

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

2024 №8

2011 йилдан чиқа бошлаган

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI
AXBOROTNOMASI



В Е С Т Н И К

ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Тошкент

СОДЕРЖАНИЕ

НОВЫЕ ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ		NEW PEDAGOGICAL TECHNOLOGIES	
<i>Xalmuxamedov B.T. RAQAMLI TIBBIYOTNING TIBBIY TA'LIMDAGI O'RNI</i>	<i>Khalmukhamedov B.T. THE IMPORTANCE OF DIGITAL MEDICINE IN MEDICAL EDUCATION</i>	8	
<i>Xalmuhamedov B.T. SHIFOKORLARNING KASBIY MOTIVATSIYASINI OSHIRISHDA RAQAMLI TIBBIYOTNING AHAMIYATI</i>	<i>Khalmukhamedov B.T. THE IMPORTANCE OF DIGITAL MEDICINE TECHNOLOGIES IN INCREASING THE PROFESSIONAL MOTIVATION DOCTORS</i>	12	
ОБЗОРЫ		REVIEWS	
<i>Абдужалилова М.Ш. СОВРЕМЕННЫЕ НАУЧНЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ</i>	<i>Abdujalilova M.Sh. MODERN SCIENTIFIC IDEAS ABOUT PSYCHOSOMATIC DISEASES IN CHILDREN</i>	15	
<i>Асадуллаев М.М., Вахабова Н.М., Срождинов С.Ш., Мирзалиева А.А., Солихов Б.М. КАРДИО-ЭМБОЛИЧЕСКИЙ ПОДТИП ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА: ИЗУЧЕННОСТЬ ПРОБЛЕМЫ И АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ</i>	<i>Asadullaev M.M., Vakhabova N.M., Srojidinov S.Sh., Mirzalieva A.A., Solikhov B.M. CARDIOEMBOLIC SUBTYPE OF ISCHEMIC STROKE: KNOWLEDGE OF THE PROBLEM AND CURRENT ISSUES AT THE PRESENT STAGE</i>	18	
<i>Мирхамидов Д.Х., Аюбов Б.А., Каримов О.М. К ВОПРОСУ ВЫБОРА ОПТИМАЛЬНОГО ДОСТУПА К ПОЧКЕ И ВЕРХНИМ МОЧЕВЫМ ПУТЯМ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ</i>	<i>Mirkhamidov D.Kh., Ayubov B.A., Karimov O.M. TOWARD THE CHOICE OF OPTIMAL ACCESS TO THE KIDNEY AND UPPER URINARY TRACT DURING LAPAROSCOPIC INTERVENTIONS</i>	21	
<i>Саидов С.А., Бабаханов О.У., Юнусходжаев А.Н., Мирсултанов Ж.А., Бекмуратова А.Б., Ахмедова Д.Б. МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ: ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ</i>	<i>Saidov S.A., Babakhanov O.U., Yunuskhodzhaev A.N., Mirsultanov Zh.A., Bekmuratova A. B., Akhmedova D. B. METABOLIC SYNDROME: EPIDEMIOLOGY, PROBLEMS AND SOLUTIONS</i>	24	
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА		EXPERIMENTAL MEDICINE	
<i>Содиқова З.Ш., Хожаназарова С.Ж., Исламова Г.Р., Пулатов Х.Х., Хасанов Н.А. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БРОНХА ЛЕГКОГО У ДЕТЕЙ ОТ 1-ГО ГОДА ДО 3-Х ЛЕТ</i>	<i>Sodikova Z.Sh., Khozhanazarova S.Zh., Islamova G.R., Pulatov Kh.Kh., Khasanov N.A. MORPHOLOGICAL FEATURES OF THE LUNG BRONCHUS IN CHILDREN FROM 1 YEAR TO 3 YEARS</i>	29	
<i>Тагайалиева Н.А., Баратов К.Р., Рахмонова Г.Г., Якубова Р.А., Амонова Д.М., Мухитдинов Б.И., Каланова М.А., Тураев А.С. IN VIVO МИЕЛОТОКСИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ ДОКСОРУБИЦИНА, СВЯЗАННОГО С ПОЛИСАХАРИДНЫМ НОСИТЕЛЕМ</i>	<i>Tagayaliev N.A., Baratov K.R., Rakhmonova G.G., Yakubova R.A., Amonova D.M., Mukhitdinov B.I., Kalanova M.A., Turaev A.S. IN VIVO MYELOTXIC EFFECT OF DOXORUBICIN CONJUGATED WITH A POLYSACCHARIDE CARRIER</i>	34	
<i>Хошимов Б.Л. ТАЖРИБАВИЙ МЕТАБОЛИК СИНДРОМДА АОРТАДАГИ МОРФОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАР</i>	<i>Khoshimov B.L. MORPHOLOGICAL CHANGES IN THE AORTA IN EXPERIMENTAL METABOLIC SYNDROME</i>	38	
КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА		CLINICAL MEDICINE	
<i>Alimova Z. Farxod qizi. BOLALARDA QALQONSI-MON BEZ KASALLIKLARIDA ANTROPOMETRIK KO'RSATKICHLARNI VAHOLASH</i>	<i>Alimova Z.F. ASSESSMENT OF ANTHROPOMETRIC PARAMETERS IN CHILDREN WITH THYROID DISEASES</i>	43	

К ВОПРОСУ ВЫБОРА ОПТИМАЛЬНОГО ДОСТУПА К ПОЧКЕ И ВЕРХНИМ МОЧЕВЫМ ПУТЯМ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

Мирхамидов Д.Х., Аюбов Б.А., Каримов О.М.

LAPAROSCOPIK ARALASHUVLARDA BUYRAK VA YUQORI SIYDIK YO'LLARIGA KIRISHNING ENG MAQBULINI TANLASH MASALASI BO'YICHA

Mirxamidov D.X., Ayubov B.A., Karimov O.M.

TOWARD THE CHOICE OF OPTIMAL ACCESS TO THE KIDNEY AND UPPER URINARY TRACT DURING LAPAROSCOPIC INTERVENTIONS

Mirkhamidov D.Kh., Ayubov B.A., Karimov O.M.

Ташкентская медицинская академия, Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр урологии, Med.Art.Clinic (Фергана)

Laparoskopik kirish, ochiq operatsiyalar bilan taqqoslaganda, minimal qon yo'qotish, operatsiyadan keyingi og'riqning minimal intensivligi va bemorni erta safarbar qilish bilan tavsiflanadi, bu operatsiyadan keyingi kasalxonada davolanish muddatini minimallashtirishga va asoratlar soniga, shuningdek, mukammal kosmetik natijalarga olib keladi. Transabdominal, transmesenterial va retroperitoneal kirishlarning afzalliklari va kamchiliklari bor, ammo retroperitoneal va transmesenterial kirishlar jarrohlik urologiyaning juda istiqbolli yo'nalishi hisoblanadi. Transmesenterial kirish semirib ketmagan bemorlarda faqat chap buyraklarda foydalanish bilan cheklangan. Retroperitoneal bo'shliqqa retroperitoneal kirish eng to'g'ridan-to'g'ri va qisqa bo'lib, aralashuvga qarin bo'shlig'ini jalb qilmaydi, bu ko'proq fiziologikdir.

Kalit so'zlar: laparoskopik buyrak jarrohligi, jarrohlik yo'li bilan kirish.

Laparoscopic accesses compared to open surgeries are characterized by minimal blood loss, minimal intensity of postoperative pain, and early mobilization of the patient, which accounts for minimization of hospital postoperative period and number of complications along with excellent cosmetic results. Transabdominal, transmesenteric and retroperitoneal accesses have both advantages and disadvantages, but retroperitoneal and transmesenteric access is a very promising area of surgical urology. Transmesenteric – limited to use only on left kidneys in patients without obesity. Retroperitoneal access to the retroperitoneal space is the most direct and shortest, does not involve the abdominal cavity, which is more physiologic.

Key words: laparoscopic kidney surgeries, surgical access.

По данным ВОЗ урологические патологии оказывают значительное воздействие на общественное здоровье, при этом их частота все возрастает, а в обозримом будущем их встречаемость возрастет двукратно [31].

Прирост заболеваемости и встречаемости урологических заболеваний приводит к увеличению летальности от них и их осложнений, что обусловлено ухудшением социально-бытовых условий и экологической обстановки вследствие повсеместной урбанизации и гиподинамии, ухудшением структуры потребляемой пищи и увеличением влияния факторов риска [35].

Применяемые при урологических патологиях операции характеризуются достаточной долей интра- и послеоперационных осложнений. Так, лапароскопические вмешательства, проведенные опытными хирургами, периодически приводят к опасным для жизни больного осложнениям [28]. Множество различных осложнений, различные подходы к определению их тяжести и сложности операции обуславливают отсутствия единства их оценки и качества проведенных операций, что затрудняет разработку мер их профилактики и предупреждения [26].

Современную урологию характеризуют увеличение доли лапароскопических вмешательств, подразумевающих симбиоз эффективности от-

крытых доступов и низкую травматичность лапароскопических трансабдоминальных и ретроперитонеальных доступов [41]. В новом тысячелетии органуносящие и реконструктивные урологические вмешательства в ведущих клиниках осуществляются все чаще лапароскопическими доступами [16,28]. Лапароскопические доступы, в отличие от открытых операций, характеризуются минимальной кровопотерей, минимальной интенсивностью послеоперационных болей и ранней мобилизацией пациента, что способствует меньшим срокам госпитального послеоперационного периода и меньшему количеству осложнений, наряду с превосходными косметическими результатами [18,23].

Лапароскопические вмешательства опираются на кратное увеличение операционного поля и прецизионный хирургический инструментарий [13], что дает возможность облегчить проведение сложных этапов операции [15].

Во всем мире изучаются лучшие стороны трансабдоминального и ретроперитонеоскопического доступов при урологических операциях по таким характеристикам как объем вмешательства и характер осложнений [21,34].

Современная лапароскопическая хирургия была основана в 1987 г. с применением трансляции кратко увеличенного видео в режиме реального време-

ни на монитор, что позволило принимать участие в операции всем присутствующим и наблюдающим извне, что привело к широкому применению эндохирургии во многих областях медицины [42]. В урологии эндовидеохирургию стали массово применять в XXI веке [1,22]. Лапароскопическую нефрэктомия впервые провел в 1990 г. R. Clayman, т.е. это была первая лапароскопическая органуносящая операция [20].

Современная урология обладает широким разнообразием лапароскопических операций: «нефроуретерэктомия, адреналэктомия, уретеролитотомия, пиелолитотомия, геминефрэктомия, нефропексия, резекция почечных кист, операции при варикоцеле и крипторхизме, восстановление проходимости лоханочно-мочеточникового сегмента» [46].

Лапароскопическое урологическое вмешательство стало стандартом лечения хирургических заболеваний, постепенно вытесняя традиционные доступы благодаря меньшему числу осложнений, быстрому восстановлению больных, экономической выгоде и косметическому эффекту [14,29,43].

Открытый забрюшинный доступ с наступлением лапароскопической эры в урологии преобразовался в «ретроперитонеоскопию» (РП) [39].

Впервые прямую безгазовую РП через миниразрез в латеральной области передней брюшины провел M. Bartel в 1969 г. для осмотра забрюшинного пространства [30].

В 1992 г. D. Gaur впервые применил баллонную дилатацию ретроперитонеума, используя резиновый катетер и хирургическую перчатку, что широко применяется при РП доступе и в современной урологической хирургии [24]. За последующие три года D. Gaur провел 69 вмешательств таким методом РП доступа [25]. Проведенные РП нефрэктомии по сравнению с открытыми отличались минимумом инвазивности и осложнений на фоне отличного косметического эффекта [17]. С накоплением опыта РП вмешательств усложнялись, была проведена и нефруретерэктомия [17,32,37].

В современной урологии широко применяют трансабдоминальный (ТА) и РП доступы. Первый более распространен, второй более надежен для хирурга благодаря минимуму ятрогенных травм брюшной полости [8,33].

Основными преимуществами РП доступа считают прямооту и быстроту доступа к цели, целостность брюшины на фоне полости и минимум ятрогенных травм брюшной полости [19].

H. Yin считает, что «...оба доступа со своими достоинствами и недостатками будут применяться и совершенствоваться, недостатки РП доступа в сравнении с лапароскопическим сводятся к минимуму при наличии достаточного опыта и навыков у хирурга, так как анализ опыта различных хирургов, выполнявших оперативные вмешательства РП и лапароскопическим доступами указывает на то, что с увеличением количества проведенных операций уменьшается время, затраченное на вмешательство,

а также процент осложнений и переходов на открытые операции» [45].

Современная видеоскопическая хирургия начата ТА доступом, он шире распространен и привычен для хирурга, безопасен и эффективен в сравнении с открытым доступом [27].

Считают, что нефрэктомии и пластика лоханочно-мочеточникового сегмента (ЛМС) РП и ТА доступами намного эффективнее открытого доступа: нефрэктомия лучше осуществлять РП доступом, а пластику ЛМС – ТА доступом [2].

Пиелопластика ТА доступом характеризуется минимумом травматичности и максимумом безопасности, эффективности и надежности при восстановлении адекватной проходимости ЛМС. Нефрэктомия РП доступом более щадящее, безопасное и эффективное оперативное вмешательство, которое подразумевает высокую квалификацию хирурга для подобных вмешательств [2].

Алгоритм ТА доступа к почке подразумевает «обязательную широкую мобилизацию ободочной кишки с целью обнажения забрюшинного пространства». На этот этап приходится около трети всего времени вмешательства на фоне серьезного риска ятрогенных интраоперационных осложнений органов брюшной полости [9,12,40]. Последнее обстоятельство диктует необходимость поиска альтернативных методик доступа.

При урологических вмешательствах на левой почке альтернативным доступом считают трансмезентериальный (ТМ), который подразумевает работу через «окно» в брыжейке ободочной кишки. Этот доступ с успехом применяется при лапароскопической пиелопластике [38], однако при органуносящих вмешательствах он затруднителен.

Краткое описание техники этого доступа: больной лежит на спине с поворотом операционного стола до положения Тренделенбурга. После проникновения в брюшную полость слева брыжейка нисходящей кишки рассекается параллельно нижней брыжеечной вены и левым ободочным сосудам, что обеспечивает доступ к абдоминальной части аорты и сосудистому пучку левой почки. Последний обрабатывают, и рассечением формируют «окно» в межфасциальной брыжейке мезоколона с частичной ее резекцией при необходимости и последующей мобилизации почки в фасции Героты [4].

Далее возможно проведение стандартной парциальной нефрэктомии или резекции после лигирования сосудов и мочеточника с их дальнейшим рассечением [4].

Лапароскопическое вмешательство ТМ доступом не подразумевает контакта со стенками толстой кишки и селезенкой, а само брыжеечное окно не подразумевает ушивание в 77% операций [4].

Лапароскопическая ТМ нефрэктомия левой почки продолжается в среднем 70 минут, интра- и послеоперационных осложнений практически не бывает, а длительность госпитализации – около 6 суток. Срок пребывания больных в стационаре в среднем составил 6 койко-дней. Лапароскопическая ТМ резек-

ция левой почки продолжается в среднем 100 минут, сроки лечения, длительность госпитализации – около 7 суток, на фоне практически отсутствия интра- и послеоперационных осложнений, как и потребности в гемотрансфузии и назначения наркотических анальгетиков [4,5].

У больных нормо- и астенического сложения магистральные сосуды видны сквозь брыжейку ободочной кишки, что позволяет свободно их идентифицировать и безопасно лигировать и пересекать [5,6].

А.Д. Кочкин и соавт. [5,6], применяя ТМ доступ, описывают наличие прямого быстрого доступа к абдоминальной аорте и устью левой почечной артерии, как и идентификации поясничной вены.

Следует помнить, что основным и самым ответственным этапом вмешательства по поводу почечной резекции считают само иссечение новообразования и сшивание паренхиматозной раны [3,10,11,36].

А.Д. Кочкин и соавт. [5,6] описывают свободное и легкое выделение сквозь брыжеечное окно всей левой почки в фасции Героты, ее свободную мобилизацию в полном объеме для обеспечения необходимого доступа к почке для ее резекции и послойного интракорпорального ушивания чашечно-лоханочной системы и почечной паренхимы, как и для радикальной нефрэктомии.

Ретроспективный анализ традиционных лапароскопических вмешательств на почках и ТМ доступа констатировал отсутствие статистически значимых различий в эргономике и длительности тепловой ишемии. При локализации новообразования на передней поверхности левой почки ТМ доступ можно считать методом выбора из-за отсутствия потребности мобилизации ободочной кишки, рассечения селезеночно-ободочной связки, что минимизирует шансы ятрогенных ранений стенок кишечника и селезенки, а также предупреждает послеоперационные парезы кишечника [5,7]. У пациентов с ожирением ТМ доступ может быть несколько затруднительным, то же касается особенностей архитектоники сосудов ободочной кишки, что обуславливает невозможность создания брыжеечного окна нужного размера для проведения хирургического вмешательства, то следует перейти на традиционный доступ [6,7].

Эндовидеохирургия все более значима в хирургической урологии. ТА, ТМ и РП доступы имеют и преимущества, и недостатки, однако РП и ТМ доступы – очень перспективное направление хирургической урологии. ТМ ограничивается применением только на левых почках у пациентов без ожирения.

РП доступ в забрюшинное пространство является самым прямым и коротким, не вовлекает во вмешательство брюшную полость, что более физиологично [44].

Выводы

1. Принимая во внимание прогресс видеоэндоскопической урологии, несколько обескураживает наличие большого количества дискуссионных и проблемных аспектов относительно тактики выбора доступа к органам забрюшинного пространства, максимально оптимального для больного, как и отсутствие стандартной классификации и градации операционных осложнений для анализа их результатов между клиниками, для большей статистической значимости и рандомизации исследований.

2. Определение точных показаний к осуществлению определенного доступа к почкам и верхним отделам мочеточников в аспекте характеристик патологии, конституции пациента, навыков хирурга, возможных интра- и послеоперационных осложнений будут способствовать дальнейшему совершенствованию видеоэндоскопии в урологии.

Со списком литературы можно ознакомиться в редакции

К ВОПРОСУ ВЫБОРА ОПТИМАЛЬНОГО ДОСТУПА К ПОЧКЕ И ВЕРХНИМ МОЧЕВЫМ ПУТЯМ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

Мирхамидов Д.Х., Аюбов Б.А., Каримов О.М.

Лапароскопические доступы характеризуются минимальной кровопотерей, минимальной интенсивностью послеоперационных болей и ранней мобилизацией пациента, что обуславливает минимизацию госпитального послеоперационного периода и количества осложнений наряду с превосходными косметическими результатами. Трансабдоминальный, трансмезентериальный и ретроперитонеальный доступы имеют и преимущества, и недостатки, однако ретроперитонеальный и трансмезентериальный доступы – очень перспективное направление хирургической урологии. Трансмезентериальный – ограничивается применением только на левых почках у пациентов без ожирения. Ретроперитонеальный доступ в забрюшинное пространство является самым прямым и коротким, не вовлекает во вмешательство брюшную полость, что более физиологично.

Ключевые слова: лапароскопические операции на почке, хирургический доступ.

