи задержки капсулы более 2х недель, в нашей практике таких случаев не было.

При использовании данного метода эндоскопической диагностики выявлен ряд положительных сторон: единственный достоверный метод диагностики всего тонкого кишечника; возможность эндоскопии пищевода, желудка и толстого кишечника; возможность не только высококачественной оценки слизистой оболочки ЖКТ, но и оценка моторики и перистальтики ЖКТ в связи с свободным транзитом видеокапсулы без применения активной инвазии и фармакологических средств; отсутствие необходимости применения анестезии, в том числе и местной; полное отсутствие лучевой нагрузки на пациента; отсутствие необходимости в стерилизации аппарата, так как капсула является одноразовой. Хочется отметить, что до обследования многие дети страдали от неизвестного диагноза, у многих не подтверждался диагноз, соответственно не было квалифицированного лечения. После проведения ВКЭ детям было назначено соответствующее лечение.

Выводы: 1. ВКЭ является высокоинформативным методом диагностики ЖКТ, дающим возможность начала ранней терапии и наблюдения в динамике.
2. Отсутствие травматичности и дискомфорта при исследовании.
3. Отсутствие необходимости в анестезии и лучевой нагрузке.
4. Безопасность - эндоскопическая капсула является одноразовой, что исключает возможность инфицирования пациента.

Контрольно – санационная лапароскопия распространенного перитонита, осложненного абдоминальным сепсисом

Койшибаев А.С., Оразалин Б.Ж., Тамаев Я.М., Моор А.А.

НАО Западно-Казахстанский медицинский университет им.М.Оспанова. Кафедра хирургических болезней №2 с урологией., Актобе, Казахстан

Введение: В случаях тяжелого течения перитонита, осложненного абдоминальным сепсисом, несмотря на устранение источника перитонита и выполненной первичной интраоперационно санации, инфекционный процесс в брюшной полости полностью не стихает. Эти больные в послеоперационном периоде нуждаются в программированных санациях. К сожалению, повторное внутриполостное вмешательство с целью санации брюшной полости традиционным открытым способом сопровождаются травматичностью, высокой операционно – анестезиологической агрессией, нередко приводят к осложнениям. У 12 - 20% пациентов отмечено возникновение кишечных свищей. Поиск путей совершенствования методики и способов санации брюшной полости является актуальной задачей абдоминальной хирургии. Применение малоинвазивных эндовидеохирургических технологий в виде контрольно-санационной лапароскопии в послеоперационном периоде у больных, перенесших лапаротомию по поводу абдоминального сепсиса, открывает новые возможности их лечения.

Цель: Целью исследования явилась сравнительная оценка эффективности санации брюшной полости у пациентов с перитонитом в послеоперационном периоде традиционным открытым и лапароскопическим методом, изучение перспективы широкого его применения.

Материал и методы: Для решения поставленных задач хирургическом отделении Актюбинского медицинского центра с 2019 по 2024 годы, проведено обследование и лечение 111 больного с распространенным перитонитом, осложненным абдоминальным сепсисом. Для сравнительной оценки результатов лечения больные были разделены на две идентичные группы. Основную группу составили 45 больных, у которых для санации брюшной полости в послеоперационном периоде использовалась контрольно– санационная лапароскопия. В контрольную группу вошло 66 аналогичных пациентов, у которых выполнены традиционные открытые санации.

В обеих группах основная операция производилась открытым способом, включающим в себя лапаротомию, устранение источника перитонита, обязательную интубацию кишечника, санацию брюшной полости озонированными растворами, дренирование. Отличием было лишь в способах санации брюшной полости в послеоперационном периоде. Комплексная интенсивная терапия в послеоперационном периоде была одинаковой в обеих группах.

Мы в своей практике придерживаемся классификации перитонитов, предложенная В.С. Савельевым с сотрудниками (1999) и рекомендованная Ассоциацией хирургов стран СНГ имени Н.И. Пирогова в 2003 году. Для оценки тяжести состояния больных в сравниваемых группах использовались международные системы – шкалы APACHE II, SAPS.

Для КСЛ использовано стандартное оборудование и инструменты фирм «Карл Шторц».

Динамические санации в послеоперационном периоде проводились всем больным. Показания и сроки их выполнения определялись состоянием больных, показателями клинико-лабораторных данных и результата ультразвукового исследования.

Результаты и обсуждение. Динамика изменения степени микробной обсемененности брюшной полости в процессе лечения до и после каждой санации брюшной полости исследована у всех 111 больных как в изучаемой, так и контрольной групп. Бактериальная обсемененность брюшной полости в начальном этапе основной операции у всех больных в обеих исследуемых группах была высокой в концентрации 107-109 КОЕ/мл, а после устранения источника перитонита и интраоперационной санации брюшной полости озонированными растворами снижалась до 103-105 КОЕ/мл. Изучение микробного пейзажа в отделяемом экссудате из брюшной полости, полученного по дренажным трубкам на 2-3-е сутки после основной операции показало постепенное нарастание уровня микробной контаминации до 106 - 108 КОЕ/мл, что являлось одним из показаний к программируемым лапаросанациям.

Проведенный анализ результатов микробиологических исследований в динамике до санации, во время и в различные сутки после программированных лапаросанации показал, что при лапароскопическом способе купирование инфекции происходит быстрее, чем при открытой методике. Естественно, это отражается на купировании интоксикационного синдрома.

После второй санации на 5-6 сутки после операции у 41 (95,3%) больного основной группы отмечалось прекращение болевых ощущений, отсутствие вздутия живота, нормализация температуры, уменьшение отделяемого из назоинтестинального зонда на фоне восстановления перистальтики кишечника, что позволяло активизировать пациентов и разрешить раннее вставание. На следующий день после второй санации у больных удалялись дренажи и зонд. В контрольной же группе такое благоприятное течение послеоперационного периода после второй санации отмечалось у 51 (77,3%) из 66 больных.

В основной группе кишечные зонды удалялись уже на 4 – 5 сутки, в среднем на $4,3 \pm 1,2$ сутки, а в контрольной группе в среднем на $5,8 \pm 1,3$ сутки, $P < 0,05$.

Критериями окончания программированных лапаросанации служили результаты клинического и лабораторного мониторинга, подтверждающих стихание инфекционного процесса в брюшной полости: улучшение общего состояния, нормализация температуры тела, восстановление перистальтики кишечника, снижение лейкоцитоза, отсутствие скопления жидкости по данным ультразвукового исследования, уменьшение или прекращение отделяемого по дренажам из брюшной полости и, наконец, снижение бактериальной обсеменённости ниже критического уровня

Об интенсивности купирования инфекции и санации брюшной полости свидетельствовала кратность лапаросанаций у сравниваемых групп больных в зависимости от способов санации брюшной полости. Среднее количество санаций у одного больного в основной группе составило $1,5 \pm 1,48$, а в контрольной группе $2,0 \pm 1,39$ ($P < 0,05$).

Результаты и их обсуждение: Таким образом, изучение полученных данных показало, что применение КСЛ предпочтительно в сравнении с традиционными программированными релапаротомиями. Более того, начиная со второй лапаросанации при использовании КСЛ отмечается более быстрое купирование инфекции в брюшной полости и легкое течение послеоперационного периода. По мнению авторов, преимущество метода продиктовано, во – первых, низкой инвазивностью КСЛ, наименьшим травматическим воздействием процедуры на органы брюшной полости и более ранним восстановлением нормальной функции желудочно-кишечного тракта.

Например, при контрольно-санационной лапароскопии отсутствует контакт кишечных петель с рукой хирурга и хирургическими инструментами. В связи с этим такие осложнения, как кишечные свищи, послеоперационные вентральные грыжи вообще не наблюдались. А в контрольной группе эти осложнения соответственно имели места в 3,1% и 10,6% случаях. Благодаря малой инвазивности контрольно-санационной лапароскопии, легкому течению послеоперационного периода и активному поведению больных в послеоперационном периоде почти в два раза (с 10,6% до 6,7%) снизились легочные осложнения.

Существенно снизилась и послеоперационная летальность: в основной группе из 45 больных умерло 5, что составило 11,1 %, в контрольной группе из 66 человек умерло 10 пациентов (15,1%).

Выводы: 1. Лапароскопический метод санации брюшной полости в послеоперационном периоде является полноценной альтернативой открытым программированным релапаротомиям за счет пониженной хирургической агрессии, минимального воздействия, обеспечения более легкого течения послеоперационного периода. Все это способствует улучшению результатов лечения тяжелых форм перитонита с абдоминальным сепсисом.

2. Благодаря вышеуказанным свойствам КСЛ улучшает результаты лечения больных: снижение частоты послеоперационных осложнений с 50% до 28,8%, сроков пребывания больных в стационаре с $27,3 \pm 2,2$ койко-дня до $18,1 \pm 1,4$ койко-дня, уровня послеоперационной летальности с 15,1% до 11,1%.

Опыт лечения детей с деструктивным аппендицитом с гнойными осложнениями путём лапароскопических операций

Жумажанов Е.А.

Университетский госпиталь НАО «МУС» отделение детской хирургии, Семей, Казахстан

Введение: Острый деструктивный аппендицит с гнойными осложнениями у детей является тяжёлой формой патологии органов брюшной полости, требующей срочного и адекватного вмешательства. Лапароскопический доступ, хотя и ранее применялся преимущественно при неосложнённом аппендиците, всё шире используется при осложнённых формах. По данным зарубежных исследований (Smith et al., 2020; Zhang et al., 2021; Turkish J Surg, 2023), лапароскопия показывает меньшую частоту инфекционных осложнений по сравнению с открытым доступом, при условии качественной санации и грамотно подобранной антибиотикотерапии.

Цель: Применялась целенаправленная антибактериальная терапия. Послеоперационных осложнений не зарегистрировано. Полученные результаты подтверждают высокую эффективность и безопасность метода.

Материал и методы: В исследование включены 43 ребёнка в возрасте от 4 до 18 лет, находившихся на лечении в хирургическом отделении УГ НАО «МУС» в период с января 2023 по март 2025 гг.

Результаты и их обсуждение: Все 43 пациента успешно прооперированы лапароскопически.

- Конверсий в открытую операцию не потребовалось.
- Послеоперационных осложнений (нагноений, инфильтратов, повторных операций) не зарегистрировано.
- Средняя продолжительность госпитализации — 14 дней.
- Повторных обращений и рецидивов заболевания не отмечено.

Выводы: Лапароскопическая аппендэктомия безопасна и эффективна при гнойных формах аппендицита у детей.

2. Правильно подобранная антибактериальная терапия является критически важной для профилактики осложнений.

3. Результаты отечественной практики соответствуют современным международным подходам.

4. Лапароскопия может рассматриваться как метод выбора даже при осложнённом течении, при наличии квалифицированной команды и соответствующего оборудования.

Комплексный подход к терапии стрессового недержания мочи у женщин: повышение качества жизни через биологическую обратную связь и электростимуляцию

Айтбаева Б.М., Шәкен А., Тлекқабұл Н., Торғай Қ.

НАО «Медицинский Университет Астана», Астана (Нур-Султан), Казахстан

Введение: Стрессовое недержание мочи диагностируется примерно у каждой третьей женщины старше 40 лет. По данным Международного общества по изучению недержания (ICS), лишь 25% пациенток с симптомами обращаются за специализированной медицинской помощью. При этом частота рецидивов после хирургического лечения достигает 20% в течение 10 лет, что подчёркивает необходимость эффективных консервативных методов терапии.

Цель: Оценить эффективность тренировки мышц тазового дна с использованием биологической обратной связи и электростимуляции у женщин с СНМ.

Материал и методы: В исследование включены женщины со СНМ лёгкой и умеренной степени. Участницы были разделены на две группы: первая получала терапию с биологической обратной связью (БОС), вторая — с добавлением электростимуляции. Продолжительность лечения составила три месяца. Оценка эффективности проводилась по шкале Oxford, дневнику мочеиспускания и опроснику качества жизни I-QoL.

Результаты и их обсуждение: В исследование включены 40 пациенток, разделённых на две группы по 20 человек.

По шкале Oxford сила мышц тазового дна увеличилась: с 2,3 до 3,7 в группе А (95% ДИ [3,4–4,0]) и с 2,2 до 4,1 в группе В (95% ДИ [3,8–4,4]). Более выраженный прирост в группе с электростимуляцией особенно значим при нагрузках (кашель, физическая активность).

Согласно дневникам мочеиспускания, частота эпизодов недержания снизилась на 55,8% в группе А (с 5,2 до 2,3; 95% ДИ [1,9–2,7]; $p < 0,05$) и на 78,4% в группе В (с 5,1 до 1,1; 95% ДИ [0,7–1,5]; $p < 0,05$).

Оценка качества жизни показала улучшение на 65% в группе А (95% ДИ [72,5–82,9]; $p < 0,001$) и на 80% в группе В (95% ДИ [79,3–89,5]; $p < 0,001$), что подчёркивает положительное влияние комплексной терапии на субъективное восприятие и самооценку. Перспективы: расширение исследования с включением контроля, увеличением выборки, наблюдением в динамике.

Выводы: Комбинация БОС и электростимуляции показала свою эффективность на физиологическом, субъективном и поведенческом уровнях.

Такой подход может рассматриваться как альтернатива хирургическому лечению у женщин с лёгкой и умеренной степенью стрессового недержания мочи, особенно на амбулаторном этапе.

Редкий клинический случай: «Врожденная диафрагмальная грыжа Морганьи у ребенка»

Изнаилов С А, Рахимжанов К К, Жуманова Д К.
Центр матери и ребенка, Усть-каменогорск, Казахстан

Введение: Несмотря на свою редкость, грыжа Морганьи сопряжена со значительным риском осложнений и летальности, поэтому не теряет актуальности в практической хирургии. Как правило, ее диагностируют в детском возрасте, но она может оставаться бессимптомной вплоть до зрелого возраста.

При сравнительной оценке результатов мировой литературы, частота рождаемости детей с диафрагмальными грыжами составляет 1–4 на 5000-10 000 живорожденных. По соотношению полов 1:1. Врожденная грыжа Морганьи является большой редкостью и составляет лишь 3–5% из всех типов врожденных диафрагмальных грыж.

Цель: Предоставить обзор на редкий случай диафрагмальной грыжи. Улучшить результаты лечения с использованием эндовидеохирургической методики – устранения дефекта диафрагмы, как альтернативного малоинвазивного и малотравматичного метода лечения у детей.

Материал и методы: Грыжей Морганьи принято называть образовавшийся врожденный дефект между поперечной перегородкой и реберный край диафрагмы, через который происходит протрузия органов брюшной полости в грудную полость. Грыжевой мешок образует париетальная брюшина.

Данную патологию диафрагмы выявил и впервые описал в 1769 г. итальянский анатом Джованни Баттиста Морганьи. Чуть позже, в 1828г, французским хирургом Д.Ж. Ларреем, дано описание оперативного лечения посредством хирургического доступа через грудино-реберный треугольник. Представляем следующее клиническое наблюдение:

Пациент, девочка 2г11мес, поступает в декабре 2024г., в «Центр матери и ребенка» г.Усть-каменогорск, в отделение «Детской хирургии и урологии» с жалобами на периодический кашель, периодические боли в животе, снижение аппетита, быстрая утомляемость.

Из анамнеза: Ребенок от 3 беременности, 3 родов. Беременность протекала без особенностей.

Роды самостоятельные, в срок. Вес при рождении-3300гр, рост-54см. Растет и развивается соответственно возрасту. На «Д» учете не состоит. Травм не было. Операций не было. Из перенесенных заболеваний простудные-ОРЗ, ОРВИ. Ребенок не часто болеющий. Контакта с ТБС, гепатитом не было. Прививки получают по календарю. Наследственность не отягощена.

Родители ранее не обращали внимания на покашливание ребенка и не обследовались.

Кашель в течении 1 года, периодически боли в животе, срыгивания. В течении последних 5-6 месяцев кашель нарастает, снижение аппетита, быстрая утомляемость. Обратились к уч врачу, произведена обзорная рентгенография грудной клетки, признаки диафрагмальной грыжи.

Произведена компьютерная томография-картина диафрагмальной грыжи Морганьи. Осмотрен хирургом, рекомендовано оперативное лечение. Ребенок госпитализируется в хирургическое отделение в плановом порядке. Общее состояние ребенка ближе к удовлетворительному.

Девочка активна. Не температурит Т-36,6С. Самочувствие не нарушено. Беспокоит покашливание, периодически боли в животе во время игры. Сон спокойный, аппетит несколько снижен. Кожные покровы и слизистые чистые, обычной окраски. Подкожно-жировой слой развит умеренно.

Видимой костно-суставной патологии не определяется. Грудная клетка симметрична. Дыхание свободное. Одышки нет. Перкуторно над легкими легочной звук. Аускультативно в легких везикулярное дыхание, хрипов нет. В нижних отделах выслушиваются шум перистальтики кишечника. ЧД-25 в мин. Сердечные тоны ясные, ритмичные. ЧСС-94 в мин. АД-95\55мм.рт.ст.

Живот не вздут, пальпаторно мягкий, безболезнен. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не определяется. Перитонеальные знаки отрицательны. Мочится свободно. Стул регулярный, периодически отмечают разжижение.

Дополнительных сопутствующих патологий у ребенка не выявлено.

Диагноз грыжи Морганьи уточнен при рентгеновском, рентгенконтрастном исследовании желудочно-кишечного тракта и компьютерной томографии. Ребенку проведена операция-лапароскопическое ушивание грыжевых ворот без иссечения грыжевого мешка, путем подшивания диафрагмы к брюшной стенке экстракорпоральными трансфасциально-мышечными швами при помощи иглы Бёрси и фиксацией лигатур в подкожной клетчатке по предложенной методике R. Shah в 90-х годах.

Описание метода наложения швов: на передней брюшной стенке, у мечевидного отростка, проекционно дефекту диафрагмы, произведен поперечный разрез до 2см. Под визуальным контролем прокалывали брюшную стенку атравматичной иглой с нерассасывающейся нитью (монофил №0) через рану в брюшную полость. Затем, в брюшной полости иглодержателем захватывали иглу и прошивали диафрагму задней стенки грыжевых ворот, создавая отдельный П-образный шов. Нить с иглой выводили через ту же кожную рану, отступив 1 см от первого вкола, путем предварительного прокалывания иглы Бёрси с захватом лигатуры и выведением ее под кожу. Наложив необходимое количество подобных швов по всей ширине дефекта в диафрагме, проводилось поочередное завязывание лигатур экстракорпорально, без натяжения, прочно фиксируя диафрагму к брюшной стенке. Таким образом, узел располагался на фасции в подкожно-жировой клетчатке. Завершающим этапом восстановлена серповидная связка путем ушивания с наложением интракорпоральных швов.

Результаты и их обсуждение: Длительность операции составила около 30 минут.

Послеоперационный период протекал гладко. Кормление начато через 6 часов от момента операции. Явлений дисфагии не отмечалось. Дыхание не было нарушенным. Одышки не наблюдалось. Кашель купировался в течении первых 2-х суток. Ребенок в первые сутки начал активизироваться, самостоятельно передвигаться, играть. На контрольной рентгенограмме органов грудной клетки и брюшной полости четко прослеживается купол диафрагмы без патологических теней в проекции средостения и грудной полости. Нарушений сердечного ритма не наблюдалось. Вторичных гнойно-воспалительных осложнений со стороны грудной клетки и средостения, а также со стороны брюшной полости не наблюдалось. Раны зажили первичным натяжением. Ребенок выписался в удовлетворительном состоянии на 5 сутки.

Выводы: 1) Врожденная грыжа Морганьи встречается очень редко. В этой связи неспецифичность проявлений способствуют запоздалой диагностике. Обычно проявлением в детской возрастной группе является рецидивирующая инфекция грудной клетки и редко желудочно-кишечные симптомы.

2) Оперативное лечение показано во всех случаях, даже при бессимптомном течении, из-за риска ущемления, кишечной непроходимости и заворота желудка.

3) Лапароскопический подход в герниорафии при (ретростеральной) грыже Морганьи у детей является одним из методов выбора как малоинвазивный и малотравматичный метод,

4) Сокращает сроки госпитализации,

4) Лапароскопическое ушивание грыжевых ворот с подшиванием диафрагмы к брюшной стенке экстракорпоральными трансфасциально-мышечными швами с фиксацией лигатур в подкожной клетчатке обеспечивает надежное закрытие грыжевого дефекта.

Эндоскопические органосохраняющие вмешательства по поводу крупных эпителиальных новообразований прямой кишки

Гришина Е.А., Гришина Е.А., Шишин К.В.
МКНЦ имени А.С.Логина, Москва, Россия

Введение: колоректальный рак является одной из основных причин смертности, связанной с онкологическими заболеваниями. Прямая кишка является наиболее распространенной локализацией злокачественных опухолей в толстой кишке. При обнаружении новообразований на раннем этапе становится возможным их радикальное удаление с применением минимально инвазивных методик и сохранением анального сфинктера, что существенно сказывается на качестве жизни пациентов

Цель: оценить эффективность и безопасность эндоскопического удаления крупных новообразований прямой кишки (площадью более 20 см²) методом диссекции в подслизистом слое.

Материал и методы: в исследование включен 41 пациент с крупными новообразованиями прямой кишки, находившихся на лечении с 2018 по 2025 год ГБУЗ «Московский Клинический Научно-практический Центр им. А.С. Логина ДЗМ». У 28 (31,7%) пациентов новообразования локализовались в непосредственной близости от анального канала (менее 1 см) или с переходом на зубчатую линию. В подобных ситуациях только эндоскопическое удаление новообразования позволяло сохранить анальный сфинктер, что обуславливало приоритет выбора методики операции. Наибольшее расстояние нижнего края опухоли от анального канала составило 15 см. Циркулярное поражение наблюдали у 4 (10%) пациентов. Поражение с распространением на 2/3 окружности было у 12 (30%) пациентов. Поражение на 1/3 окружности выявлено у 25 (60%) пациентов.

Характер эпителиальных новообразований по данным предоперационного гистологического исследования был представлен тубулярной аденомой низкой степени дисплазии, low-grade (32 — 78,1%), тяжелой степени дисплазии, high-grade (3 — 7,3%). В 6 (14,6%) наблюдениях биопсия не проводилась, с целью профилактики развития фиброза в подслизистом слое. Оценку инвазивного роста проводили по визуальной картине структуры ямочного эпителия и микрососудистого рисунка.

Результаты и их обсуждение: Большинство новообразований - 39 (95%) удалось удалить единым блоком. В 2 (5%) наблюдениях потребовалось выполнение гибридной методики с применением эндоскопической петли. При этом удаление опухоли было выполнено фрагментарно, что связано с выраженным фиброзом в подслизистом слое, выявленном в процессе выполнения оперативного вмешательства. Применение тракции петель использовали в 2 (6,25%) наблюдениях. Поверхностные повреждения мышечного слоя отмечены в 1 (2,4%) наблюдении. Повреждение мышечного слоя было обусловлено выраженным фиброзом подслизистого слоя, что нарушало визуализацию анатомических структур. В данном случае повреждение не требовало клипирования, однократно проводили введение антибактериальных препаратов с профилактической целью. Последующее введение антибактериальных препаратов не потребовалось.

По данным гистологического исследования удаленных препаратов у 32 (78,1%) пациентов выявлены тубулярные аденомы низкой степени дисплазии, low-grade, у 4 (9,7%) пациентов выявлена тяжелая степень дисплазии, high-grade. Вертикальный и латеральный края резекции во всех наблюдениях без признаков поражения - R0, без признаков сосудистой - Lv0 и перинеуральной инвазии - Pn0. При фрагментарном удалении оценка латерального края резекции не выполнялась.

Ввиду повышенного риска развития стеноза в послеоперационном периоде, пациентам с циркулярным поражением кишки и с оперативным вмешательством в области анального канала уделяли особое внимание. Всем пациентам этой группы дополнительно назначали свечи салофальк 500 мг 2 раза в день, до полной эпителизации пострезекционного дефекта.

При удалении новообразований циркулярного и субциркулярного характера обязательное контрольное исследование выполняли через 2 недели, что расценивали в качестве элемента раннего бужирования. При контрольном обследовании через 3 месяца у 35 (85%) пациентов, с первичным поражением кишки 2/3 и 1/3 выявлены клинически не значимые рубцовые изменения, не суживающие просвет прямой кишки. У 3 (6,25%) пациентов с циркулярным поражением определяли циркулярные рубцовые изменения, умеренно суживающие просвет кишки не менее чем 20 мм, что не имело функционального значения и клинических проявлений. При выполнении оперативного вмешательства, с поражением на 2/3 и 1/3 окружности прямой кишки, мы всегда старались оставлять «здоровую» полоску слизистой, избегая циркулярной резекции слизистой, для профилактики развития стриктуры в послеоперационном периоде. У одного пациента выявлен рецидив новообразования в области послеоперационного рубцового дефекта, в связи с чем выполнили повторное удаление новообразования методом диссекции в подслизистом слое.

Выводы: Современные методики диссекции в подслизистом слое обладают широкими возможностями удаления доброкачественных новообразований толстой кишки. При отсутствии признаков инвазивного роста опухоли возможно удаление новообразований большого размера в том числе с циркулярным характером роста или расположенных в непосредственной близости от анального канала, что позволяет избежать инвалидизирующих операций с формированием колостомы. Соблюдение послеоперационного ведения таких пациентов позволяет избежать клинически значимых рубцовых сужений прямой кишки в отдаленные сроки наблюдения.

Опыт эндоскопических диссекций в подслизистом слое при гигантских (≥ 90 мм) новообразованиях толстой кишки

Даххаев Г.А., Федоренко А. А, Павлов П. В.

УКБ2 ПМГМУ им. И.М. Сеченова, Москва, Российская Федерация

Введение: Резекция единым блоком слизистой оболочки ЖКТ при раннем раке и доброкачественных новообразованиях ассоциирована со значительным снижением риска местного рецидива опухоли. В настоящее время общепризнанным подходом к лечению доброкачественных и ранних злокачественных образований толстой кишки считается эндоскопическое удаление [1]. Разработанный в 1999 году японскими специалистами метод эндоскопической резекции слизистой оболочки с диссекцией в подслизистом слое (endoscopic submucosal dissection – ESD) [2], на сегодняшний день признан наиболее эффективным в лечении эпителиальных новообразований ЖКТ. Данная техника позволяет выполнять резекцию единым блоком с достижением уровня абластичности R0 - независимо от локализации образования в ЖКТ и его размера [3]. Тем не менее ESD остается технически сложным и трудоемким методом с длительной кривой обучения. В недавнем прошлом, пациентам с большими новообразованиями, распространяющимися практически на всю окружность прямой кишки, было показано хирургическое вмешательство независимо от глубины инвазии, так как эндоскопическая резекция этих образований была технически крайне затруднительна или небезопасна. Развитие и широкое внедрение в клиническую практику метода диссекции в подслизистом слое, основным преимуществом которого является сохранение качества жизни пациентов с крупными эпителиальными новообразованиями, привело к постепенному смещению «традиционных» хирургических вмешательств на второй план при подобных новообразованиях. Тем не менее – ESD технически более труден в сравнении с традиционной петлевой резекцией, операции характеризуются большей продолжительностью с повышенным риском интраоперационной перфорации. Эндоскописты, выполняющие такие вмешательства, должны быть готовы возможным техническим трудностям, а также к осложнениям, которые могут развиваться как в интра-, так и послеоперационном периодах.

[4] Сложность и трудоемкость эндоскопической резекции слизистой оболочки с диссекцией в подслизистом слое при гигантских новообразованиях часто обусловлена невозможностью обеспечить четкую визуализацию слоев стенки кишки вследствие фиброза. Именно фиброз затрудняет отсечение лоскута слизистой оболочки с опухолью от подлежащей мышцы, что может приводить к ее повреждению или переводу стандартного вмешательства на межмышечную диссекцию (EID), что повышает риск отсроченной перфорации. Высокая мобильность обширного отсеченного лоскута слизистой оболочки с крупным экзофитным компонентом также затрудняет визуализацию, побуждая нас к применению различных методов фиксации и тракции. Учитывая вышеперечисленные сложности, данная методика требует качественной предоперационной диагностики, строгого выбора показаний и контроля возможных осложнений и должна проводиться в экспертных центрах с достаточным объемом данных вмешательств.

Цель: Провести анализ клинических случаев лечения пациентов, с гигантскими эпителиальными новообразованиями толстой кишки, выполненных в условиях колопроктологического стационара УКБ №2 Сеченовского Университета.

Материал и методы: В отделении диагностической и лечебной эндоскопии УКБ №2 Сеченовского университета в период с 2019 по май 2025 было выполнено 380 ESD в толстой кишке, из которых были выделены и проанализированы результаты лечения 25 пациентов с эпителиальными новообразованиями диаметром ≥ 90 мм в максимальном измерении. Стоит отметить, что перед каждым оперативным вмешательством проводился мультидисциплинарный онкологический консилиум, соответствующий критериям JGES 2019 г. - по лечению колоректального рака. Пациенты перед эндоскопическим вмешательством проходили необходимое обследование, включавшее: консультации профильных специалистов, анализы крови, лучевые методы исследования (КТ, МРТ), УЗИ, ЭКГ и прочее.

После выполнения вмешательства оценивались такие показатели как: гистологическая полнота резекции (R0), онкологическая радикальность резекции (степень дифференцировки опухоли, глубина инвазии не более SM1, отсутствие лимфатической и сосудистой инвазии Lv-; опухолевое почкование Bd $\leq$ 1), наличие интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений, безрецидивный период.

Эндоскопические вмешательства выполнялись под наркозом у всех пациентов. Наиболее распространенный вид анестезии — это внутривенная анестезия на основе пропофола, с применением различных видов анальгетиков. Использовалась индукционная доза от 1 до 2 мг/кг, далее либо болюсное дробное введение препарата (20–40 мг), либо постоянная инфузия в дозе 4–12 мг/кг/ч, в зависимости от длительности оперативного вмешательства. В качестве анальгетиков применяются НПВС (кетопрофен, кеторолак), редко ненаркотические анальгетики (трамадол) или их сочетание. При эндоскопических вмешательствах на прямой кишке (около 3–4 часов) применялась субарахноидальная анестезия с седацией пропофолом или препаратами бензодиазепинового ряда (мидазолам). Наиболее часто применяемым видом анестезии при удалении гигантских новообразований явилась общая комбинированная анестезия с миоплегией и искусственной вентиляцией легких (ИВЛ).

Эндоскопическую мукозэктомию с диссекций в подслизистом слое выполняли на видеоэндоскопических стойках японского производства, с помощью видеоэндоскопов с прозрачным дистальным колпачком и дополнительным каналом подачи воды, возможностью узкоспектрального осмотра и увеличения. Для инсуффляции в просвет кишки использовали только углекислый газ.

Методика операции заключалась в следующем: по инструментальному каналу эндоскопической иглой в подслизистый слой выполнялась инъекция коллоидного изотонического раствора или натрия хлорида 0,9%, подкрашенного раствором индигокармина (1:5000) с целью лифтинга слизистой оболочки. Добавление в раствор для инъекции красителя помогало в визуализации элементов подслизистого слоя. Краситель не взаимодействует со слизистой оболочкой и мышечным слоем, тем самым облегчает ориентировку в тканях во время вмешательства.

Эндоскопическими ножами с открытой или изолированной режущей кромкой выполнялось рассечение слизистой оболочки и волокон подслизистого слоя. Режимы резания и коагуляции чередовались в ходе операции - в зависимости от непосредственной ситуации.

При визуализации крупных сосудов выполнялась их коагуляция с помощью специализированных щипцов с последующим пересечением. После полного отделения - препарат извлекали, фиксировали его без излишнего перерастяжения у латеральных краев к плотной подложке (пенопластовой пластине) непосредственно в условиях операционной. Далее с целью его фиксации на 12–24 часа погружали в контейнер с 10% нейтральным формалином. В направлении патологоанатому предоставлялась необходимая информация: результаты предоперационной диагностики, локализация, объем вмешательства, особенности и результаты макроскопического исследования.

Послеоперационная рана оценивалась на наличие перфорации, потенциального кровотечения. Проводилась профилактическая коагуляция или клипирование видимых крупных сосудов в краях и дне раны. При наличии рисков перфорации выполнялось укрытие поврежденного мышечного слоя местными тканями с помощью эндоскопических клипс.

Результаты и их обсуждение: В исследуемую группу были включены 25 пациентов, которые имели размеры эпителиальных новообразований от 90 до 160 мм. Средний возраст пациентов составил $67,1 \pm 10,1$ лет ($M \pm SD$); 64% ($n=16$) пациентов было мужского пола, 36% ($n=9$) — женского. Средний размер новообразования составил $119,0 \pm 23,4$ мм ($M \pm SD$); средняя продолжительность операции составила $381,0 \pm 176,7$ мин ($M \pm SD$). Частота резекции единым блоком составила 92% (23/25); гистологическая полнота резекции (отсутствие опухолевых клеток в вертикальном и горизонтальном краях - R0) составила 88% (22/25); радикальность лечения (R0 + отсутствие факторов риска прогрессирования) констатирована у 88% (22/25) пациентов.

Интраоперационная перфорация толстой кишки диагностирована в 20% (n=5) случаев, все перфорации были интраоперационно устранены клипированием с последующей антибиотикопрофилактикой, начиная с интраоперационного периода и далее в течение 3—5 суток. Средний размер перфорации составил $6,8 \pm 4,3$ мм. Интраоперационные кровотечения возникли в 64% (n=16) случаев, время, затраченное на остановку кровотечения, составило $13,1 \pm 11,4$ мин (M $\pm$ SD).

Распределение выполненных операций по отделам толстой кишки выглядит следующим образом: прямая кишка 84% (n=21), сигмовидная кишка 8% (n=2); поперечно-ободочная кишка 8% (n=2);

Распределение по гистологическому типу новообразований было следующим: тубулярно-ворсинчатая аденома с тяжелой дисплазией эпителия (TVA HG) была отмечена у 13 (52%) пациентов; тубулярно-ворсинчатая аденома с легкой дисплазией эпителия (TVA LG) у 5 (20%) пациентов; преинвазивная аденокарцинома G1 выявлена у 4 (14%) пациентов; аденокарцинома с инвазией pT1sm1 отмечена у 1 (4%) пациента; традиционная зубчатая аденома с легкой и тяжелой дисплазией эпителия (TSA LG и HG) — по 1 (4%) пациенту.

Техническая сложность при выполнении ESD констатирована в 80% (n=20) случаев и преимущественно была обусловлена выраженным фиброзом в подслизистом слое.

Распределение пациентов по степени фиброза было следующим: степень F0 -9 (36%); F1- 8 (32%); F2- 8 (32%) пациентов. (рис. № 1АБВ).

Распределение пациентов согласно Парижской классификации (определяющей макроскопический тип новообразования) представлена следующим образом: 0-IIa+Is 22(88%); 0-IIa+IIs 2(8%); 0-Is 1 (4%).

Выводы: Эндоскопическая мукозэктомия с диссекцией в подслизистом слое — сложный в освоении метод эндоскопического удаления плоских новообразований, имеющий длительную «кривую обучения» и характеризующийся несколько большим количеством непосредственных осложнений в сравнении с традиционной петлевой электрорезекцией.

Вместе с тем ESD характеризуется наименьшей частотой возникновения рецидивов, позволяя в большинстве случаев достигнуть удаления новообразования единым блоком (рис №7АБ), позволяет морфологам прецизионно оценить полноту резекции.

Единственная адекватная альтернатива ESD по радикальности излечения — при обширных новообразованиях — это объемное хирургическое лечение с удалением пораженного органа полностью, что чаще всего серьезно сказывается на качестве жизни пациента — ведь большинство гигантских LST встречаются в прямой кишке. Таким образом эндоскопическая мукозэктомия с диссекцией в подслизистом слое позволяет сохранить важный орган — например прямую кишку, при достижении абсолютной радикальности вмешательства и крайне малом количестве клинически значимых осложнений.