

cholecystitis. *Journal of Digestive Disease*, 2014, Vol. 19, pp. 508-512.

ХУЛОСА

Ч.А. Абдуллозода, Л.А. Фуломов,
Ш.Ш. Сайфудинов, А.М. Сафаров,
Ч.М. Сайдалиев, М.К. Билолов

РАВИШИ ЧАРРОҲӢ ДАР ТАБОБАТИ БЕМОРОНИ ХОЛЕТСИСТИТИ ШАДИДИ ОБТУРАТСИОНӢ

Мақсади тадқиқот. Бехтаргардонии натиҷаи табобати беморони холетсистити шадиди обтуратсионӣ, бо роҳи коркард ва истифодабарии тарзи ташхису табобати тафрикавӣ.

Мавод ва усулҳо тадқиқот. Натиҷаи ташхис ва табобати 90 беморе, ки гирифтҳои холетсистити шадиди обтуратсионӣ буданд ва дар МД “Мачмаи тандурустию Истиклол”-у МДМӢ ШТТ-ш Душанбе дар солҳои 2014-2019 табобат гирифтаанд, санҷида шуд. Ба гуруҳи асосӣ (1-ум) 38 бемор шомил буданд ва ба онҳо тарзи дузинагии табобат дар асоси лазеротерапия гузаронила шуд. Гуруҳи назорати (2-юм)-ро 52 бемор ташкил кард, ки ба онҳо танҳо холетсистэктомия лапароскопӣ гузаронида шуд. Табобати беморон аз руи таснифоти холетсистити шадид “ТОКЮ guidelines 2006-

2013” гузаронида шуд.

Натиҷаҳо тадқиқот ва муҳокимаи онҳо. Ба оризаҳои то чарроҳӣ инфилтрати перивезикалӣ дар 9 (23,7%) ҳолат дар яқум ва дар 11 (26,2%) дар дуҷум гуруҳ, эмпиемаи талхадон дар 2 (5,3%) ва дар 4 (9,5%) дар мутаносибият. Ҳангоми чарроҳӣ гузариш дар гуруҳи назоратӣ бештар буд. Шумораи ориза дар муддати зиёда аз 72 соат бештар шуд. Бештари беморони гуруҳи 2-юм баъди 72 соати обтуратсия чарроҳӣ шуда буданд, ки дар гуруҳи 1-ум дар чунин ҳолат тарзи сайқалдодаи думарҳилагӣ гузаронида шуда буд. Дар давраи баъдичарроҳӣ оризаҳои чузъӣ дар гуруҳи 2-юм бештар мушоҳида шуд. Фавт танҳо дар гуруҳи назорати, яъне аз 52 бемор дар 1 (1,92%) ба назар расид.

Хулоса. Тарзи ташхиси маҷмаъа имконият медиҳад, ки сари вақт ташхиси дуруст гузорем, мукамал ҳолати девораи талхадонро баҳо гузорем ватарзи табобати дурустро оғоз кунем. Обтуратсияи талхадон то 72 соат барои холетсистэктомия лапароскопӣ гайринишондод нест, агар дигар гайринишондод ҷой надошта бошад. Баъди 72 соат тарзи сайқалдодашудаи думарҳилагӣ бартарӣ дорад.

Калимаҳои калидӣ: холетсистити шадиди обтуратсионӣ, холетсистэктомия лапароскопӣ, тарзи думарҳилагии табобат.

УДК: 616.366-089.87-072.1

Ш.Ш. Амонов, М. Олими, Ф.Б. Бокиев

FAST TRACK ХИРУРГИЯ — МУЛЬТИМОДАЛЬНАЯ СТРАТЕГИЯ ПРИ КАЛЬКУЛЁЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ У БОЛЬНЫХ С КЛАПАННЫМИ И КОРОНАРНЫМИ ПОРОКАМИ

¹Кафедра хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

²Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии

Маъруф Олими - очный аспирант кафедры хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибн Сино; 734003, Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки 139; тел.: +992985475500 e-mail: marufjon93-93@mail.ru

Цель исследования. Оценить эффективность внедрения программы Fast Track в хирургическом лечении желчнокаменной болезни у больных с сопутствующими клапанными и коронарными пороками.

Материалы и методы исследования. Работа основана на результате хирургического лечения 21 больных желчнокаменной болезнью с сопутствующими клапанными и коронарными пороками за период с 2015-2019 гг.. В комплекс предоперационного обследования входили: ультразвуковое исследование, электрокардиография, эхокардиография, исследование функции внешнего дыхания и рентгенография грудной клетки, эзофагогастро-дуоденоскопия, КТ и МРТ (индивидуально) и лабораторные методы исследования.

Результаты исследования и их обсуждение. Длительность операции составила в среднем 31±10 минут.

Случаев интраоперационного осложнения и конверсий не было. Среднее пребывание больных в стационаре $2,2 \pm 0,8$ дней. В раннем послеоперационном периоде осложнения и летальных исходов не было.

Заключение. Применение программы ускоренной реабилитации пациентов – Fast track у больных желчно-каменной болезнью с сопутствующими клапанными и коронарными пороками позволяет значительно сократить длительность пребывания в стационаре и восстановить трудоспособность больных в более короткие сроки без снижения эффективности лечения.

Ключевые слова: калькулёзный холецистит, программа FAST TRACK, коронарный порок, клапанный порок, лапароскопическая холецистэктомия.

Sh.Sh. Amonov, M. Olimi, F.B Boqiev

FAST TRACK SURGERY - MULTIMODAL STRATEGY FOR CALCULOUS CHOLECYSTITIS IN PATIENTS WITH VALVULAR AND CORONARY DEFECTS

¹Department of Surgical Diseases №2 of the SEI Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Tajikistan

²Republican Scientific Center of Cardiovascular Surgery, Dushanbe, Tajikistan

Maruf Olimi - full-time postgraduate student of the SEI Avicenna Tajik State Medical University; 734003, Dushanbe, Rudaki Ave. 139. Tel: +992985475500 e-mail: marufjon93-93@mail.ru

Aim. To evaluate the effectiveness of the implementation of the Fast Track program in the surgical treatment of cholelithiasis in patients with concomitant valvular and coronary defects.

Material and methods. The work is based on the results of the surgical treatment of 21 patients with cholelithiasis with concomitant valvular and coronary defects for the period of 2015-2019. The comprehensive preoperative examination included ultrasound examination, electrocardiography, echocardiography, examination of the respiratory functions, chest x-ray, esophagogastroduodenoscopy, CT, MRI (individually), and laboratory research examination.

Results. The duration of the surgery averaged 31 ± 10 minutes. There were no cases of intraoperative complications and conversions. The average hospital stay of patients made 2.2 ± 0.8 days. No complications were noted in the early postoperative period. There were no fatal outcomes.

Conclusion. The use of the program for accelerated patient rehabilitation - Fast track in patients with cholelithiasis with concomitant valvular and coronary malformations can significantly reduce the length of hospital stay and restore patients to work more quickly without reducing the effectiveness of treatment.

Keywords: calculous cholecystitis, FAST TRACK surgery, coronary disease, valvular disease, laparoscopic cholecystectomy.

Актуальность. Желчнокаменная болезнь встречается у 5-25% взрослого населения. В хирургическом лечении желчнокаменной болезни лапароскопическая холецистэктомия считается «золотым стандартом» [1]. Несмотря на более 30-летний опыт с момента выполнения первой лапароскопической холецистэктомии в 1987 г. и непрерывное совершенствование медицинских технологий и оборудования, количество послеоперационных осложнений увеличивается и не имеет тенденции к снижению. Частота развития интраоперационных осложнений составляет 0,3-0,6%, а послеоперационных до 3,1% [5]. Самым частым интраоперационным осложнением является кровотечение, которая встречается до 4% [4], а у больных с сопутствующими клапанными и коронарными пороками, и тем более принимающие антикоагулянты может быть и выше.

В 2019 году исполнилось 20 лет с момента первой публикации по ERAS, но несмотря на это,

эта стратегия практически не внедрена в практику хирургов и анестезиологов-реаниматологов Республики Таджикистан. Основателем мультимодальной Fast track программы в Европе, охватывающей все фазы периоперационной терапии, является датский анестезиолог-реаниматолог профессор Henrik Kehlet [2].

Методология Fast track, основанная на принципах доказательной медицины, уменьшает количество интра- и послеоперационных осложнений и ускоряет время реабилитации больных. Практическая реализация концепции возможна только при мультидисциплинарном подходе: комбинации минимально инвазивных операций в сочетании с фармакологическим подавлением стресса и методами активной реабилитации. Само понятие «Fast track» охватывает все фазы периоперационной терапии: дооперационную, интраоперационную и послеоперационную.

Цель исследования. Оценить эффективность

внедрения программы Fast Track в хирургическом лечении желчнокаменной болезни у больных с сопутствующими клапанными и коронарными пороками.

Материалы и методы исследования. Работа основана на результате хирургического лечения 21 больных желчнокаменной болезни с сопутствующими клапанными и коронарными пороками за период с 2015-2019 гг. Преобладали лица женского пола - 14 (66,7%). Возраст больных колебался от 56 до 78 лет. Давность установленного камненосительства - до 15 лет.

В анализируемых группах: ишемическая болезнь сердца отмечалась у 12 (57,14%), аритмии у 4 (19%), митральный порок у 5 (23,8%) и 6 человек (28,6%) перенесших операции на сердце, у 3 (14,3%) было стентирование коронарных артерий, у 2 (9,52%) протезирования митрального клапана и у 1 человека (4,76%) - аорто-коронарное шунтирование. У наших пациентов на первом этапе проводилась операция на сердце, на втором в сроки от 6 месяцев до 2 лет - холецистэктомия.

У 3 (14,3%) больных имелся сопутствующий сахарный диабет, и они нуждались в консультации эндокринолога по поводу сахароснижающей терапии до показателей уровня сахара крови \approx 7-10 ммоль/л.

В комплекс предоперационного обследования входили ультразвуковое исследование, электрокардиография, эхокардиография, исследование функции внешнего дыхания и рентгенография грудной клетки, эзофагогастродуоденоскопия, КТ и МРТ (индивидуально) и лабораторные методы исследования.

На диагностическом этапе, особо акцентировали внимание на состояние сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Диагностику проводили в амбулаторных условиях. Больные госпитализировались за день до операции или утром перед операцией для улучшения психосоматической подготовки.

Всем пациентам было проведена лапароскопическая холецистэктомия с применением стратегий программы Fast Track Surgery.

Операции выполняли набором инструментария и эндоскопической стойкой фирм «Richard Wolf» и «Karl Sthorz».

Использовали стандартный доступ из четырех точек. Технические этапы выполнения лапароскопической холецистэктомии не отличались от стандартных.

К стратегиям интраоперационного периода

входили:

1. Анестезия - сводящая к минимуму хирургический стресс, соответствует целям Fast track хирургии. Введение в клиническую практику быстро- и короткодействующих внутривенных (пропофол) анестетиков, опиоидов и миорелаксантов, что позволило сократить продолжительность восстановительного периода и уменьшить потребность в длительном мониторинге [6]. Дополнительно для снижения послеоперационной боли места проколов троакаров вводили 0,25% новокаин по 10 мл.

2. Использование минимально агрессивных хирургических методик, что уменьшает воспалительный компонент стрессового ответа, существенно не влияя на нейроэндокринный и метаболический ответ. Миниинвазивная хирургия подразумевает снижение боли и сокращение сроков пребывания в стационаре по сравнению с открытыми методиками [10]. Интенсивность болевого синдрома после лапароскопических операций, менее выражена, чем после лапаротомии [6].

3. Оптимизированная инфузионная терапия во время оперативного вмешательства предполагает предупреждение интраоперационной гиповолемии и чрезмерной инфузии кристаллоидов у больных желчнокаменной болезнью с сопутствующими клапанными и коронарными пороками, которые могут привести к отекам, ухудшению оксигенации тканей и замедлению заживления [3]. Возможность же употребления жидкости ночью и отказ от подготовки кишечника приводит к отсутствию гиповолемии в начале операции и снижению интраоперационной инфузии.

4. Обеспечение интраоперационной нормотермии - развитие интраоперационной гипотермии влечёт за собой ухудшение гемостаза с увеличением внутри- и послеоперационной кровопотери, усиление послеоперационной дрожи с повышенным потреблением кислорода и повышение риска ишемии миокарда [4]. Активное согревание пациента, укрывание неоперируемых частей тела и назначение подогретых инфузионных сред помогают поддерживать нормотермию. Температура в операционной было в пределах 24-26°C.

5. Мониторинг уровня карбоксиперитонеума, с учетом его отрицательного влияния на сердечно-сосудистую и дыхательную систему, считали наиболее важным моментом. Учитывая это на всем протяжении операции, карбоксиперитонеум поддерживали в пределах 6-9 мм.рт.ст., что обеспечивала необходимое рабочее пространство.

6. Согласно классическим рекомендациям при Фовлеровском положении с подъемом головного конца на 15-20° и поворотом стола влево, достигается хороший обзор при лапароскопической холецистэктомии. Однако данная рекомендация не всегда является оптимальной. Увеличенная и упругая печень, наоборот, в таком положении, опускается еще ниже, затрудняется тракция желчного пузыря и обзор области элементов шейки. Для достижения хорошего обзора мы индивидуально прибегали к положению Тренделенбурга, или горизонтальное положение с наклоном или без наклона операционного стола влево.

К стратегиям послеоперационного введения пациентов входили:

1. Эффективное купирование боли. Послеоперационной анальгезия достигалась путем использования комбинации ацетаминофена и нестероидных противовоспалительных препаратов, что позволяет уменьшить использование опиоидов и, как следствие, снизить их побочные эффекты [4].

2. Ранняя пероральная гидратация. Потребление более 300 мл жидкости в день операции и прекращение внутривенной инфузии в 1-й день за счет кристаллоидов, в случае необходимости назначали коллоиды [9]. Раннее восстановление энтерального питания (6 ч после операции) необходимо для успеха по программе Fast track хирургии как после операций [6]. В течение 1-го дня после операции назначали жидкую пищу.

4. Ускоренная активация — ранняя способность передвигаться через 6 часов после операции [9]. Постельный режим ухудшает лёгочные функции, предрасполагает к венозному застою и тромбозам, усугубляет потерю мышечной массы и слабость, а также способствует послеоперационному образованию спаек. С помощью адекватной анальгезии достигалась ранняя послеоперационная активация больных [5, 6].

Статистический анализ полученных данных проводили с помощью программы Statistica for Windows 6,0.

Результаты исследования и их обсуждение. Длительность операции составила в среднем 31±10 минут. Случаев интраоперационного осложнения и конверсий не было. Гладкий послеоперационный период был у всех больных. Все больные получали периоперационную антибиотикопрофилактику. В послеоперационном периоде осуществлялся контроль биохимических показателей, свертывающей системы и общего анализа крови, которые были в пределах нормы. Состояние больных после опе-

рации было удовлетворительное, гемодинамика стабильной. Гипертонических кризов и тахикардии у наших больных не отмечено. Больные не нуждались в применении наркотических анальгетиков. У наших пациентов послеоперационный парез кишечника не было. Среднее пребывание больных в стационаре 2,2±0,8 дней. В раннем послеоперационном периоде осложнения не отмечены. Летальных исходов не было.

К стратегиям дооперационного периода по Fast track входили:

1. Обучение пациента — объяснение и правильная информация о предстоящих медицинских процедурах, операции, послеоперационном периоде по программе Fast track [9].

2. Отсутствие ограничения питания до операции. Учитывая, что удлинение периода голодания со снижением желудочного содержимого увеличивает риск аспирации, пациенту в течение ночи разрешали пить до 400 мл прозрачной или полусладкой жидкости, так как данный объём не увеличивает риск аспирационных осложнений во время интубации [4, 8]. С применением принципов доказательной медицины продемонстрировано, что дооперационное голодание снижает резервы гликогена, вызывает послеоперационную устойчивость к инсулину и повышает уровень сахара в крови. Вследствие этого обосновано применение 150 мл декстрозы (глюкозы) за 2 ч до операции, что способствует уменьшению чувства голода, жажды, дискомфорта, утомления, а следовательно, и последующей стрессовой реакции. Уменьшение выраженности страха в результате выброса эндогенных опиоидов в свою очередь приводит к снижению интраоперационной потребности в анестетиках [6, 9, 10].

3. Отказ от механической подготовки кишечника. Согласно результатам рандомизированных исследований, необходимость механической подготовки кишечника к операции не считают обоснованной [10]. В качестве подготовки кишечника назначали только слабительные свечи вечером перед операцией.

Заключение. Применение программы ускоренной реабилитации пациентов – Fast track у больных желчнокаменной болезнью с сопутствующими клапанными и коронарными пороками позволяет значительно сократить длительность пребывания в стационаре, снизить затраты на лечение и восстановить трудоспособность больных в более короткие сроки без снижения эффективности лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гольбрайх В.А. Алгоритмы программы «Фаст трак» в плановой и экстренной абдоминальной хирургии / В.А. Гольбрайх, С.С. Маскин, А.Г. Арутюнян // Вестник ВолГМУ. - 2019. - №3 (71).

2. Губайдуллин Р.Р. Периоперационная реабилитация: eras или профилактика PICS? / Р.Р. Губайдуллин, Е.В. Гусакова, В.В. Черемисов и др. // Вестник анестезиологии и реаниматологии. -2019. - №2.

3. Карсанов А.М. Современная стратегия повышения периоперационной безопасности пациентов / А.М. Карсанов, А.А. Кульчиев, Е.А. Берсенева // Главврач Юга России. -2018. -№4 (63).

4. Клинические рекомендации по внедрению программы ускоренного выздоровления пациентов после плановых хирургических вмешательств на ободочной кишке. // Междисциплинарное научное хирургическое общество «Fast track». – 2016. - стр. 48.

5. Красильников Д.М. Осложнения при лапароскопической холецистэктомии / Д.М. Красильников, Д.М. Миргасимова, А.В. Абдулянов и др. // Инновационные технологии в медицине // Практическая медицина. - 2016. Т. 1 - №4 (96) - С. 110-113.

6. Муродов А.И. Применение программы «fast track surgery» при симультанных лапароскопических операциях / А.И. Муродов, З.О. Алиев, Н.А. Ермаков // Журнал здравоохранение Таджикистана. - 2017. - №3 (334). - С. 51-55.

7. Сафаров А.М. Отдаленные результаты после холецистэктомии из мини-доступа у пациентов пожилого и старческого возрастов / А.М. Сафаров, Б.Д. Бобоев, Д.А. Абдуллоев и др. // Журнал здравоохранение Таджикистана. – 2016. – №4. – С. 47-51.

8. Сизоненко Н.А. Применение концепции fast track в хирургическом лечении больных колоректальным раком, осложнённым острой обтурационной непроходимостью / Н.А. Сизоненко, Д.А. Суоров, И.А. Соловьев и др. // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. - 2018. -№2. -С. 62-67.

9. Стяжкина С.Н. Оценка эффективности лечения острого калькулёзного холецистита с использованием стратегий Fast Track Surgery при лапароскопической холецистэктомии / С.Н. Стяжкина, С.А. Поскрёбышева, А.Я. Сабирзянов // Научный журнал. – 2016. – №12 (13).

10. Ташкинов Н.В. Эндоскопические вмешательства при желчеистечении после холецистэктомии у больных с острым холециститом / Н.В. Ташкинов и др. // Дальневосточный медицинский журнал. -2017. -№2.

REFERENCES

1. Golbraykh V. A. Algoritmy programmy «Fast trak» v planovoy i ekstrennoy abdominalnoy khirurgii [Algorithms of the FAST TRACK program in planned and emergency abdominal surgery]. *Vestnik VolGMU – Herald of*

Volgograd state medical University, 2019, No. 3 (71).

2. Gubaydullin R. R. Perioperatsionnaya reabilitatsiya: eras ili profilaktika PICS? [Perioperative rehabilitation: eras or PICS prevention?]. *Vestnik anesteziologii i reanimatologii – Herald of anesthesiology and resuscitation*, 2019, No. 2.

3. Karsanov A. M. Sovremennaya strategiya povysheniya perioperatsionnoy bezopasnosti patsientov [Current strategy for improving perioperative patient safety]. *Glavvrach Yuga Rossii - Head Physician Of The South Of Russia*, 2018, No. 4 (63).

4. [Clinical recommendations for the implementation of the program for the accelerated recovery of patients after planned surgical interventions on the colon]. *Mezhdisciplinarnoe nauchnoe khirurgicheskoe obshchestvo «Fast track»* [Interdisciplinary Scientific Surgical Society “Fast track”]. 2016, pp. 48. (In Russ.)

5. Krasilnikov D. M. Oslozhneniya pri laparoskopicheskoy kholetsistektomii [Complications of laparoscopic cholecystectomy]. *Prakticheskaya meditsina - Practical medicine*, 2016, Vol. 1, No. 4(96), pp. 110-113.

6. Murodov A. I. Primenenie programmy “fast track surgery” pri simultannykh laparoskopicheskikh operatsiyakh [The use of the program “fast track surgery” for simultaneous laparoscopic operations]. *Zdravookhranenie Tadjikistana – Healthcare of Tajikistan*, 2017, No. 3 (334), pp. 51-55.

7. Safarov A. M. Otdalennye rezultaty posle kholetsistektomii iz mni-dostupa u patsientov pozhilogo i starcheskogo vozrastov [Long-term results after mini-access cholecystectomy in elderly and senile patients]. *Zdravookhranenie Tadjikistana – Healthcare of Tajikistan*, 2016, No. 4, pp. 47-51.

8. Sizonenko N. A. Primenenie kontseptsii fast track v khirurgicheskom lechenii bolnykh kolorektalnym rakom, oslozhnyonnym ostroy obturatsionnoy neprokhodimostyu [The use of the fast track concept in the surgical treatment of patients with colorectal cancer complicated by acute obstruction]. *Vestnik Natsionalnogo mediko-khirurgicheskogo Tsentra im. N.I. Pirogova - Herald of the National medical and surgical Center named after N. I. Pirogov*, 2018, No. 2, pp. 62-67.

9. Styazhkina S. N. Otsenka effektivnosti lecheniya ostrogo kalkulyoznogo kholetsistita s ispolzovaniem strategiy Fast Track Surgery pri laparoskopicheskoy kholetsistektomii [Evaluation of the effectiveness of treatment of acute calculous cholecystitis using Fast Track Surgery strategies for laparoscopic cholecystectomy]. *Nauchnyy zhurnal - Scientific journal*, 2016, No. 12 (13).

10. Tashkinov N. V. Endoskopicheskie vmeshatelstva pri zhelcheistechenii posle kholetsistektomii u bolnykh c ostрым kholetsistitom [Endoscopic interventions for bile outflow after cholecystectomy in patients with acute cholecystitis]. *Dalnevostochnyy meditsinskiy zhurnal - Far Eastern medical journal*, 2017, No. 2.

ХУЛОСА

Ш.Ш. Амонов, М. Олимӣ, Ф.Б.Боқиев

FAST TRACK ЧАРРОҲӢ —
СТРАТЕГИЯИ МУЛТИМОДАЛӢ
ҲАНГОМИ ХОЛЕСИСТИТИ САНГДОР
ДАР БЕМОРОНЕ, КИ НУҚСОНИ
КЛАПАНӢ ВА КОРОНАРӢ ДОРАНД

Мақсади тадқиқот. Арзёбии самаранокии татбиқи барномаи «Fast Track» дар муолиҷаи чарроҳии бемориҳои санги сафро дар беморони нуқсони клапанӣ ва коронарӣ дошта.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Кор дар асоси табобати чарроҳии 21 нафар беморони холелитиаз бо нуқсонҳои якҷояи клапанӣ ва коронарӣ дар давраи солҳои 2015-2019 асос ёфтааст. Маҷмӯи ташхиси пешакӣ аз ташхиси ултрасадо, электрокардиография, эхокардиография, ташхиси функ-

сияи нафаскашӣ ва рентгенографияи қафаси сина, эзофагостродуоденоскопия, ТК ва ТМР ва таҳқиқоти лабораторӣ иборат аст.

Натиҷаи тадқиқот. Давомнокии чарроҳӣ ба ҳисоби миёна 31 ± 10 дақиқа буд. Ҳеч гуна ходисаҳои оризаҳои интрачарроҳӣ ва конверсия чой надошт. Давомнокии миёнаи бистарӣ дар беморхона $2,2 \pm 0,8$ рӯз аст. Дар давраи пас аз чарроҳӣ оризаҳо ба қайд гирифта нашуданд. Натиҷаи марговар набуд.

Хулоса. Истифодаи барномаи барқарорсозии босуръати беморон Fast track - дар беморони холелитиаз якҷоя бо нуқсони клапани митралӣ ва коронарӣ метавонад, давомнокии бистаришавии беморон ва қобилияти қории беморонро зудтар барқарор кунад.

Калимаҳои калидӣ: холесистити сангдор, барномаи FAST TRACK, нуқсони клапанӣ, нуқсони коронарӣ, холесистэктомияи лапароскопӣ.

УДК 616.329-007.43-053.2-036.1-089

Н.Н. Ахпаров, Р.З. Боранбаева, С.Б. Сулейманова, А.Ж. Оразалинов

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ГРЫЖЕЙ
ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

АО «Научный Центр педиатрии и детской хирургии» МЗ, Алматы, Республики Казахстан

Сулейманова Сауле Бахтияровна - к.м.н., отделение хирургии Научного Центра педиатрии и детской хирургии МЗ РК, Алматы, пр. Аль-Фараби, 146, 050040, e-mail: saule_suleiman@mail.ru

Цель исследования. Изучить результаты диагностики и лечения детей с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы.

Материалы и методы исследования. Обобщен анализ результатов диагностики и лечения 41 пациентов, находившихся в отделении хирургии Научного Центра педиатрии и детской хирургии г. Алматы за период с 2002 по 2019гг. Среди них, бессимптомная (случайно выявленная) формы у 2 (5%) детей, паразофагеальная форма грыжи – 8 (20%), скользящая грыжа – 24 (58%) пациентов с симптомами недостаточности кардии, вторичные грыжи на фоне заболеваний ЖКТ – у 7 (17%), из них: на фоне гастродуоденита – 5 детей, на фоне язвы желудка – 2.

Результаты исследования и их обсуждение. В 26 (67%) случаях применена антирефлюксная операция по методу Nissen, у 13 (33%) пациентов выполнена операция клапанной гастропликацией по методу Thall. Хирургическое вмешательство привело к разрешению симптомов во всех случаях.

Заключение. Применение комплекса инструментальных методов диагностики и сравнительный анализ полученных данных позволяет выявить клинические варианты грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, оценить функциональное состояние органов пищеварительного тракта, что принципиально важно в выборе патогенетически обоснованного лечения, включая хирургическое.

Ключевые слова: диафрагмальная грыжа, дисфагия, дети

N.N. Akhparov, R.Z. Boranbaeva, S.B. Suleimanova, A.Zh. Orazalinov

DIAGNOSTICS AND SURGICAL TREATMENT OF CHILDREN WITH HIATAL HERNIA

АО "Scientific Center of Pediatrics and Pediatric Surgery" MH, 050040, Almaty, Republic of Kazakhstan