

**Диссертационный совет Д 14.24.710  
при КГМА им. И. К. Ахунбаева и НХЦ МЗ КР**

**Протокол №6 от 19.04.2025 года заседания диссертационного совета Д 14.24.710**

**Состав комиссии:**

д.м.н., профессор Сопуев А.А. 14.01.17 – хирургия, член диссертационного совета – эксперт;  
д.м.н., Султангазиев Р.А. 14.01.17 – хирургия – эксперт;  
к.м.н. Жортучиев Р.К. 14.01.17 – хирургия – эксперт;  
к.м.н. Кудаяров Э.Э. – 14.01.17 – хирургия, ученый секретарь диссертационного совета.

**Повестка заседания:**

Прием кандидатского экзамена по специальности 14.01.17 – хирургия от Айтикеева Адилета Усеновича

**Слушали:** Айтикеева Адилета Усеновича

**Билет №7.**

**Вопрос:** Компартмент-синдром: причины, диагностика и лечение

**Ответ:** Компартмент-синдром после лапароскопических операций — редкое, но серьезное осложнение, связанное с повышением внутрибрюшного давления (ВБД), что может привести к полиорганной недостаточности.

Причины:

- Длительная лапароскопическая операция с высоким давлением газа в брюшной полости.
- Скопление жидкости или газа после хирургического вмешательства.
- Снижение растяжимости брюшной стенки из-за рубцов, воспаления или мышечного спазма.
- Кишечная непроходимость, острый отечный панкреатит, панкреонекроз, кровотечение или желчеистечение в брюшной полости.

Диагностика:

Измерение внутрибрюшного давления прямым или косвенным методами.

Клинические симптомы: тахикардия, снижение диуреза, дыхательная недостаточность.

Инструментальные исследования: УЗИ, КТ, лабораторные анализы.

Лечение

Консервативное лечение: инфузионная терапия, коррекция вентиляции легких.

Хирургическая декомпрессия (фасциотомия или лапаротомия) при критическом повышении ВБД.

**Вопрос:** Профилактика и лечение тромбоэмболических осложнений при ЛХЭ.

**Ответ:** Антикоагулянтная терапия: применение низкомолекулярных гепаринов или прямых оральных антикоагулянтов для снижения риска тромбоза.

Компрессионная терапия: использование эластичных бинтов или компрессионных чулок для улучшения венозного оттока.

Ранняя мобилизация: активное движение пациента после операции помогает предотвратить застой крови.

Оптимизация анестезии: контроль гемодинамики и предотвращение гипотонии, которая может способствовать образованию тромбов.

**Вопрос:** Особенности предоперационной подготовки пожилых пациентов.

**Ответ:** Комплексное обследование: кроме основного пакета обследования, необходимы консультации узких специалистов и оценка анестезиологического риска. Коррекция хронических заболеваний: контроль артериального давления, уровня сахара в крови, состояния сердечно-сосудистой системы, дыхательной и нервных систем.

Психологическая подготовка: снижение тревожности, разъяснение хода операции и возможных последствий.

Оптимизация медикаментозной терапии: корректировка дозировки лекарств, особенно антикоагулянтов и гипотензивных препаратов.

Физическая подготовка: улучшение общего состояния организма, дыхательная гимнастика, укрепление мышц в после операционном периоде.

#### **Дополнительные вопросы:**

**Вопрос:** Механическая кишечная непроходимость: классификация, клиника, диагностика и лечение?

**Ответ:** Механическая кишечная непроходимость представляет собой состояние, при котором блокируется продвижение кишечного содержимого от ротовой полости к прямой кишке. В зависимости от расположения препятствия различают высокую (тонкокишечную) и низкую (толстокишечную) непроходимость.

Виды механической кишечной непроходимости:

Обтурационная непроходимость возникает при закрытии просвета кишки либо изнутри, либо вследствие внешнего сдавления. Возможные причины: Плотные каловые "камни", безоары, крупные желчные камни, инородные тела, сдавление кишки снаружи кистами, опухолями, фиброзными тяжами, спайками.

Странгуляционная непроходимость включает патологические состояния, связанные с нарушением кровоснабжения кишечной петли: заворот кишки вокруг своей оси, образование узла между несколькими кишечными петлями, ущемление петель кишки и брыжейки в грыжевых воротах, сдавление кишечных сосудов спайками или рубцовыми тяжами. Этот тип непроходимости сопровождается нарушением кровоснабжения пораженного участка, что отличает его от обтурационной формы.

Сочетанная (обтурационная и странгуляционная) непроходимость Характерным примером является инвагинация — внедрение одной кишки в другую. Внедрившаяся часть кишечника закупоривает просвет (обтурация). Одновременно с этим происходит сдавление сосудов брыжейки (странгуляция), что усугубляет состояние.

Лечение кишечной непроходимости консервативное в начальных стадиях, но в большинстве случаев оперативное.

**Вопрос:** Вариантная анатомия пузырного протока и пузырной артерии?

**Ответ:** Варианты анатомии пузырного протока:

Типичное расположение: пузырный проток впадает в общий желчный проток на расстоянии 2–6 см ниже слияния печеночных протоков.

Аномальные варианты:

Впадение пузырного протока в правый или левый печеночный проток.

Укороченный или удлинённый пузырный проток

Врожденный дополнительный пузырный проток (впадающий непосредственно в холедох - двойной пузырный проток)

Врожденный дополнительный печеночный проток (с 4 сегмента печени – проток Люшка)



Варианты анатомии пузырной артерии

Классический вариант: пузырная артерия отходит от правой печеночной артерии, он бывает магистральным или рассыпным.

Аномальные варианты:

Отхождение пузырной артерии от гастродуоденальной артерии.

Наличие двух пузырных артерий вместо одной.

Перекрестное расположение артерии.

Расположение магистральной артерии в области ложа пузыря.

Пузырная артерия входит в дно пузыря и разветвляется к шейке пузыря.

**Постановили:** считать, что Айтикеев Адилет Усенович сдал кандидатский экзамен по специальности 14.01.17 – хирургия с оценкой «отлично».

д.м.н., профессор Сопуев А.А. 14.01.17 – хирургия,  
член диссертационного совета – эксперт;

д.м.н. Султангазиев Р.А. 14.01.17 – хирургия – эксперт;

к.м.н. Жортучиев Р.К. 14.01.17 – хирургия – эксперт;

к.м.н. Кудаяров Э.Э. 14.01.17 – хирургия,  
ученый секретарь диссертационного совета.

19.04.2025 г.

