

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги
Министерство здравоохранения Республики Узбекистан

Ўзбекистон хирургияси

Илмий — амалий журнал

1999 йилда ташкил этилган

Хирургия *Ўзбекистана*

Научно— практический журнал

Основан в 1999 году

Главный редактор
Ф.Г. НАЗЫРОВ

Редакционная коллегия:

В.Е. Аваков, М.Х. Азизов, Х.А. Акилов, М.М. Алиев, А.В. Алимов, У.А.Арипов, Д.Л. Арустамов, Дж.А. Ахтамов (ответ.секретарь), Д.С. Гулямов, А.В. Девятов (ответ.секретарь), Ю.И. Калиш (зам.главн.редактора), М.Х. Кариев, Ш.И. Каримов, М.М. Махмудов (зам.главн.редактора), С.Н. Наврузов, А.С. Сулейманов, Б.З. Турсунов, А.М. Хаджибаев

Учредитель — Научный центр хирургии им.акад. В.В.Вахидова МЗ Руз

1999, №2

Х.А.Акилов,
Б.Я.Артыков,
Б.К.Алтыев,
М.М.Акбаров,
Ж.Б.Артыков.

**ТАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И
СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**
НЦХ им.акад.В.Вахидова (и.о.дир. -д.м.н.Х.А.Акилов) МЗ РУз.

Х.А.Акилов, Б.Я.Артыков, Б.К.Алтыев, М.М.Акбаров ва Ж.Б.Артыков.

**“КАТТА ВА КЕКСА ЁШДАГИ ЎТКИР ХОЛЕЦИСТИТ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРНИ ЖАРРОХЛИК УСУЛИДА ДАВО-
ЛАШНИНГ ТАКТИК АСПЕКТЛАРИ”**

976 нафар ўткир холецистит билан хасталанган беморларни даволаш натижалари тахлил этилган бўлиб, шулардан 404 (41,4 %) беморнинг ёши 60 дан ошган, 288 нафар беморнинг ёши 60 дан 69 гача бўлган бўлса, 116 нафар беморнинг ёши эса 70 ёшдан ортиқ бўлган.

404 нафар бемордан 69 (17%) таси касаллик бошланишидан кейин 1 сутка ичида клиникага келтирилган бўлса, 1 суткадан 5 сутка ичида 335 (83 %) бемор келтирилган. Келтирилган беморлардан 131 (32,4%) тасида тўсиқли сариклик аломатлари топилган. Перитонит белгилари 111 (27,5 %) беморларда ва панкреатит белгилари 75 (18,5 %) нафар беморларда кузатилган. Операция пайтида 278 (93,8 %) нафар беморларда ўт пуфагида тош топилган бўлса, 26 (6,43 %) тасида тошсиз холецистит аниқланган. Операциядан кейинги даврда 82 (20,2 %) нафар беморларда турли хил асоратлар кузатилган ва операциядан кейинги ўлиш ҳолати 5,1 % беморларда бўлган. Катта ва кекса ёшдаги беморларда фаол жаррохлик усулини қўллаш билан бир қаторда, ҳар бир беморга ўзига ҳос операция бажарилса, операциядан кейинги ўлиш ҳолатини сезиларли даражада камайтиришга имкон туғилади.

Kh.A.Akilov, B.Ya.Artikov, B.Kaltiev, V.V.Akbarov, J.B.Artikov

TACTICAL ASPECTS OF ACUTE CHOLECYSTITIS SURGICAL TREATMENT IN PATIENTS OF ELDERLY AND SENILE AGE

The data of treatment of 976 patients with acute cholecystitis from which 404 (41,4) were elder than 60 years old have been analyzed. There were 288 patients at the age from 60 to 69 years old and 116 patients – elder than 70 years old.

From 404 patients 69 patients (17 %) have been brought to the hospital at the first day from the beginning of disorder, and 335 patients (83 %) at the team from 1 to 5 days. The mechanical jaundice signs were in 131 patients (32,4 %). The peritonitis picture was in 111 (27,5 %) and in 75 patients (18,5 %) –pancreatitis. In 278 patients (93,8 %) were calculus in the gallbladder and in 26 patients (6,43 %) cholecystitis without stones were exposed during operation. In 82 patients (20,2 %) were different complications in postoperative period. Postoperative lethality was 5,1 %. Active surgical tactics with differentiate choice of operative intervention in patients of elderly and senile age gives the opportunity to significant reduce the lethality in postoperative period.

Изучение возрастных особенностей течения заболеваний приобретает особую значимость в связи с увеличением продолжительности жизни населения, поздней обращаемостью больных в специализированные лечебные учреждения за квалифицированной хирургической помощью. В частности, увеличивается число больных с заболеваниями печени и желчных путей, поступающих в клинику с осложнениями и в тяжелом состоянии.

У больных пожилого старческого возраста холедохолитиаз часто сопровождается нарушением проходимости внепеченочных желчных путей и панкреатита. Кроме того, значительно усугубляют течение основного заболевания масса сопутствующих заболеваний обменного характера, нарушений сердечно-сосудистой и легочной системы (3,4,6). Отмечено, что с увеличением количества оперированных больных пожилого и старческого возраста возрастает число послеоперационных осложнений, а летальность при остром холецистите у лиц старше 60 лет составляет от 10 до 20 % (3,6,9).

Высокая летальность при остром холецистите у лиц пожилого и старческого возраста обусловлена, как правило, тяжелым течением основного заболевания, стертой клинической картины, быстрым развитием деструкции стенок желчного пузыря и присоединением гнойно-септических осложнений на фоне сопутствующих поражений других органов и систем. Поэтому разработка вопросов патогенеза, клиники и ранней диагностики деструктивных форм острого холецистита, а также тактики консервативной терапии и оперативного

лечения остается актуальной и на сегодня (5,6,11).

В патогенезе острого холецистита у больных этой возрастной группы большое значение имеет обструкция общего желчного протока конкрементом, приводящая к резкому повышению внутрипузырного давления и нарушению кровообращения стенок желчного пузыря за счет сдавливания. Подобная форма острого холецистита, требующая неотложного хирургического вмешательства, выделяется как “обтурационный” холецистит (1,3,6,). В пожилом и старческом возрасте часто встречается бескаменный деструктивный холецистит (8,9,10).

Широкое внедрение в клиническую практику таких методов исследования, как ультразвуковое сканирование (УЗС), эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРХПГ), лапароскопия и интраоперационная рентгено-телевизионная холеграфия позволяет современно определить показания к оперативному вмешательству, избежать тяжелых осложнений, выбрать оптимальный вариант операции с учетом возраста больного и наличия тяжелых сопутствующих заболеваний.

Материалы и методы.

В отделении хирургии печени и желчных путей НЦХ им.акад.В.Вахидова МЗ РУз за последние 5 лет оперированы 976 больных с острым холециститом, из них 404 (41,4 %) были старше 60 лет. В возрасте 60-69 лет было 288 больных, 70-79 лет – 105 и старше 80 лет – 11.

Длительность течения желчнокаменной болезни колебалась от 1 года до 33 лет. У 62 больных она продолжалась более 20 лет. Многие из них до

поступления в стационар лечились консервативно. Из 404 больных в первые сутки от начала заболевания в отделение доставлены 69 (17 %) пациентов, в сроки от 1 до 5 суток – 335 (83 %). Желтуха при поступлении наблюдалась у 131 (32,4 %), а желчный пузырь пальпировался у 196 (48,5 %). Картина перитонита наблюдалась у 111 (27,5 %) и панкреатит у 75 (18,5 %).

Клиническая картина острого холецистита зависит от сроков, прошедших от начала заболевания, у 367 (90,8 %) больных диагноз при поступлении сомнений не вызывал. По мере увеличения сроков от начала заболевания и прогрессирования воспалительного процесса, клиническая картина приобретала атипичный характер и возрастала вероятность диагностических ошибок. У 41 больного, в связи с неясностью клинической картины, проводилась дифференциальная диагностика с острым панкреатитом, прободной язвой, кишечной непроходимостью, острым аппендицитом, острым гепатитом и почечной коликой. Проведенная у 11 больных лапароскопия подтвердила диагноз “острый деструктивный холецистит”, они были оперированы в экстренном порядке.

111 (27,4 %) из 404 больных оперированы в течение первых суток в экстренном порядке с картиной деструкции желчного пузыря и перитонита, 96 (23,7 %) пациентам оперативное вмешательство произведено в течение первых 3 суток в связи неэффективностью проведенной консервативной терапии. У 197 (48,7 %) больных с помощью консервативной терапии удалось купировать болевой приступ и стабилизировать общее состояние, провести предоперационную подготовку, после чего произвести операцию в отсроченном порядке.

Обращает на себя внимание достаточно большое количество больных с деструктивным холециститом среди оперированных в отсроченном порядке (87 из 197), следовательно, у каждого 2-3 больного ранее речь шла о “ложном благополучии” и деструкция определялась на операционном столе.

Во время операции у 378 (93,8 %) больных выявлены камни в желчном пузыре, а у 26 (6,43 %) диагностирован бескаменный деструктивный холецистит.

У 111 больных, оперированных по поводу острого холецистита, осложненного перитонитом различной степени выраженности и распространенности, у 42 определен местный и у 69-разлитой перитонит. По характеру выпота у 87 больных определялся серозный, у 20 фибринозный и у 9 фибринозно-гнойный экссудат. Ограниченный гнойный перитонит в виде парапузырного абсцесса наблюдался у 23 больных и у 6 из них причиной перитонита послужил прорыв гноя в свободную брюшную полость. У большинства (80) больных перитонит развился без перфорации желчного пузыря (у 12 пациентов – пропотной желчный перитонит, у 17 – серозно-фибринозный и у 51 – серозный). У

31 он был обусловлен прободением желчного пузыря: чаще всего в области шейки желчного пузыря (19) от пролежней камнями, реже в области дна – у 8 и тела – у 4.

В инициации и развитии острого приступа холецистита большое значение придается блокаде пузырного протока, приводящей к застою желчи и резкому повышению внутрипузырного давления. Это ведёт к перерастяжению стенок пузыря и последующему присоединению инфекции. У 206 (51 %) больных причиной острой блокады пузырного протока и нарушения пассажа желчи в кишку явились “вколоченные” камни в области шейки и пузырного протока и лишь у 27 (6,7 %) пациентов обнаружен локальный воспалительный процесс в области пузырного протока (цистит), который в последующем был подтвержден морфологически.

Во время операции были диагностированы различные осложнения желчнокаменной болезни. Наряду с камнями желчного пузыря, конкременты общего желчного и печеночных протоков выявлены у 109 (27 %) больных, “ущемление” камня большого дуоденального сосочка (БДС) – у 8 (2 %), рубцовые стриктуры БДС – у 58 (14,3 %) и гнойный холангит – 93 (23 %). Больным с “ущемленными” камнями (8) в области БДС до операции произведено эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с экстракцией камней в кишку в 6 случаях и последующей холецистэктомией в плановом порядке. Ещё 2-е, в связи с невозможностью извлечения камней, были оперированы в экстренном порядке. Им произведена холецистэктомия, холедохолитотомия и супрадуоденальный холедоходуоденоанастомоз (ХДА) по Финстереру.

Одним из тяжелых осложнений желчнокаменной болезни являются внутренние билиодигестивные свищи, которые выявлены у 12 (3 %) оперированных. Чаще встречались пузырно-дуоденальные свищи (6); холедоходуоденальные (4) и пузырно – дуоденально – ободочные (сложные) (2).

При выявлении внутренних желчных свищей оперативное вмешательство заключалось в ликвидации свища: ушивание дефекта стенки полого органа (кишки), холецистэктомия и дренирование общего желчного протока. В одном случае в послеоперационном периоде производилась ЭПСТ в связи с ограниченным рубцовым сужением БДС. У 2 больных, когда внутренний желчный свищ был осложнен острой обтурационной кишечной непроходимостью желчными камнями, операция закончилась энтеротомией с удалением камней и ушиванием дефекта кишки.

В послеоперационном периоде различные осложнения нами отмечены у 82 (20,2 %) больных: с прогрессирующим перитонитом – 5, поддиафрагмальный абсцесс – 4, кровотечение из язвы двенадцатиперстной кишки – 1, прогрессирующий панкреонекроз – 3, тромбоз легочной артерии – 3, острая сердечно-сосудистая недостаточность – 13,

острая печеночно-почечная недостаточность - 14, острый инфаркт миокарда - 4, нагноение послеоперационной раны - 22 и эвентерация кишечника - 3 больных.

В послеоперационном периоде умер 21 (5,1 %) больной. Причиной смерти больных были: продолжающийся перитонит (5), тромбоэмболия легочной артерии (3), острый инфаркт миокарда (3), панкреонекроз (4), острая печеночно-почечная недостаточность (4) и ДВС синдром на фоне гипертонической болезни и сахарного диабета (2).

Обсуждение полученных результатов

Анализ большого клинического материала по диагностике и клиническому течению острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста показал, что проблему необходимо рассматривать в двух аспектах: влияние особенностей структуры и функции органов и систем на течение и клинические проявления холецистита в пожилом и старческом возрасте; изменение тактики хирурга при лечении больных в пожилом и старческом возрасте, способствующее улучшению результатов лечения острого холецистита.

Особенностью течения острого холецистита в пожилом и старческом возрасте явилась часто не распознанная дооперационная деструкция желчного пузыря, так называемое “ложное благополучие”, что имело место у 87 из 197 пациентов. Следующая особенность этого возраста — большое число сопутствующих заболеваний как органов брюшной полости, так и сердечно-сосудистой, дыхательной и выделительной систем, усложняющих диагностику, течение болезни и увеличивающих риск оперативного вмешательства. Так, из 21 умершего больного, у 16 причиной летального исхода были сопутствующая патология. Третья особенность — длительность лечения заболевания и поздняя госпитализация, когда более 80 % больных доставляются к месту оказания специализированной помощи почти через 5 суток после начала острого процесса в брюшной полости.

Эти особенности острого холецистита у пожилых больных несомненно должны влиять на тактику лечения.

Операцией выбора у большинства пациентов в пожилом и старческом возрасте считаем холецистэктомию с интраоперационной ревизией билиарных путей, которая выполнена у 266. У 71 из них холецистэктомия дополнена наружным дренированием холедоха (по Холстед-Пиковскому — 39, по Вишневскому — 25 и по Керу — 7) и у 23 больных осуществлена внутренние дренирующие операции (супрадуоденальный ХДА — в 21 и гепатикодуоденанастомоз — в 2 случаях).

Холецистостомию мы считаем вынужденным

оперативным вмешательством и прибегаем к ней в тех редких случаях, только у больных преклонного возраста с высоким оперативным риском и у пациентов с тяжелыми сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Подобные операции нами выполнены у 12 больных в возрасте от 75- до 93 лет.

Выводы

1. Лечебная тактика при остром холецистите у больных пожилого и старческого возраста должна быть строго индивидуализирована с учётом срока заболевания, госпитализации, а также сопутствующей общей патологии.

2. Оперативное вмешательство у этой категории больных целесообразно в ранние сроки, что связано с высокой частотой деструктивных форм острого холецистита (51,5 %) и склонностью к частым рецидивам в этих возрастных группах.

3. Активная хирургическая тактика у больных пожилого и старческого возраста с дифференцированным выбором оперативного вмешательства позволяет снизить послеоперационные осложнения и летальность.

4. Холецистостомия у лиц старческого возраста с осложненным течением острого холецистита и тяжёлыми сопутствующими заболеваниями является вынужденным оперативным вмешательством.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арипов У.А., Арипова М.У. Обтурационный холецистит // Материалы Республиканской научно-практической конференции с международным участием: Тезисы докл. — Бухара, 1997, - с.6-7.
2. Грязов В.И., Тебердиев Ю.Б., Перфильев В.В., // Хирургия — 1991, - № 2. — с.20-25.
3. Дуденко Г.И., Якушев В.Н., // Там же. — 1998. - № 1. — с.30-35.
4. Зайцев В.Т., Доценко Г.Д., Щербаков В.И., // Там же. — 1981. - № 1. — с.31-33.
5. Королёв Б.А., Климов Ю.С. // Там же. — 1983. - № 8. — с. 7-11.
6. Мамедов И.М., Эфендиев В.М., Бекташи Э.К., Алиев С.А. // Там же. — 1999ю - № 4. — с. 102-108.
7. Мирошник Б.И., Светловидов В.В., Балобушкин И.А., // Там же. — 1994. - № 1. — с.23-26.
8. Мышкин К.И., Кон Л.М., Дубошина Т.Б. // Там же. — 1979. - № 4 с. 30-34.
9. Нурмухамедов Р.М., Хаджибаев М. // Там же . — 1982. - № 6.- с. 48-51.
10. Привалов В.П., Шрамченко В.А., Губницкий А.Е., Привалов А.В. // Там же. — 1998. - № 7. — с.28-30
11. Сорокин А.С. // Советская медицина. — 1980. - № 8. — с.23-26.

**М.М.АЛИЕВ,
А.С.ИСАМУХАМЕДОВ
Б.А.СУЛТАНОВ,
Б.П.ТАШХОДЖАЕВ
Г.М.АЛИКУЛОВ**

**РОЛЬ ПОРТОСИСТЕМНОГО СОСУДИСТОГО
ШУНТИРОВАНИЯ В
ЛЕЧЕНИИ ЦИРРОЗОВ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ.**
*Кафедра детской хирургии (зав.-проф. М.М. Алиев)
I ТашГосМИ (ректор-проф. Т.А. Даминов)*

М.М.АЛИЕВ, А.С.ИСАМУХАМЕДОВ, Б.О.СУЛТОНОВ, Б.П.ТОШХУЖАЕВ, Г.М.АЛИКУЛОВ.

ЖИГАР ЦИРРОЗИ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БОЛАЛАРНИ ДАВОЛАШДА ПОРТОТИЗИМЛИ ТОМИРЛИ ШУНТЛАРНИ РОЛИ

42-та оқ каламушда ўтказилган эксперимент натижалари шуни кўрсатди. Жигарни буткул депортализация ҳолатида репаратив регенерация анча сўраяди. Жигарни резекция қилгандан кейинги ҳолатда портал қон келиши камайиши, жигарни қолган бўлақларида регенератор ўзгаришларни яхшилади. Жигар циррози билан хасталанган болаларда порто-тизимли шунт қўйилгандан сўнг ўзоқ муддатдаги ўтказилинган клиник кузатув шуни кўрсатдики, селектив шунтдан сўнг жигар гемодинамик кўрсаткичлари яхшиланди ва шуни ҳисобига жигарнинг цирротик трансформацияси секинлашди.

M.M.ALIEV, A.S.ISAMUKHAMEDOV, B.A.SULTANOV, B.P.TASHKHODZHAEV, G.M.ALICULOV.

THE ROLE OF THE PORTOSYSTEM VASCULAR SHUNT IN THE TREATMENT OF THE HEPATIC CIRRHOSIS IN THE CHILDREN.

The experiments on the 42 white rats confirmed the suppress of the activity of reparative hepatic regeneration with its full deportalisation. Restriction of the flow of portal blood after hepatic resection improve regenerative processes in the remaining lobes of the organ.

Clinic observation in the children with hepatic cirrhosis in remote dates after portosystem shunt testified improvement intraorgan hemodynamic with selective shunt, that promote of braking of the hepatic cirrhotic transformation.

Поиск эффективного метода лечения больных циррозом печени с портальной гипертензией вновь обращает внимание исследователей на не реализованные возможности портосистемного сосудистого шунтирования. Период сдержанного, а порой и негативного отношения к этим вмешательствам (А.Ф.Блюгер, 1982; G.Biagini, 1983), сменился перестройкой взглядов на различные виды портокавальных анастомозов у больных циррозом печени (В.В.Вахидов с соавт., 1985; А.Ф.Леонтьев, 1987; 1991; А.Н.Ерамишанцев с соавт., 1991). Этому способствовали успехи сосудистой и рентгенэндоваскулярной хирургии, микрохирургии, совершенствование ангиографической и операционной техники.

Наряду с этим, определяющее значение принадлежит успешному решению ряда вопросов, касающихся патогенеза цирротической трансформации и, в первую очередь, прогрессирующих нарушений внутриорганной гемодинамики (N.Chin et al, 1988).

В настоящее время тезис: «нарушение эффективной перфузии печеночных долек портальной кровью сокращает объем функционирующей паренхимы органа, её гибель и фиброзирование», не выдерживает критики. Примером тому могут быть больные с подпеченочной блокадой портального кровообращения.

В 1991г. японский морфолог К.Yasuta впервые высказал сомнение о пользе стимулирующих регенерацию факторов при циррозе печени. По мнению ученого, любая стимуляция регенерации, в том числе и репаративная, оказывает значительно большее воздействие на гепатоциты, заключенные в ложные дольки. То есть на клетки функционально неполноценные, обладающие автономным ростом и предраковой сущностью (Ziver, 1991).

Исходя из данной гипотезы, цели портосистемного шунтирования, как наиболее радикального метода лечения портальной гипертензии, а так

же представлений, что портовоенозная кровь, насыщенная ксенобиотиками является наиболее мощным сти-мулятором регенерации печени, нами проведен ряд экспериментальных исследований и проанализированы результаты хирургического лечения цирроза печени с портальной гипертензией.

Целью экспериментальных исследований было: выявить зависимость степени репаративной регенерации печени от её полной и частичной депортализации.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.

Эксперименты проведены на здоровых 42 белых крысах самцах, в возрасте 5-7 месяцев, с массой тела 150-180 гр. Резецировали 27-30% объема печени. При этом исходили из известного факта, что печень крысы обладает высокой регенеративной активностью и после удаления 30-40% ткани органа, её объём полностью восстанавливается в течении 6-8 недель (Б.П.Солопаев, 1962).

Проведены три серии опытов:

I серия - резекция печени + полная перевязка воротной вены печени (полная депортализация) (12 животных).

II серия - резекция печени + сужение воротной вены на экстравазальной канюле до 40 - 50 % её диаметра (частичная депортализация) (15 животных)

III серия - резекция печени (контрольная серия) (15 животных).

Забой животных осуществляли на 4, 6, 8 и 10 неделях после операции. Степень репаративной регенерации печени оценивали по массе печени и цитоморфологическим признакам.

Клинические наблюдения проведены у 115 детей в возрасте 4-12 лет больных постгепатитным циррозом печени и портальной гипертензией. Контрольную группу составили 26 детей с внепеченочной блокадой портального кровообращения. В

число больных циррозом печени вошли дети с начальной и сформированной компенсированной стадией заболевания. На ангиограммах имела место различная степень выраженности внутрипеченочной блокады портального кровообращения с уровнем давления в системе воротной вены от 280 до 410 мм.рт.ст.

Выполнены следующие виды вмешательств:

Проксимальный спленоренальный анастомоз (ПСРА)- 41

Спленоренальный анастомоз по типу «бок в бок»- 38

Дистальный спленоренальный анастомоз (ДСРА)- 26

26 детям с внепеченочной портальной гипертензией наложены илеако-мезентериальные анастомозы (11 бол.) в возрасте 3-7 лет и «Н»-образный мезентерикокавальный анастомоз с использованием аутовенозной вставки из внутренней яремной вены (15 бол.). Диаметр сосудистых анастомозов колебался от 7 до 10 мм. Сроки наблюдений от 2-х до 6 лет после операции.

Наряду с общепринятыми клинико-биохимическими методами исследований проводились: ангиографический и Допплерофлуометрический контроль шунта, эхогистография, радиография и скенирование печени, цитоморфологическая оценка пункционных биоптатов печени.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты экспериментальных исследований показали, что восстановление массы печени после её резекции находится в прямой зависимости от сохранения портоинозного кровоснабжения (см. диаграмму).

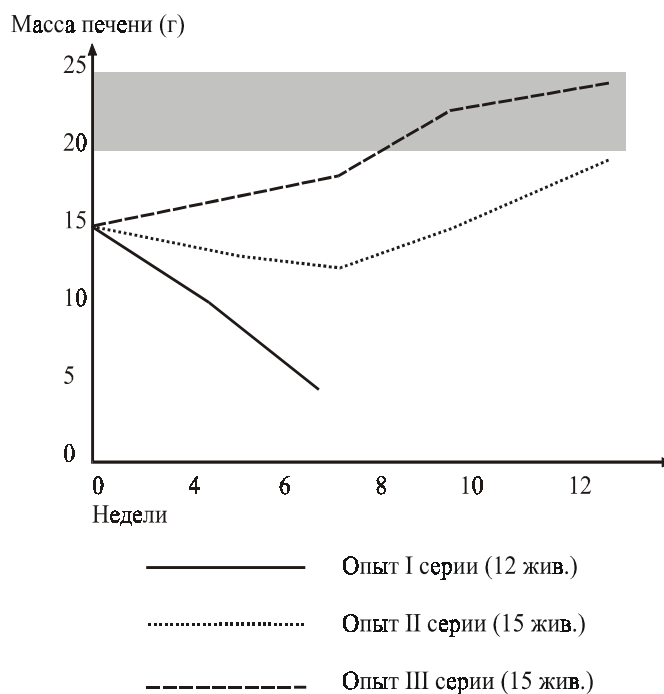
Полная депортолизация печени полностью угнетает процессы регенерации и ведет к её острой дистрофии. В течении 4-6 недель погибли все 12 животных и этой серии.

В группе животных, которым производилось шунтирование воротной вены, выжили 67% крыс. Признаки регенерации, как по массе печени, так и по гистологической картине, стали проявляться лишь через 7-9 недель. Биоптаты взятые с зоны резекции печени представляли собой мелко- и среднеузловые регенераты, заключенные в «ложные» дольки.

В печени контрольной серии опытов (изолированная резекция печени) отмечено укрупнение и слияние регенератов. Масса печени уже к 8-ой неделе после операции приблизилась к нормальным величинам. Биоптаты со здоровых участков печени свидетельствовали о гипертрофии гепатоцитов с единичными элементами митотического деления, чего не наблюдали в первой серии опытов.

Во второй же серии опытов отмечено заметное нарастание гипертрофии и митотического деления гепатоцитов здоровых участков печени.

Таким образом, результаты экспериментальных исследований еще раз подтвердили факт подавления активности репаративной регенерации пече-



ни при её полной депортолизации.

Ограничение притока портальной крови в печень при замедлении репаративной регенерации в зоне резекции, улучшало регенераторные процессы в здоровых участках печени. Это дало основание говорить о крайне важном факторе в регенерации печени, как сохранение притока портальной крови.

Исходя из результатов экспериментальных исследований нами проанализированны отдаленные результаты 3х вариантов спленоренального шунтирования у детей страдающих циррозами печени. Верификацию диагноза осуществляли по данным морфологической оценки пункционных и операционных биоптатов печени. С целью достижения сравнимости анализируемых групп были отобраны больные с близкой по морфологии, смешанной (макротронадулярной) формой цирроза печени.

Выбор метода портосистемного шунтирования зависел главным образом от микроскопической картины печени и уровня портальной гипертензии. Дистальный СРА накладывали при начальной форме цирроза печени и портального давления не превышающем 300 мм.вод.ст. «Латеро-латеральному» СРА отдавали предпочтение при давлении в системе воротной вены от 300 до 370 мм.вод.ст. у детей с сформированным циррозом печени. Показанием для проксимального СРА с удалением селезенки служили высокое портальное давление (свыше 370 мм.вод.ст.) и выраженный цитопенический синдром (гиперспленизм) у детей с сформированным циррозом печени.

Следует отметить, что выбор последних двух типов шунтирования был продиктован так же выраженностью коллатерального, гастроэзофагеального сброса крови из системы воротной вены.

Результаты обследования детей в отдаленные сроки после операции показали следующее:

- Показатели эхогистограммы печени свидетельствовали о значительном уменьшении эхоплотности органа у 87% больных. «L»-фактор эхогистограммы печени, который коррелировал с высокой мезенхимальноклеточной активностью процесса ($r=0,74$, $p<0,01$), достоверно снижался у больных после дистального СРА и имел лишь небольшую тенденцию к уменьшению после проксимального и «латеро-латерального» СРА.

- Уменьшение общего печеночного кровотока с $12,5 \pm 1,5$ (мл. мин.кг) до $8,2 \pm 0,8$ ($p<0,05$) отмечено практически во всех наблюдениях после проксимального и латеро-латерального СРА и сохранность его на уровне предоперационном уровне после дистального анастомоза ($12,8 \pm 0,9$ мл.мин.кг. и $12,4 \pm 1,2$). При этом средняя скорость кровотока по печеночной артерии нарастала на 15-23%, не имея достоверных отличий в анализируемых группах ($p>0,1$).

- Восстановление поглотительно-выделительной функции гепатоцитов (Тс-99 mesu-da) находилось в прямой зависимости от степени депортолизации печени. Худшие показатели отмечены у детей после проксимального СРА ($7,0 \pm 1,4$ мин Т/2 исходные и $5,9 \pm 0,5$ мин Т/2 в отдаленные сроки). В то время, как после дистального и «латеро-латерального» шунтирования этот показатель достоверно снижался в среднем на $4,1 \pm 0,3$ мин Т/2 ($p<0,01$).

- Морфологические исследования функциональных биоптатов печени показали, что у большинства детей (73%) которым наложен проксимальный СРА имеет место различной степени прогрессирования цирротической трансформации печени с увеличением частоты размеров ложных долек. И, напротив, положительная динамика морфологической картины со стойкой ремиссией стромальной и мезенхимальной активности процесса наблюдалось у детей после дистального и «латеро-латерального» шунтирования.

Таким образом, результаты проведенных исследований дают основание полагать, что методы портальной хирургии в лечении цирроза печени у детей, можно признать патогенетически оправдан-

ными с позиции восстановления эффективной внутриорганной гемодинамики с перестройкой артерио-портального соотношения в пользу артериализации органа. Частичная редукция портального кровообращения позволяет улучшить артериальное кровоснабжение органа, что, очевидно, подавляет активность репаративной регенерации, тем самым тормозит процесс цирротической трансформации печени.

РЕЗЮМЕ

«РОЛЬ ПОРТОСИСТЕМНОГО ШУНТИРОВАНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЦИРРОЗОВ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ».

М.М.АЛИЕВ, А.С.ИСАМУХАМЕДОВ, Б.А.-СУЛТАНОВ, Б.П.ТАШХОДЖАЕВ, Г.М.АЛИКУЛОВ

Эксперименты на 42 белых крысах подтвердили подавление активности репаративной регенерации печени при её полной депортолизации. Ограничение притока портальной крови после резекции печени улучшает регенераторные процессы в сохранившихся долях органа.

Клинические наблюдения у детей больных циррозом печени в отдаленные сроки после портосистемного шунтирования свидетельствовали об улучшении внутриорганной гемодинамики при селективном шунтировании, что способствовало торможению цирротической трансформации печени.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Блюгер А.Ф. - Тайны и парадоксы печени. М. 1982, 221 с.
2. Вахидов В.В., Назыров Ф.Г., Хамидов П.Н. - В кн. «Актуальные вопросы реконструктивной хирургии. Т. 1985, с. 18-26.
3. Ерамишанцев А.К. - Хирургия, 1991, № 2, с.57-61.
4. Леонтьев А.Ф. - Хирургия, 1987, № 8, с. 62-66.
5. Chin N., Ohnishi K., Jida Sh& - Amer. J.Gastroenterol., 1988, 83, 7, P. 718-722.
6. Biagini G., Ballardini G.- J.Hepatologi, 1983, 8,1, P. 115-124.
7. Yasyta K.- Liver, 1991, 69, 5, p. 79-88.

Ш.А. Алимбаева,
С.Н. Султанов,
М.Х.Хайрутдинова

Применение углеродминерального сорбента СУМС 1 для профилактики гнойно-септических осложнений после кесарева сечения у женщин с рубцом на матке
НИИ акушерства и гинекологии
(дир. - проф. Д.Д. Курбанов) МЗ РУз

Алимбаева Ш.А., Султанов С.Н., Хайрутдинова М.Х.

СУМС-1НИ УГЛЕРОДМИНЕРАЛ СОРБЕНТИНИ БАЧАДОНИДА ЧАНДИФИ БЎЛГАН АЁЛЛАРДА КЕСАР КЕСИШИДАН КЕЙИНГИ ЙИРИНГЛИ-СЕПТИК АСОРАТЛАРНИ ОЛДИНИ ОЛИШ УЧУН ҚЎЛЛАНИЛИШИ.

Бачадонида чандифи бўлган, инфекция ривожланишига мойил 27 аёлга йирингли-септик асоратларни олдини олиш мақсадида қайта кесар кесиш жаррохлиги вақтида углеродминералли сорбент қўлланилди. Назорат гуруҳини 26 аёл ташкил қилди. Жаррохликдан кейинги даврни клиник кечишини таҳлил қилиш шуни кўрсатдики углеродминерал сорбентни қўллаган асосий гуруҳ аёлларида йирингли-септик асоратлар сони, стационарда ётиш муддати анча қисқарган. Жаррохликдан кейинги даврда юбориладиган антибактериал ва утеротоник дориларни миқдори камайган. Олинган натижалар ушбу йўналишдаги тадқиқотларни давом эттириш лозимлигини кўрсатди.

Alimbaeva Sh.A., Sultanov S.N., Hayrutdinova M.H.

THE USAGE OF CARBON-MINERAL SORBENT SUMS-1 FOR THE PREVENTION OF PYOSEPTIC COMPLICATION AFTER CESAREAN SECTION OPERATION ON WOMEN WITH SCAR ON UTERUS.

We began using the method of the prevention of pyoseptic complications by means of carbon-mineral sorbent with metronidazole adsorbed on it, applied to the women with scar on uterus where the risk of infection is high. There were 53 women under our observation, to main group - 27 of them - the sorbent was injected during intraoperative period, to group of comparison - 26 of them - it was injected during traditionally defined postoperative period. In the main group the necessity of antibiotic, uterotonic medicines usage decreased, all pyoseptic complication were absent, duration of being in hospital reduced in comparison with the group of postpartums of with traditional application of widely-used medical methods. All above defines necessity of further elaboration and study of the usage technique of sorbent during cesarean section operation.

В настоящее время отмечается возрастание частоты абдоминального родоразрешения. Операция кесарево сечение стала одним из резервов снижения материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Однако, возросшая частота абдоминального родоразрешения повлекла за собой увеличение осложнений в послеоперационном периоде у родильниц. При этом наиболее распространенным инфекционным осложнением в акушерской практике остается метроэндометрит. Частота его после планового кесарева сечения составляет до 25%, после экстренного - 33% (2). А острый неспецифический метроэндометрит является начальным этапом тяжелых инфекционных осложнений: перитонита, сепсиса. Так, гнойно-септические заболевания после абдоминального родоразрешения составляют 35-42% и более (превышая в несколько раз таковую при родах через естественные родовые пути), а риск материнской смертности возрастает в 10-12 раз по сравнению с обычными родами (3).

Несмотря на стремление акушеров к ведению родов при рубце на матке после операции кесарево сечение через естественные родовые пути, частота повторных операций из-за боязни разрыва матки в родах остается достаточно высокой, составляя от 47 до 90 % (11). Это обусловило дальнейшее изучение такой насущной проблемы, как ведение беременности, родов и предупреждение гнойно-септических осложнений у женщин с рубцом на матке. Эта проблема является актуальной также в Республике Узбекистан, этнической особенностью которого являются многодетные семьи. По данным материнской смертности, ежегодно проводимого МЗ РУз, в Республике Узбекистан за 1998 год от гнойно-септических осложнений погибло 15,3% женщин, из них после операции кесарево сечения -

28,4%. Среди причин смертности женщин, родоразрешенных оперативным путем, послеоперационные гнойно-септические осложнения составили - 24,4%. После операции кесарево сечение с рубцом на матке смертность достигает 11,1%, из них от гнойно-септических осложнений - 18,8%.

Изложенное выше обусловило актуальность проблемы поиска путей снижения частоты инфекционных осложнений после кесарева сечения.

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния интраоперационного введения сорбента в профилактике послеоперационных гнойно-септических осложнений у женщин с рубцом на матке.

Материал и методы

Нами в клинике Института Акушерства и Гинекологии МЗ РУз начато применение метода профилактики гнойно-септических осложнений путем интраоперационного введения углеродминерального сорбента СУМС-1 с адсорбированным на нем метронидазолом у женщин с рубцом на матке.

Под наблюдением находились 53 женщины с рубцом на матке. Все наблюдаемые пациентки составляли две идентичные по составу группы. Основную группу представляли 27 родильниц с высоким инфекционным риском на реализацию гнойно-септических осложнений, которым наряду с традиционным комплексным ведением послеоперационного периода с применением инфузионной, антибактериальной, противовоспалительной, утеротонической терапии проводилось интраоперационное внутриматочное введение сорбента СУМС-1 с адсорбированным на нем метронидазолом. В группу сравнения входили 26 родильниц также из группы высокого инфекционного риска, но получавших только традиционное лечение послеоперационного периода. Факторами высокого инфекцион-

ного риска на реализацию гнойно-септических осложнений у женщин с рубцом на матке являлись инфекционные осложнения в течении послеоперационного периода предыдущей операции, обострения хронических инфекционных заболеваний или острых инфекционных процессов любой локализации во время беременности.

Углеродминеральный сорбент СУМС-1 создан в Институте Катализа Сибирского отделения РАН и представляет собой черные блестящие гранулы размером 0,4-1,0 мм с адсорбированным на них метронидазолом. Сорбент помещен в отрезок капроновой мембраны с величиной диализных пор 1,5-3,0 нм и представляет собой стерильный дренаж-тампон размером 17,0x1,5 см. СУМС-1 воздействует как на аэробную, так и на анаэробную микрофлору с сохранением действия препарата в течение двух суток. Метронидазол, адсорбированный на сорбенте, обладает антимикробным действием в отношении большинства грам-положительных и грам-отрицательных бактерий, в том числе и анаэробной микрофлоры. Также метронидазол восстанавливает фагоцитарную активность лейкоцитов и обладает противовоспалительным действием, а в связи с химическим сходством с иммуномодулятором левамизолом активизирует иммунитет.

Дренаж-тампон с углеродминеральным сорбентом СУМС-1 вводили во время операции кесарево сечение у женщин с рубцом на матке после извлечения плода и последа на двое суток так, чтобы в цервикальный канал свободно пролабировали извлекающие нити или одно из звеньев тампона для облегчения удаления отработанного дренажа.

Всем женщинам проводилось морфологическое исследование плаценты, тканей рубца матки, изучались биохимические, иммунологические, гематологические показатели крови. Всем пациенткам проводился анализ бактериологического посева выделений из цервикального канала на флору и чувствительность к антибиотикам, УЗИ за инволюцией матки в послеоперационном периоде. Исследования проводились по общепринятым методикам.

Результаты

Клинический анализ обследованных женщин показал, что их возраст составил в среднем 29,5 лет. Из них в городе проживали 26 женщин, 27 были жительницами села. При изучении соматического анамнеза выявлена высокая частота перенесенных заболеваний инфекционно-воспалительного характера: ОРЗ, ОРВИ - у 40, детские инфекции - у 26, хронический тонзиллит - у 25, хронический пиелонефрит - у 20, ревматизм - у 6, эпидемический гепатит в разные годы жизни перенесли 14 женщин. Из анамнеза выявлено, что послеоперационный период предыдущей операции протекал с осложнениями в виде повышения температуры тела, симптомов субинволюции матки, пареза кишечника, расхождения швов послеоперационной раны, явлений тромбоза у 44, что обуславливало

длительное пребывание их в стационаре.

Во время настоящей беременности 36 женщин указывали на наличие в анамнезе воспалительных заболеваний гениталий. Обострения хронических инфекционных заболеваний во время данной беременности, таких как хронический тонзиллит, хронический пиелонефрит, ревматизм отмечались у 23 пациенток. Наиболее часто беременность сопровождалась анемией I и II степени у 28 женщин, угроза прерывания беременности в различные сроки - у 26, ОРН-гестоз встречался у 11, многоводие диагностировано у 5 женщин.

Уже на 2 сутки послеоперационного периода у женщин основной группы отмечалось значительное уменьшение болей в гипогастрии, на 3 сутки отменялись спазмолитические и обезболивающие препараты, в группе сравнения же - на 6-7 сутки. На 5-6 сутки послеоперационного периода всем родильницам основной группы была отменена антибактериальная терапия, тогда как в группе сравнения - на 7-8 сутки, получая при этом два антибиотика. Необходимость в утеротонической терапии пациенткам второй группы сохранялась на протяжении 8-9 суток, во второй группе же она отменялась на 4 сутки. Данные клинического осмотра, подтвержденного проведенным на 3 и 6 сутки после операции УЗИ у родильниц основной группы признаков отклонения от нормальной инволюции матки не обнаружили. В то время как, в группе сравнения у родильниц отмечались случаи гематометры, лохиометры, субинволюции матки. Несмотря на проводимую терапию у 5 родильниц второй группы развились гнойно-септические осложнения: раневая инфекция у 3 женщин, метроэндометрит - у 2. У родильниц первой группы гнойно-септических осложнений отмечено не было.

Морфологическое исследование у всех женщин из группы риска обнаружило явления плацентита, а также воспалительных изменений тканей рубца матки, что указывало на правильность выбранного контингента родильниц.

Проведенный нами анализ показал значительное отставание в сроках нормализации показателей периферической крови у женщин группы сравнения.

Средняя продолжительность лечения родильниц в стационаре в основной группе составила 8,3 и в группе сравнения 11,7 койко/дней.

Обсуждение

Анализ результатов полученных предварительных исследований показал, что используемый углеродминеральный сорбент осуществляет адекватную адсорбцию отделяемого из матки, воздействует на микрофлору, предупреждает общую интоксикацию, оказывает протезирование детоксицирующей функции лимфатической системы, стимулирует сократительную способность матки.

Эффективность профилактики послеоперационных воспалительных осложнений у родильниц под-

тверждалась на основании клинических показателей, характеризующих течение послеродового периода, данных ультразвукового исследования матки, лабораторных показателей.

Важным преимуществом этого метода является уменьшение использования противовоспалительной антибактериальной, дезинтоксикационной терапии, которое достигается хорошими адсорбционными характеристиками сорбента в отношении средне- и высокомолекулярных токсинов и микробных клеток. В связи с этим отмечаются отсутствие явлений интоксикации, условий для присоединения и развития вторичной инфекции, а также распространения и генерализации гнойно-воспалительного процесса. Кроме того, удовлетворительная инволюция травмированной матки и благоприятные условия для репаративных процессов в ней обеспечиваются адекватной местной санацией полости матки после кесарева сечения, при этом сокращается применение утеротонической терапии.

Вследствие гладкого не осложненного течения послеоперационного периода у женщин с рубцом на матке, родоразрешенных вновь оперативным путем, значительно сокращается продолжительность нахождения этого контингента родильниц в стационаре.

Таким образом, предлагаемый нами способ является одним из эффективных методов значительного снижения риска таких грозных акушерских осложнений, какими являются гнойно-септические заболевания. Местное использование подобных антимикробных препаратов может служить альтернативой длительному, системному применению антибиотиков. Включение в комплексную терапию местной санации при помощи дренажа-тампона СУМС-1 с адсорбированным на нем метронидазолом патогенетически обосновано и определяет

необходимость дальнейшей разработки и изучения методики применения данного сорбционного препарата непосредственно во время операции кесарева сечения в группе беременных с рубцом на матке.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев А.А., Буянов В.М., Радзиховский А.П. и др. Лимфотропная детоксикация. - Киев: «Наукова Думка» - 1988. - 228 с.
2. Гуртовой Б.Л., Емельянова А.И. Роль неспорообразующих анаэробов в развитии послеродовых эндометритов и рациональный выбор антибактериальной терапии // Вопросы охраны материнства и детства. - 1989. - № 7. - С. 54-57.
3. Зак И.Р. Диагностика, лечение и профилактика гнойно-септических заболеваний в акушерстве и гинекологии // Акушерство и гинекология. - 1988. - № 9. - С. 3-6.
4. Ломаченко И.И., Тарасов А.А. Лечение перитонита у детей с применением тималина и метронидазола // Клиническая хирургия. - 1988 - № 6. - С. 41-43.
5. Любарский М.С., Летягин А.Ю., Габитов В.Х. Сочетанная лимфотропная и сорбционная терапия гнойных ран. - Новосибирск - Бишкек: «Илим» - 1995. - 134 с.
6. Маринкин И.О., Ершов В.Н., Пекарев О. Г. Новые методы профилактики и лечения острых неспецифических послеабортных и послеродовых метрорэндометритов. // Практические рекомендации для врачей акушеров-гинекологов. - Новосибирск. - 1995. - 19 с.
7. Савельева Г.М. // Оптимизация тактики ведения родов и операции кесарева сечения в современном акушерстве: (Тезисы к пленуму). - М.- Барнаул, 1988. - С. 5-11
8. Чернуха Е.А. Родовой блок. - М., 1991.

ИНФОРМАЦИЯ

Согласно приказа МЗ РУз № 197 от 31.03.99. в г.Ташкенте прошел республиканский семинар-совещание по проблемам состояния и перспектив развития служб анестезиологии-реаниматологии и экстренной медицинской помощи в республике. Принято решение об организации Ассоциации анестезиологов-реаниматологов и врачей скорой и неотложной медицинской помощи Узбекистана.

У.А.Арипов,
Р.Э.Асамов,
С.И.Джамалов,
А.А.Имамов.

**ПЕРЕСАДКА ОСТРОВКОВЫХ КЛЕТОК
ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В КОМПЛЕКСНОМ
ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА «ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ»**
НСЦ гепато-панкреато-билиарной хирургии
(дир. - академик У.А.Арипов) МЗ РУз.

У.О.Орипов, Р.Э. Асамов, С.И. Жамолов, А.А. Имамов.

**ДИАБЕТИК ТОВОН СИНДРОМИНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШДА МЕЪДА ОСТИ БЕЗИ ОРОЛЧА ХУЖАЙРАЛАРИНИ КЎЧИРИБ
ЎТКАЗИШНИНГ ҚЎЛЛАНИШИ.**

Мақолада меъда ости беши оролча хужайраларини кўчириб ўтказишни ўз ичига олган комплекс даволашнинг «диабетик товодон» синдромининг кечишига таъсири 82 беморда ўрганилган, ва шу билан биргаликда шу патологияни диагностикасида ноинвазив текшириш усулларининг (ўлтраторавуши доплерография-УТДГ, кислородни транскутан босимини аниқлаш-ТсР_{О₂}) тутган ўрни ўрганилган.

Текширишлар натижасида қўйидагилар аниқланди: меъда ости беши оролча хужайраларини кўчириб ўтказишни ўз ичига олган комплекс даволаш «диабетик товодон» синдромини ҳосил бўлган беморларда товодонлардаги бошланғич нейротрофик ўзгаришларнинг тузалишига, оёқлар ампутациясининг сонини камайтиришга олиб келади; товодонда ТсР_{О₂}ни ўлчаш диабетик ангиопатияларда периферик микрогемодинамикани ўрганишда энг аниқ усулдир.

U. A. Aripov, R. I. Asamov, S. I. Djamalov, A. A. Imamov.

TRANSPLANTATION OF PANCREATIC ISLET CELLS IN COMPLEX TREATMENT OF SYNDROME OF DIABETIC FOOT.

The thesis analyzes the results of complex treatment of 82 patients by diabetes mellitus (DM) with a syndrome of diabetic foot (DF) during 1 year.

Inspection of patients included with generally accepted methods, purposeful examination of foots, ultrasonic dopplerography (USDG) of vessels of lower extremities and definition of transcutaneous power of oxygen (TcPO₂) on foots.

On the basis of complex treatment there was the transplantation of pancreatic islet cells (PIC) (Patent of the Republic of Uzbekistan №156, 1993). Moreover the patients received angioprotectors, neurotrophic preparations, symptomatic therapy and local treatment. Dynamic observation for patients during 1 year has shown, that in main group the best clinical effect in comparison with control was marked. Alongside with improvement of general states, reduction (disappearance) of diabetic symptoms, stabilization of glycemia, observed increasing of TcPO₂. In control group after generally accepted methods of treatment the effect was saved in most cases till 3 months.

«Диабетическая стопа» (ДС) - понятие собира-
тельное, т.е. это симптомокомплекс анатомо-функ-
циональных изменений стопы, связанных с диабе-
тической нейропатией, микро- и макроангиопатия-
ей, остеоартропатией, на фоне которых развивают-
ся тяжелые гнойно-некротические процессы. ДС
является частым осложнением наряду с диабе-
тическим поражением глаз, почек, нервной и сердеч-
но-сосудистой системы [1]. Высокая частота ам-
путации, инвалидизация и постампутационная ле-
тальность, наблюдаемая при ДС были подчеркнуты
в Сент-Винсентской декларации (10-12 октября
1981 г., Италия). Клинически синдром ДС может вы-
ражаться различными дистрофическими изменени-
ями в конечностях: от специфических нарушений
трофики кожи и ногтей стопы до гнойно-некроти-
ческих процессов в стопах. К сожалению, несмотря
на то, что современная диабетология обладает ши-
роким арсеналом препаратов (сахароснижающих,
ангиотропных, нейротропных средств), развитие и
прогрессирование поздних осложнений сахарного
диабета (СД) остается неизбежным, а получаемый
лечебный эффект часто оказывается временным [2,
3, 4, 5, 7].

За последние годы все большее число исследо-
вателей предпочтение отдают пересадке культур
островковых клеток поджелудочной железы
(ОКПЖ) [2, 3, 5, 8, 12, 13]. По мнению ученых, пере-
садка ОКПЖ представляя собой безопасный ме-
тод для достижения стабилизации течения СД, спо-
собствует приостановлению поздних диабетических
осложнений, а в некоторых случаях и обратному их
развитию [6, 8, 9, 10].

Цель исследования - выявление ранних призна-
ков ДС и изучение влияния пересадки ОКПЖ на

клиническое течение ДС, улучшение качественных
результатов лечения СД и его осложнений и тем
самым снизить частоту ампутаций (и объем опера-
тивных вмешательств), выполняемых вынужденно
по поводу ДС.

Материал и методы

В Научно-специализированном Центре гепато-
панкреато-билиарной хирургии Минздрава Респу-
блики Узбекистан начиная с 1991 года выполнена
свыше 200 пересадок ОКПЖ поросят и ягнят боль-
ным СД. Следует отметить, что впервые в мире
предложено использовать в качестве донорского
материала ОКПЖ новорожденных ягнят, пересад-
ка которых осуществлялась под передний листок
апоневроза прямых мышц живота между 2-мя пе-
ремычками (патент №156 РУз, 1993 г.) - наиболее
рациональное и безопасное место для трансплан-
тации.

В данной работе анализируются результаты ком-
плексного лечения с применением пересадки
ОКПЖ у 82 больных СД с разными формами ДС.
Большинство из них страдало инсулинзависимым
сахарным диабетом - 64 человек, 18 больных - ин-
сулиннезависимым сахарным диабетом. Возраст
пациентов колебался от 13 до 62 лет; из них муж-
чин было 44 (53,7%), женщин-38 (46,3%). Всем боль-
ным выполнена пересадка ОКПЖ в комплексе с
местным лечением, включающее теплые ножные
ванночки, примочки с инсулином и способствующи-
ми грануляции мазями, обработка пораженных
участков антисептиками (озонированной жидко-
стью), экономная некрэктомия. Кроме того в комп-
лекс лечения обязательно включались ангиопро-
текторы, антибиотики (у больных с ДСП и ДСПП

степени), нейротропные препараты, иммунокорригирующие средства (иммуномодулин) и симптоматическое лечение. При этом априорно мы руководствовались теми соображениями, что вряд ли стоит ожидать клинический эффект у больных с далекозашедшими гнойно-некротическими изменениями и сфокусировали свое внимание в большей степени на пациентах с начальными и обратимыми формами ДС. С одной стороны это было продиктовано тем, что нам не хотелось дискредитировать методику на столь тяжелой категории больных, а с другой стороны, подтвердив эффективность имплантации ОКПЖ у больных с наличием резервного потенциала стопы, акцентировать внимание на превентивной стороне вопроса.

В обследовании больных, кроме рутинных, кардинальными являлись: целенаправленный наружный осмотр стоп, ультразвуковая доплерография (УЗДГ) сосудов нижних конечностей (УЗДГ производили на аппарате Vasoflou-3, Англия), а также определение транскутанного напряжения кислорода ($TcPO_2$) (для определения $TcPO_2$ использован аппарат ТСМ2, Дания). Другие методы исследования выполнялись по показаниям. Вышеуказанные методы исследования проводили по возможности у всех пациентов до начала лечения, а также в сроках через 1, 3, 6, 12 месяцев после комплексного лечения с пересадкой ОКПЖ.

Все больные с ДС для адекватного выбора лечебной тактики и динамического наблюдения были условно разделены на 3 группы в зависимости от выраженности наружных изменений на стопах: ДС I степени - наличие специфических изменений кожи и ногтей (сухость, шелушение кожного покрова, ороговелость, утолщение, «губчатая» деформация, ломкость ногтей и т.д.) - 51 пациента (62,2%); ДС II степени - к вышеуказанным признакам присоединяется наличие трофической язвы без нагноения - 23 пациента (28%); ДС III степени - наличие гнойно-некротических процессов на стопах - 8 пациентов (9,8%). Следует напомнить, что у больных с ДС III степени часто выявлялось сопутствующие атеросклеротические поражения сосудов нижних конечностей, что в ряде случаев потребовало коррекции артериального кровотока (до или после пересадки ОКПЖ).

Обсуждение

При проведении УЗДГ сосудов нижних конечностей мы обращали внимание на характер кровотока, наличие явлений вазоспазма (которая по всей видимости связана с полинейропатией), показатель максимального систолического давления (Мах А) и коэффициент периферического сопротивления (РР). Так, исходные показатели Мах А и РР у больных без сопутствующего атеросклероза колебались - 1,3-2,2 КHz и 0,82-0,89 соответственно, и к тому же у 60% больных выявлялись явления вазоспазма в периферических артериях. В тоже время у больных с сопутствующим атеросклеротическим пораже-

нием сосудов на доплерограммах выявлялись признаки стенозирования сосудов, а в нередких случаях окклюзии их (у этих больных спектрограммы получить не удавалось), что предопределяло более отрицательный прогноз эффективности лечения.

$TcPO_2$ определяли на стороне поражения стоп (при ДС I - на стороне, где кожа и ногти больше подвержены трофическим изменениям). Исходные цифры $TcPO_2$ были: у больных с ДС I степени 37,4-41,2 мм.рт.ст.; с ДС II степени - 25,2-27,8 мм.рт.ст.; и у больных с ДС III степени - 19,4-19,6 мм.рт.ст.

При контрольных обследованиях больных, получавших комплексное лечение с пересадкой ОКПЖ, наряду с компенсацией гликемии, исчезновением многих жалоб характерных для СД, улучшением общего состояния, отмечены следующие локальные изменения:

- у больных с ДС I степени наружные специфические нейротрофические изменения практически во всех случаях подверглись обратному развитию, начиная с 3-месяца после комплексного лечения с пересадкой ОКПЖ, т.е. восстанавливался нормальный тургор кожи, эластичность её, а также нормализовался ногтевой рисунок (исчезали утолщения, «губчатая деформация», ломкость, изменения цвета);

- у 12 больных (52,2%) с трофическими язвами без присоединения гнойных процессов на стопе наблюдали заживление последних к 6-месяцу наблюдения и у остальных больных происходило уменьшение размеров язв и имела тенденцию к их закрытию;

- у больных с ДС III степени на фоне пересадки ОКПЖ и местного лечения наблюдалось затихание гнойно-некротических процессов на стопах быстрее, чем у больных, которые получали лечение без пересадки ОКПЖ, что благодаря улучшению микроциркуляции и нервной трофики удалось снизить объем оперативных вмешательств (экономная некрэктомия, ампутация стопы по Лисфранку).

УЗДГ сосудов нижних конечностей показало, что начиная с 1-месяца наблюдения после комплексного лечения с пересадкой ОКПЖ происходила нормализация показателей Мах А и РР, а также у многих больных с преобладанием явлений вазоспазма отмечалось снижение или исчезновение последних, что мы связываем с улучшением микроциркуляции и иннервации сосудов (больше парасимпатического звена). Наиболее существенные сдвиги показателей Мах А и РР наблюдались через 6 месяцев после лечения, а через 12 месяцев показатели несколько ухудшались, хотя и они были лучше, чем до лечения. Данный факт мы связываем с постепенным угасанием функции пересаженных клеток.

Измерение $TcPO_2$ в вышеуказанных сроках наблюдения показало точную корреляцию показателей данного исследования с динамикой наружных изменений на стопах, т.е. самое оптимальное повы-

шение цифровых данных (также улучшение притока артериальной крови к тканям стопы) также наблюдалось к 6-месяцу после пересадки ОКПЖ + комплексного лечения. К этому сроку происходила нормализация кожного покрова и ногтей, заживление или уменьшение трофических язв и затихание гнойно-некротических процессов стоп (Таблица 1).

ТсРО₂ в покое на стопе больных с «диабетической стопой» в динамике после лечения (мм.рт.ст.)

Таблица 1.

Группы	Сроки обследования, месяцы				
	исходн.	1	3	6	12
ДС Истепени	37,4 ± 1,4	44,2 ± 1,2	52,1 ± 0,9	58,4 ± 0,8	46,5 ± 1,1
ДС Истепени	25,2 ± 1,1	38,1 ± 1,3	47,1 ± 0,8	52,2 ± 1,2	42,8 ± 1,4
ДС Истепени	19,4 ± 0,9	20,1 ± 0,8	28,4 ± 0,9	29,2 ± 1,1	23,7 ± 1,2

В процессе работы было установлено, что из всех использованных методик, наиболее точно в оценке локального статуса больных с ДС (т.е. микроциркуляторного русла) отвечает ТсРО₂, т.к. показатели доплерограмм не всегда соответствовали наружным патологическим изменениям на стопах.

Выводы:

1. Начальные нейротрофические изменения, выявляемые на стопе диабетика следует воспринимать как начало синдрома ДС и уже на этой стадии следует начинать комплекс лечебно-профилактических мероприятий по недопущению образования запущенных форм.

2. Пересадка ОКПЖ в комплексе лечения оказывает наиболее выраженный клинический эффект на течение синдрома диабетической стопы (нормализация трофических изменений кожного покрова и ногтей, уменьшение или заживление трофических язв, а также обратное развитие гнойно-не-

кротических процессов).

3. Пересадка ОКПЖ благодаря улучшению кровоснабжения и нервной трофики позволяет добиться уменьшения частоты ампутаций и объема оперативных вмешательств, выполняемых на нижних конечностях вынужденно ввиду нарастания гнойно-некротических процессов.

4. Определение ТсРО₂ на стопе является наиболее точным методом исследования как в оценке исходного состояния микроциркуляции стопы, так и в оценке наступающих позитивных изменений.

Литература:

1. Большая медицинская Энциклопедия, изд.3, т.23, 1984.
2. Влияние ксенотрансплантации тканевых культур островковых клеток поджелудочной железы на течение диабетической ангиопатии / М.Абдул, А.И.Данилова, С.Т.Зубкова, Л.Н.Сидоренко // Тез. докл. XI Всесоюз. науч. конф. по трансплантации органов. - Львов, 1990. - С. 89-91.
3. Игнатенко С.И., Кипренский Ю.В., Пряхин И.С. / Хирургические аспекты трансплантации поджелудочной железы у больных сахарным диабетом // Пробл. эндокринологии. - 1991. - Т. 37, № 2.
4. Шумаков В.И. / Новые направления хирургического лечения сахарного диабета // Тез. докл. IV съезда эндокринологов. - Киев, 1987. - С. 428-429.
5. Continuous insulin infusion therapy an retinopathy in patients with type 1 diabetes / E.Helve, L.Laatikainen, L.Merenmies, V.A.Koivisto // Acta endocr. - 1987. - Vol. 115, № 3. - P. 313-319.
6. Federlin K.F., Bretzel K.G., Hering B.J. / Experimental and clinical islets transplantation. Current status // Zentralbl. Chir. - 1992. - 117(12): 670-6.
7. Lefrancois G., Martin X. / Islets of Langerhans grafts and pancreas transplantation // Rev. Prat. - 1992. - Vol. 42, № 9. - P. 1090-1092.
8. Lalic N., Djordjevic P., Brkic S.D., Micic D. et al. / Analysis of insulin receptor binding in insulin-dependent diabetics after transplantation of human fetal islet cell culture // Intern.Symp. «Transplantation of endocrine pancreas». - Abstr. Vrnjacka Banja, Yugosl. - 1987. - P.35
9. Mandel T.E., Koulmanda M. / Xenotransplantation of islets of Langerhans in diabetes mellitus // Transplant. Proc. - 1994. - 26(3): 1110-2.
10. The influences of islet transplantation on metabolic abnormalities and diabetic complications / Y.F.Hu, R.L.Cheng, A.H.Shao et al. // Norm. Metab. Res. - 1989. - Vol. 21, № 4. - P. 198-202.

А.Е. Аталиев,
А.Р. Мавлянов

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

*Кафедра хирур. болезней для VI и VII курсов (зав. – проф.
А.Е.Аталиев) II ТашГосМИ (ректор - проф. Х.Я. Каримов)*

А.Е.Аталиев., О.Р.Мавлянов

ЁШИ УЛУҒ ВА ҚАРИ ЁШДАГИ БЕМОРЛАР ДУОДЕНАЛ ЯРА КАСАЛЛИГИ АСОРАТЛАРИНИНГ ХИРУРГИК ДАВОСИ

Муаллифлар томонидан 1279 нафар улуг ва қари ёшдаги беморлар текширилган. 839 нафар текширилган дуоденал яра асорати бўлган беморлардан 518 нафарида жаррохлик амалиёти ўтказилган (перфорация – 115; қонаш – 86; стеноз – 228; пенетрация – 89). Ўтказилган текширувлар натижасида (меъда секрецияси, рН-метрия, меъда шиллик қавати биопсияси) аниқланганки, улуг ва қари ёшдаги дуоденал яра асорати бўлган беморларда касалликнинг қанча давом этганлигидан қатъий назар интенсив секретор ва кислота ҳосил қилиш фаолияти сақланиб қолади, бунда асосий ва париетал хужайраларнинг юқори секретор потенциали мавжудлиги морфологик жиҳатдан исботланган. Бу эса радикал жаррохлик амалиётлари қўллашга талаб қилади. Муаллифлар хавфни пасайтириш ва радикал амалиётлар (меъда резекцияси; СТВ+АЭ) бажариш шароитини кенгайтириш мақсадида иммун статус, ацетиллаш жараёни, липидлар перекисли оксидланиши, антиоксидант химоя ва глутатион тизими ҳолатини ва ОЦК миқдорини коррекция қилиш лозимлигини кўрсатиб ўтганлар. Кичик амалиётларни (тешилган ёки қонаётган ярани тикиш, СТВ ва дренажловчи амалиётлар билан) шошилиш ҳолатлардаги асоратларда заифлашиб қолган, оғир беморларда қўллаш тавсия қилинади, қайсики кейинчалик уларни диспансеризация қилиш ва превентив H_2 – блокаторлар, протон помпа ингибиторларини, антихеликобактериал препаратларни қўллаш лозим.

Ataliev A.E., Mavlanov A.R.

SURGICAL TREATMENT OF COMPLICATED DUODENAL ULCER IN PATIENTS OF ELDERLY AND AGE

The authors investigated 1279 patients of elderly and old age. Out of 839 patients with complicated duodenal ulcer 518 patients underwent operative treatment (perforation – 115, bleeding – 86, stenosis – 228, penetration – 89). Results of investigations performed (pH-metry, biopsy of gastric mucosa) showed that in elderly and old patients with complicated duodenal ulcer, independently on the duration of disease, intensive secretory and acid-producing functions reserved, that was confirmed morphologically by high secretory potential of main and parietal cells that indicated advisability to use radical operations. With purposes to reduce risk and to increase properties for performance of radical operations (gastric resection, truncal vagotomy + antrumectomy) authors showed necessity to carry out pre – and postoperative correction of blood volume deficiency taking into consideration the state of hemodynamics, immune status and acetylation, lipid peroxidation process, antioxidative and glutathione system. Minimum operative interventions (suture of perforated or bleeding ulcer in combination with truncal vagotomy and draining operation) are indicated in urgent complications and for weak and critically ill patients with consequent obligatory prophylactic medical examination and prophylactic application of H_2 blocking agents, proton pump inhibitors and antihelicobacter drugs.

Среди больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки лица пожилого и старческого возраста составляют 5–10%, причем у пожилых болезнь протекает более скрытно, часто бессимптомно, без выраженного болевого синдрома. У них на первый план выступают общие признаки: отсутствие аппетита, утомляемость, слабость, потеря массы тела, которые приводят к частым диагностическим ошибкам, отсутствию своевременной целенаправленной терапии. В 22,3 – 70% случаев у пожилых наблюдаются осложненные формы дуоденальной язвы, которые протекают на фоне серьезных сопутствующих заболеваний таких как атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, заболевания опорно-двигательного аппарата, патологии со стороны легочно-бронхиального дерева, тремор и т.д., что обуславливает и высокую послеоперационную летальность [1,5,7,9,15].

И все-таки, несмотря на преклонный возраст, наличие сопутствующей тяжелой патологии, высокий риск и опасность оперативного вмешательства приходится оперировать этих больных, ибо «в распоряжении стариков нет уже сроков для продолжительного лечения с надеждой на последующие годы здоровья. А непреодолимые рубцовые стенозы и мучительные боли при язвах, пенетрирующих в поджелудочную железу, тем более будут толкать на операцию даже в 65 и 70 лет» [12].

Материал и методы

Нами обследованы 1279 больных пожилого и старческого возраста с дуоденальной язвой, находившихся на лечении на базе кафедры хирургии II

ТашГосМИ в МСЧ Ташжилинвестстроя; из них 839 (65,6%) – больные с осложненной дуоденальной язвой. Длительность язвенного анамнеза до I года (в том числе и «немые» язвы) отмечена у 12,8% больных, 1–2 года – у 14,6%, 3–5 лет – у 15%, 5–10 лет – у 22,5% и свыше 10 лет – у 35,1%. Больных со «старой» язвой было 1029 (80,5%), с «поздней» – 250 (19,5%). В возрасте до 75 лет было 984 (76,9%), старше 75 лет – 295 (23,1%). Мужчин – 934 (73,0%), женщин – 345 (27,0%), т.е. соотношение составило 2,7:1.

Из 839 больных пожилого и старческого возраста, с осложненной дуоденальной язвой, стеноз различной степени выявлен у 350 (41,7%), из них оперированы 228 (65,1%), кровоте-чение разной степени кровопотери наблюдалось у 226 (26,9%), оперированы 86 (38,1%) больных, пенетрация язвы отмечалась у 148 (17,6%), оперированы 89 (60,1%) больных, с перфоративной язвой поступили 115 (13,7%), оперированы все больные. У 121 больного отмечена комбинация осложнений (кровотечение и стеноз; пенетрация и кровотечение; стеноз и пенетрация; стеноз, пенетрация и кровотечение и др.). Однако эти больные нами отнесены в группу того заболевания, которое явилось основным в показаниях к госпитализации и операции. У 67 больных отмечены гигантские язвы, диаметр которых превышал 2,5 – 3 см.

Кроме общепринятых рутинных методов, проведены специальные исследования: желудочная секреция (базальная и максимальная продукция кислоты, объем желудочного сока, кислые и щелочные компоненты), рН-метрия, изучение моторно-

эвакуаторной функции (рентгенологически, методом непрерывной гастрографии), тонометрия, эзофагогастрофиброскопия, прицельная биопсия слизистой оболочки желудка со световой, сканирующей и электронномикроскопической техники, исследование центральной гемодинамики (ЦГ), состояние клеточного иммунитета, процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ), антиоксидительной защиты (АОС), ацетилирования, системы глутатиона до и после различных видов операций.

Результаты и их обсуждение.

Из 518 больных операции по экстренным показаниям были проведены 128 (24,7%), по срочным (в первые 2 суток с момента поступления) — 52 (10,0%) и плановым — 338 (65,3%) больным.

С перфоративной язвой оперированы 115 (13,7%) больных: в основном ушивание отверстия (табл.1). Высокая летальность (10,4%) при прободной дуоденальной язве у лиц пожилого и старческого возраста связана не с характером и видом произведенной операции (11 умершим в клинике больным произведено простое ушивание отверстия, лишь одному больному — стволовая ваготомия /СТВ/ с пилоропластикой /ПП/), на что указано в [14], а в основном с тяжелым исходным фоном, степенью распространенности перитонита, продолжающимся прогрессивным нарушением центральной гемодинамики, легочной недостаточности. В этом отношении наши данные совпадают с результатами работ [6,8]. Отсутствие летальных исходов после резекции желудка или СТВ с антрумэктомией (АЭ), других видов ваготомии с иссечением язвы и ПП свидетельствует не столько о безопасности этих вмешательств при прободных язвах, сколько о выборочном контингенте больных.

Другим серьезным осложнением язвенной болезни у пожилых является профузное желудочное кровотечение, остановка которого не всегда возможна, а промедление оперативного вмешательства чревато пагубными последствиями. Из 226 больных с кровотечением разной степени кровопотери оперированы 86 (38,1%). Умерло 13 (15,1%) больных. 5 умершим больным из-за крайне тяжелого состояния произведено лишь прошивание язвы, 5 — резекция желудка, 3 — СТВ (у 1 в сочетании с АЭ и 2 других — с ПП и прошиванием кровоточащей дуоденальной язвы).

У лиц пожилого и старческого возраста с кровоточащей дуоденальной язвой (также и у больных других возрастных групп), необходимо решить несколько задач: 1) борьба с шоком; 2) выяснение источника кровотечения; 3) определение тактики — консервативная терапия или операция в экстренном порядке; 4) при решении вопроса о необходимости вмешательства — выбор метода операции (паллиативная или радикальная). Внедрение в практику гастрофиброскопической техники ликвидировало диагностическое бессилие и пессимизм, присущие в прошлом; при этом практически ни

преклонный возраст, ни наличие сопутствующих заболеваний, ни выраженная клиника геморрагического шока не являются противопоказанием для производства этой лечебно-диагностической процедуры.

Основными критериями для экстренной операции являются не столько показатели Нв, эритроцитов, дефицита ОЦК и степени кровопотери, сколько характер интенсивности кровотечения, диагностированной гастрофиброскопически, размеры кровоточащего сосуда, показатели дефицита глобулярного объема (ГО), безуспешность гастротомии — остановки или неуверенность в ней, а также возобновившееся кровотечение.

Среди 140 больных, леченных консервативными мероприятиями умерло 7 (5,0%), что находится в противоречии с данными работы [13], где отмечена равная летальность (21,9 и 19,2% соответственно) при оперативном и консервативном лечении кровоточащей дуоденальной язвы у пожилых больных. Все умершие преклонного возраста, с II—III степенью кровопотери, с тяжелой сопутствующей патологией и декомпенсацией компенсаторных процессов (полиорганной недостаточностью), что можно объяснить чрезмерным увлечением консервативной терапией и несвоевременными операциями.

Клиника стоит на позиции активно-выжидательной тактики с обязательной эн-доскопической верификацией причин и степени кровотечения по Forrest, динамического клинко-эндоскопического контроля, широкого применения (на фоне гемостатических препаратов) H_2 — блокаторов (в/в и внутрь), блокаторов протонной помпы.

Используя различные операции (от простого прошивания у крайне тяжелых больных, иссечение язвы передней или прошивание кровоточащей язвы задней стенки в сочетании с СТВ и ПП до резекции желудка) в экстренной хирургии пришли к заключению, что паллиативные вмешательства типа прошивания у крайне тяжелых больных часто бывают запоздалыми. ПП по Финнею с СТВ также вызывает определенную критику, в связи с техническими трудностями остановки или возможным рецидивом кровотечений и анатомическими сложностями при повторных операциях.

Со стенозом различной степени оперированы 228 больных. Высокая летальность (5,3%) связана с неоправданным отказом больных и хирургов от порой необходимых вмешательств, а также с неадекватно выбранным видом операции у больных с серьезными сопутствующими заболеваниями.

Наши данные не совпадают с литературными, в смысле оценки хороших ближайших и отдаленных результатов при наложении гастроэнтероанастомоза при стенозах, рекомендуемого у пожилых [4]. Применение его у пожилых и лиц старческого возраста без учета кислотообразующей функции, при наличии «флоридной» язвы не так уж и без-

различно. Подтверждением этому может служить развитие пептических язв с кровотечением, перфорацией, кологастральным и наружным желудочно-кишечным свищем.

При стенозах основным видом оперативных вмешательств все — так является резекция желудка в классическом (108) варианте и «на выключение» (23), а также СТВ с АЭ (25 больным). Мы практически отказались от стволовой и селективно проксимальной ваготомии (СПВ) в сочетании с дренирующими вмешательствами, а наши данные — результат увлечения в 80^е—годы.

Пенетрация язвы с болевым синдромом и кровотечением в прошлом явилась показанием к операции у 89 пожилых и стариков. В данной группе больных преобладали резекционные методы оперативных вмешательств (23—классическая резекция желудка, 21—на выключение язвы и 36 — СТВ с АЭ). Летальность в этой группе составила 9,0%.

Отказ от паллиативных и условно радикальных (СТВ и СПВ с дренирующими желудок операциями) вмешательств связан с выявленными функционально — морфологическими изменениями слизистой желудка у лиц пожилого и старческого возраста.

Данные о кислотообразовательной и секреторной функции желудка у пожилых в литературе весьма разноречивы: одни считают, что у пожилых в связи с наступающей атрофией слизистой желудка, его париетальных и главных клеток, отмечается гипосекреция или анацидное состояние, что позволяет как в ургентной, так и плановой хирургии применять минимальные вмешательства, типа ушивания прободной язвы, наложение гастроэнтероанастомоза при стенозе. Однако, как показали наши исследования, синхронные с данными других авторов работ [2,3,10,11], у пожилых больных с осложненной дуоденальной язвой отмечены высокие цифры базальной и стимулированной кислотопродукции, несколько ниже, чем у лиц молодого и среднего возраста с осложненной дуоденальной язвой. Однако эти различия статистически недостоверны.

Проведенные исследования морфологического состояния слизистой оболочки желудка у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки показывают, что характер морфологических изменений различных отделов слизистой оболочки желудка и, особенно, фундальных желез, главных и париетальных клеток, определяющих кислотно-пептический фактор, указывает на довольно высокий секреторный потенциал. Сопоставление с данными литературы, а также морфологические исследования у лиц молодого и среднего возраста, не выявили выраженных морфологических различий у больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, зависящих от возраста.

Выполнение радикальных вмешательств у больных с осложненной дуоденальной язвой, расшире-

ние показаний к операции, обеспечивающему не только удовлетворительный ближайший, но и положительные отдаленные результаты у лиц пожилого и старческого возраста возможно при создании определенных условий для их выполнения, в частности, выявления жизненных резервов и компенсаторных механизмов. В связи с этим нами изучены состояние ЦГ, иммунного статуса, процессов ацетилирования, ПОЛ, АОС, глутатионовой системы, разработаны наиболее рациональные меры их коррекции.

Изучение отдаленных результатов различных оперативных вмешательств в сроки от 1 года до 20 лет показало, что паллиативные вмешательства типа ушивания перфоративного отверстия и наложение гастроэнтероанастомоза (ГЭА) в изолированном варианте дают более 40% плохих результатов.

Повторные операции проведены у 143 больных: 94 больных в прошлом перенесли ушивание прободной язвы; 5 больных — резекцию желудка (2 — пептическая язва /ПЯ/ гастродуоденоанастомоза /ГДА/; 3 — ПЯ ГЭА); 7 больных — наложение ГЭА в изолированном варианте (причем у 1 больной 69 лет наступила перфорация ПЯ через переднюю брюшную стенку наружу); 37 больных — различные виды ваготомий с дренирующими операциями (СПВ — 29: в сочетании с ГДА 20 и ПП — 9; СТВ — 8: в сочетании с АЭ — 2, ПП по Финнею — 5 и ГЭА — 1). Показаниями к операции явились у 23 больных ПЯ анастомоза, у 14 — стеноз анастомоза. Среди разнообразных причин образования пептических и рецидивных язв после операции являются в основном ГЭА в изолированном варианте и различные виды ваготомии с дренирующими желудок операциями. Наиболее часто, что заставляло нас категорически отказаться от ее производства, — ГДА по Джабулею.

Основным видом повторных операций была резекция или ререзекция желудка. Предпочтение отдаем методу Гофмейстеру — Финстереру; после ваготомии с ГДА по Джабулею — методу Габерер — Финнея в модификации Л.Г.Хачиева.

Изучив ближайшие и отдаленные результаты оперативных вмешательств, состояние кислотопродуцирующей функции желудка, метаболизм, иммунный статус, процессов ацетилирования, ПОЛ, АОС, глутатионовой системы до и после различных вмешательств, разработав ряд способов коррекции, мы вновь вернулись к классической резекции желудка и у лиц пожилого и старческого возраста, модифицировав способ резекции желудка по Б—П (НИНДР 9800525.1), при котором накладывается позадиободочный терминалоатеральный, поперечный (косоперечный при узком кишечнике), изоперистальтический анастомоз однорядными швами без образования «шпоры» и способ обработки культи ДПК (НИНДР 9800497.1) с применением ручного шва при «трудных» пенетрирующих и низ-

корас—положенных язвах.

ВЫВОДЫ:

1. Среди больных пожилого и старческого возраста с дуоденальной язвой ос—ложненные формы встречаются у 65,6%. Группу высокого риска составляют больные с urgentными осложнениями — кровотечением и перфорацией.

2. У лиц пожилого и старческого возраста с осложненной дуоденальной язвой, независимо от длительности заболевания, «старой» или «поздней» язвы отмечена сох—раненная интенсивная секреторная и кислотообразующая функции, морфологически подтвержденный высокий секреторный потенциал главных и париетальных клеток, что диктует целесообразность применения радикальных операций.

3. У лиц пожилого и старческого возраста с urgentными осложнениями дуоде—нальной язвы (кровотечение, перфорация) возможно применение органосохраняющих операций: ушивание прободной или прошивание кровоточащей (при возможности ее иссечением) язвы в сочетании с СТВ и дренирующей операцией.

4. С целью снижения риска оперативных вмешательств, расширения возможности проведение радикальных операций необходимо до и в послеоперационном периоде проводить коррекцию дефицита ОЦК, исходя из состояния гемодинамики, иммунного статуса, процессов ацетилирования, ПОЛ, АОС и глутатионовой системы.

5. Все больные с осложненной дуоденальной язвой пожилого и старческого возраста должны находиться на диспансерном учете. В случае применение минимальных вмешательств (ушивание прободной или прошивание кровоточащей язвы) показано применение H_2 —блокаторов, ингибиторов протонной помпы, антихеликобактериальных препаратов в раннем послеоперационном периоде.

Литература:

1. Агеенко В.А., Пинский С.Б. Причины летальности при острых язвенных гас—тродуоденальных кровотечениях. //Хирургия. — 1982. — № 12. — С.35—38.

2. Валенкевич Л.Н. Пищеварительная система человека при старении. — Л.: Наука, 1984. — 224 с.

3. Валенкевич Л.Н. Гастроэнтерология в гериатрии. Л.: Наука, 1987. — 240 с.

4. Гришко С.Г. Хирургическое лечение дуоденальной язвы у лиц пожилого и старческого возраста: Автореф. дис. канд. мед. наук. /Второй Московский гос. мед. институт им. Н.И. Пирогова. — М., 1987. — 22 с.

5. Дудник В.С., Кузьмин Н.В. Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки в пожилом и старческом возрасте. //Актуальные вопросы хирургических заболеваний органов брюшной полости. — М., 1982. — С.27—28.

6. Заверный Л.Г., Мохнюк Ю.Н., Малиновский Ю.Ф. и др. Лечение прободных пилородуоденальных язв. //Хирургия. — 1988. — № 5. — С.43—46.

7. Лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений. /Магдиев Т.Ш., Кузнецов В.Д., Шипилов В.А., Вензик В.А. //Хирургия. — 1991. — № 3. — С.39—43.

8. Мышкин К.И., Лагун М.А. Перфоративные гастродуоденальные язвы. — Саратов, 1983. — 120 с.

9. Нурмухамедов Р.М., Яругский Е.Е., Файзуллаев Х.Ф. Хирургическое лечение язвенной болезни у пожилых. — Ташкент: Медицина, 1978. — 162 с.

10. Печеная Н.А. Кислотообразующая и нейтрализующая функции желудка у больных пожилого и старческого возраста при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. //Актуальные вопросы хирургических заболеваний органов брюшной полости. — М., 1982. — С.16—18.

11. Хирургическая тактика при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у лиц пожилого и старческого возраста /Иоселиани Г.Д., Бокерия Р.И., Сирадзе Т.О. и др. //Тезисы V Всесоюз. съезда геронтологов и гериатров. — Киев, 1988. — С.198—199.

12. Юдин С.С. Этюды желудочной хирургии. — М., 1955. — 300 с.

13. Bittersohl H.—S., von, Hartmann G. Ergebnisse der Behandlung des blutenden gastroduodenalen Ulkus //Zbl. Chir. — 1987. — Bd. 112. — S. 294 — 302.

14. Boey J. Perforated duodenal ulcer //World J. Surg. — 1987. — Vol. 11, № 3. — P. 319—324.

15. Facteurs de risque de la chirurgie de L' ulcere gastrique apres 70 ans: 34 observations /J.J.Sala, J.D.Favre, H.Viard et al. //Presse med. — 1986. T. 15, №32. — P. 1617—1619.

Ю.В. БЕЛОВ,
А.Н. КОСЕНКОВ,
Ю.А. АБРАМОВ,
Н.О. ЛОГУШ,
А.Д. АСЛАНОВ

**ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С
ДИФФУЗНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ АРТЕРИЙ НИЖНИХ
КОНЕЧНОСТЕЙ**

*Российский Научный центр хирургии
(дир. - акад. РАМН Б.А. Константинов) РАМН
Кафедра хирургических болезней № 2 лечебного
факультета (зав.- проф. Ю.В. Бирюков)
Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова*

Ю.В. БЕЛОВ, А.Н. КОСЕНКОВ, Ю.А. АБРАМОВ, Н.О. ЛОГУШ, А.Д. АСЛАНОВ

ОЁҚ ҚОН ТОМИРЛАРИ ДИФФУЗ ШИКАСТЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ЖАРРОХЛИК УСЛУБИДА ДАВОЛАШ ТАЖРИБАЛАРИ

Мақолда оёқ қон томирлари диффуз шикастланган беморларда жаррохлик услубида даволаш натижалари ўрганилган. 1975-1998 йилларда Россия тиббиёт фанлари академиясининг жаррохлик илмий марказида текширилган ва жаррохлик услубида даволанган оёқ қон томирлари диффуз шикастланган 1674 бемор текширилган. Юқори даражада бажарилмаган реконструктив жаррохлик амалиётидан сўнг беморларнинг оёқ қон томирлари интраоперацион ультратовуш усулида текширилган. Агар шунда қон оқими 1 дақиқада 200 мл дан кам бўлса, муаллифлар дистал реконструкция қилишни лозим деб топадилар. Бу усул даволашни бевосита натижаларни яхшилашга олиб келади.

Belov Yu. V., Kosenkov A. N., Abramov Yu. A., Logush N. O., Aslanov A. D.

THE EXPERIENCE OF SURGICAL TREATMENT IN PATIENTS WITH DIFFUSE LESIONS OF THE LOWER EXTREMITIES ARTERIES.

The results of surgical treatment in patients with diffuse lesions of the lower extremities arteries have been analysed in this article.

1674 patients, operated in RAMS RRCS with diffuse lesions of the lower extremities arteries, including aorta, ileal, femoral, popliteal and tibial arteries have been examined from 1975 to 1998.

According to the author's data after reconstruction of the upper storey the intraoperative doppler -or flowmetry was performed. the volumetrical blood flow along the shunt was considered satisfactory if it exceed 200-220 ml/min. if the blood flow along the shunt was less than 200 ml/min the authors recommended to amplify the proximal reconstruction with distal reconstruction. It allowed to improve the results of reconstructive operations.

Реконструктивная хирургия брюшной аорты и магистральных артерий нижних конечностей является, поистине, единственной возможностью устойчивого сохранения жизнеспособности конечности при тяжелых формах хронической артериальной недостаточности. До 80% случаев хирургическое лечение позволяет добиться положительных результатов (1, 2, 3, 5, 6).

Однако, несмотря на достижения, связанные с выполнением реконструктивных операций, уровень неудовлетворительных исходов остается высоким. Ранние послеоперационные осложнения, связанные в основном с неправильным выбором метода хирургического лечения составляют 5-25% (3, 4, 7, 8). Осложнения в отдаленном периоде после реваскуляризации нижних конечностей отмечены у 50% больных (7, 9, 10, 11).

Поражения артерий нижних конечностей часто имеют диффузный характер на различных уровнях. В связи с этим возникают вопросы, связанные с выбором тактики лечения этих больных: нужна ли им максимальная реваскуляризация нижних конечностей, выполнять ли этим больным одномоментные многоуровневые реконструкции, либо осуществлять поэтапное вмешательство на различных уровнях нижних конечностей через определенное время.

В литературе, до настоящего времени, при определении одного и того же характера поражения артерий нижних конечностей пользовались различной терминологией. Путались такие понятия как изолированное и сегментарное поражение. Часто один и тот же характер окклюзионного процесса называли множественным, диффузным или

сочетанным. В связи с этим взяли на себя смелость дать четкое определение разновидностей характера артериальной патологии применительно к нижним конечностям.

На основании изучения данных функционального и ангиографического исследования у больных с окклюзионным поражением артерий нижних конечностей была разработана следующая классификация.

Стеноз части анатомически обозначенной артерии назвали сегментарным поражением. Сегментарным может быть 100% стеноз (окклюзия) средней трети поверхностной бедренной артерии или, к примеру, стеноз наружной подвздошной артерии.

Стеноз какой-либо одной артерии или двух, представляющих собой общую магистраль в одной анатомической зоне определили как изолированное поражение. Это может быть окклюзия общей и наружной подвздошной артерии или поверхностной бедренной артерии на всем протяжении, возможно, с проксимальной частью подколенной артерии.

При стенозах подколенной или тиббиальных артерий поражение обозначили дистальным.

Когда имелось изолированное или сегментарное поражение артерий в нескольких анатомических зонах, то эту патологию назвали множественной. Сюда может быть отнесено одномоментное поражение аорто-подвздошного и бедренно-подколенного сегментов.

В случае, когда в патологический процесс вовлекались в той или иной степени все артериальные магистрали конечности, поражение считали диффузным. Примером могут быть случаи когда

имелись стенотическое поражение аорто-подвздошного, бедренно-подколенного сегментов с распространением процесса на глубокую артерию бедра, а также стенозы тибиаьных артерий .

При характеристике двустороннего процесса определение давали по стороне наибольшего поражения. Так, если у больного изолированное поражение поверхностной бедренной артерии справа и множественное поражение слева, то в этом случае патологию называли множественной. При обтурации аорты, независимо от ее типа, если в процесс вовлечены только подвздошные артерии, которые всегда при этом окклюзированы, можно говорить о множественном поражении, а если стенотический процесс распространился дистальнее, то это уже диффузный процесс.

Когда в патологический процесс, независимо от характера поражения артерий нижних конечностей, вовлечены другие артериальные бассейны, то этот вид патологии называли сочетанным.

Согласно этой классификации больные распределены следующим образом (табл. 1).

Таблица 1.

Характеристика поражений артерий нижних конечностей у больных с сочетанной ИБС

Вид поражения	Количество больных	Процент
Сегментарное	786	9,6
Изолированное	2154	26,3
Дистальное	557	6,8
Множественное	3015	36,8
Диффузное	1679	20,5
Всего	8192	100

Примечание: процент указан от общего количества больных

Как видно из представленной таблицы, больные с диффузным поражением артерий нижних конечностей составили пятую часть среди оперированных по поводу ишемии нижних конечностей. Характер поражения артерий нижних конечностей влиял и на степень ишемии нижних конечностей. При оценке взаимосвязи степени ишемии нижних конечностей и характера поражения артериального русла были получены данные, которые показали, что чем тяжелее характер поражения артериального русла, тем ниже функциональный резерв кровообращения нижних конечностей. У больных с диффузным характером поражения артерий нижних конечностей отмечен наиболее низкий функциональный резерв. Следовательно, пациенты с диффузными поражениями артерий нижних конечностей представляли собой наиболее тяжелый контингент среди лиц, оперированных по поводу ишемии нижних конечностей.

В настоящую работу включены 1679 больных, оперированных в РНЦХ РАМН с диффузными поражениями артерий нижних конечностей, включая аорту, подвздошные, бедренные, подколенные и тибиаьные артерии в период с 1975 по 1998 гг. Из

них значительным большинством были мужчины и только 26(1,5%) - женщины. Средняя продолжительность заболевания составила 3,4 года и у большинства из них колебалась в пределах от 2 до 4 лет.

Возраст пациентов от 31 до 75 лет. Значительное большинство составили люди трудоспособного возраста (53 ± 1 года). При этом средний возраст больных с атеросклерозом составил 57 ± 1 , а с артериитом - 46 ± 2 лет.

Все они страдали ишемией нижних конечностей различной степени выраженности, которая оценивалась по классификации Фонтена-Покровского (табл. 2).

Таблица 2

Характеристика больных с диффузным поражением артерий нижних конечностей по степени ишемии

Степень ишемии	Количество больных	Доля больных
IIБ	1240	73,9%
III	385	22,9%
IV	54	3,2%
Всего	1679	100,0%

Большинство из них имели 2Б степень ишемии нижних конечностей. Значительно меньшую часть составили лица с критической ишемией нижних конечностей (3 и 4 степенью), на их долю пришлось 26 %.

Этиология основного заболевания представлена в табл. 3.

Таблица 3

Этиология заболевания у лиц с диффузным поражением артерий нижних конечностей

Этиология	Количество больных	Доля больных
Атеросклероз	1441	85,8%
Артериит	238	14,2%
Всего	1679	100,0%

Значительное большинство составили пациенты с атеросклерозом. Окончательный диагноз ставился, как правило, на основании интраоперационной картины, а также данных гистологического исследования.

Таблица 4

Сочетанные заболевания у лиц с диффузным поражением артерий нижних конечностей

Заболевание	Количество больных	Доля больных
Ишемическая болезнь сердца	436	25,8%
Ишемия головного мозга	84	5,0%
Вазоренальная гипертензия	50	3,0%
Всего	570	33,9%

Примечание: процент указан от общего количества больных

Наибольшая степень ишемии нижних конечностей была выражена у лиц с артериитом из-за более обширного поражения в бедренно-подколенно-тибиальной зоне.

Атеросклероз и артериит, как известно, системные заболевания. Для них в 34% случаев отмечено сочетанное поражение нескольких артериальных бассейнов (табл. 4.).

В последние 5 лет в связи с внедрением нового алгоритма диагностики частота выявления мультифокальных поражений достигла 85%. По структуре сочетанной патологии наибольшую часть (76%) составила ишемическая болезнь сердца. Среди сопутствующих заболеваний наиболее часто встречалась артериальная гипертензия и язвенная болезнь желудка.

Определение тактики лечения больных с диффузными поражениями артерий нижних конечностей проводилось с учетом данных комплексного обследования: общего состояния, клинического осмотра, функционального состояния кровообращения в конечности, локализации и распространенности поражения.

Критическая ишемия (III - IV ст.) имела место у 436(26%) больных. У остальных было предкритическое состояние кровообращения, и перемежающаяся хромота у них возникала до 50 м ходьбы, т.е. у всех имела место декомпенсация кровообращения нижних конечностей.

Одним из основных критериев оценки степени тяжести ишемии нижних конечностей был лодыжечно-брахиальный индекс (ЛБИ). У больных со II степенью ишемии он составил $0,42 \pm 0,01$, с III степенью - $0,31 \pm 0,02$. У лиц с IV степенью ишемии нижних конечностей не превышал 0,21.

Несомненно, большое значение в выборе тактики хирургического лечения имели данные ангиографического исследования. У всех определялись гемодинамически значимые поражения как аорто-подвздошного, так и бедренно-подколенно-тибиального сегментов. Ключевыми моментами в выборе объема оперативного вмешательства у лиц с диффузными поражениями являлось состояние глубокой бедренной и подколенной артерий, особенно в зоне ее трифуркации, а также выраженность окклюзионного процесса в артериальных магистральных голени.

Окклюзия проксимального отдела и изменения ствола глубокой бедренной артерии на протяжении более 3-5 см (при внутреннем просвете менее 0,4 см) имели место у 1204(72%) больных. Поражение дистальной трети подколенной артерии, особенно с переходом на начальные отделы артерий голени, отмечено у 520(31%) пациентов. В целом же одномоментные поражения глубокой бедренной и подколенной артерий отмечены в 353(21%) случаях.

Окончательное решение об объеме оперативного вмешательства всегда принимали после инт-

раоперационной диагностики, которая являлась завершающим этапом обследования больного.

При интраоперационной ревизии, прежде всего обращали внимание на состояние общей бедренной артерии и ее ветвей (путей оттока). В ряде случаев, при распространении процесса на глубокую бедренную артерию, приходилось выделять ее до неизмененных отделов на протяжении до 10 см и более, так как считали важным формирование дистального анастомоза аорто- или подвздошно-бедренного шунта с неизменной стенкой артерии. Если при интраоперационной ревизии выявляли протяженное поражение глубокой бедренной артерии или если диаметр артерии был менее 4 мм, в обязательном порядке проводилась ревизия подколенной артерии или артерий голени. При этом, конечно, учитывали данные ангиографии. Стремилась выделить наименее пораженные участки артерии и по мере возможности избегали эндартерэктомий из них.

После реконструкции артерий верхнего уровня (аорто-подвздошной зоны) осуществляли интраоперационную доплеро- или флоуметрию. Удовлетворительным считали объемный кровоток по шунту, превышающим 200-220 мл/мин. Более низкий уровень пульсации по шунту считали критическим. На этом ограничивали реконструктивное вмешательство у тех больных, общее состояние которых представляло риск для расширения объема операции. Если кровоток по шунту был менее 120-150 мл/мин, возникала опасность развития тромбоза шунта в ближайшем послеоперационном периоде. В этих случаях дополнить проксимальную реконструкцию дистальной считали необходимой.

Кроме абсолютных показателей, по данным флоуметрии оценивали форму кривой кровотока. Наличие диастолических волн указывало на высокое периферическое сопротивление. На основании этого можно было с уверенностью прогнозировать отсутствие положительного результата у лиц после реконструкции только верхнего этажа и высокую вероятность развития тромбоза шунта через непродолжительное время.

При получении вышеуказанных данных аорто- или подвздошно-бедренное шунтирование дополняли дистальной реконструкцией, что было выполнено у 177 больных.

На основании полученных данных дооперационного и интраоперационного обследования, а также контроля гемодинамики у больных с диффузными поражениями артерий нижних конечностей были выполнены одно- двух- и даже трехуровневые реконструктивные операции. Характеристики оперативных вмешательств представлены в табл. 5 и 6.

Таблица 5

Характеристика выполненных хирургических вмешательств только на аорто-подвздошной зоне у больных с диффузным поражением

артерий нижних конечностей

Вид операции	Количество больных	Процент
Бифуркационное аорто-бедренное шунтирование	587	50
Бифуркационное аорто-бедренное протезирование	47	4
Линейное аорто-бедренное шунтирование	258	22
Подвздошно-бедренное шунтирование	247	21
Подвздошно-бедренное протезирование	35	3
Итого	1174	100

Таблица 6

Характеристика видов многоуровневых реконструктивных вмешательств у больных с диффузным поражением артерий нижних конечностей

Характер оперативного вмешательства (шунтирования)	Поэтапный	Одномоментный	Всего	Процент
Бифуркационное аорто-общее бедренное	123	53	176	35
Бифуркационное аорто-глубокобедренное	76	29	105	21
Линейное аорто-общее бедренное	64	52	116	23
Линейное аорто-глубокобедренное	26	20	46	9
Подвздошно-общее бедренное	39	23	62	12
Общее бедренно-поверхностно бедренное	28	12	40	8
Глубокобедренно-поверхностно бедренное	51	14	65	13
Протезо-бедренное	28	17	45	9
Общее бедренно-подколенное	85	61	146	29
Глубокобедренно-подколенное	61	22	83	16,5
Общее бедренно-тибиальное	6	2	8	1,5
Протезо бедренно-подколенное	23	29	52	10
Глубокобедренно-тибиальное	18	10	28	5,5
Протезо бедренно-тибиальное	26	9	35	7
Бедренно-плантарное	2	1	3	0,6
Итого	328	177	505	100

При выполнении хирургических вмешательств у больных с диффузными поражениями артерий нижних конечностей стремились максимально снизить время оперативного вмешательства и травматичность его. Необходимым условием считали создание адекватных путей оттока и полноценной реваскуляризации нижних конечностей с целью профилактики ранних тромбозов и улучшения отдаленных результатов.

Анализ непосредственных результатов лечения больных с диффузными поражениями артерий нижних конечностей осуществлялся на основании данных клинического осмотра и ультразвуковой доплерографии. Критериями результата была классификация Рутерфорда с соавт. (12):

+3 - полное отсутствие жалоб у пациентов с

бра-хиолодыжечным индексом выше 0,9 после операции;

+2 - имеются жалобы на перемежающуюся хромоту, но брахиолодыжечный индекс улучшен больше чем на 0,1 по сравнению с дооперационным;

+1 - больной не отмечал улучшения, но брахиолодыжечный индекс улучшен больше 0,1 по сравнению с исходным;

0 - отсутствие изменений в ощущениях больного и по данным доплерографического исследования;

-1 - больной не отмечал изменений в состоянии, но брахиолодыжечный индекс уменьшился более чем на 0,1 по сравнению с исходным состоянием;

-2 - выраженное ухудшение состояния кровообращения нижней конечности, при этом брахиолодыжечный индекс ухудшился более чем на 0,1 по сравнению с исходом, имелись краевые некрозы, язвы, выполнены ампутации на уровне стопы;

-3 - ампутации нижней конечности на уровне голени и бедра.

При поэтапном хирургическом лечении всем больным первоначально выполняли аорто- или подвздошно-бедренные шунтирования. В эту группу вошли и те лица, которым второй этап хирургического лечения не проводили. После этого этапа лечения брахиолодыжечный индекс изменился с $0,31 \pm 0,01$ до $0,53 \pm 0,01$. Результаты представлены в табл. 7. Как видно из представленных данных, выздоровления не получено ни в одном случае, а улучшение менее чем у половины больных (44 %). Еще у 52% пациентов объективной положительной динамики получено не было. У 2,5% больных наступил тромбоз шунта и 1,6% пришлось выполнить ампутацию нижней конечности. В 3,6% случаев была инфекция протезов.

Для второго этапа хирургического лечения поступили только 705(42%) из ранее оперированных больных. Срок, прошедший между операцией и повторной госпитализацией, составил 14 ± 2 мес. (от 2 до 60 мес.). Развитие ухудшения кровообращения нижних конечностей прямо пропорционально длительности времени, прошедшего от момента первого этапа лечения.

На основании анализа полученных данных следует, что у больных с диффузным поражением артерий нижних конечностей в случае выполнения им двухэтапной реваскуляризации второй этап необходимо осуществлять в течение первых месяцев после операции. Это особенно важно для тех лиц, причиной заболевания у которых был артериит. Всем больным, госпитализированным для второго этапа, была выполнена реконструкция бедренно-подколенно-тибиально-плантарного сегмента. Из них 29% пациентам, у которых развился тромбоз, была осуществлена тромбэктомия с реконструкцией дистального анастомоза и одномоментная реваскуляризация дистального русла. У 41 больного в связи с невозможностью выполнить адекватную тромбэктомии пришлось выполнить аорто-бедрен-

ное репротезирование с одномоментной дистальной реваскуляризацией. Хотя реконструкция по поводу тромбоза шунта в отдаленном периоде относится к категории повторных операций, мы сочли необходимым объединить их в одну группу с больными, которым был выполнен второй этап реконструкции по следующим причинам. Во-первых, у них изначально имелось диффузное поражение артерий нижних конечностей. Во-вторых, тромбоз явился осложнением первого этапа хирургического лечения. И в-третьих, всем им была выполнена реконструкция нижнего этажа артерий нижних конечностей.

После второго этапа лечения брахиолодыжечный индекс составил $0,74 \pm 0,02$ (исходный $0,31 \pm 0,02$). В целом результаты после второго этапа хирургического лечения представлены в табл. 7.

Таблица 7

Характеристика непосредственных результатов реконструктивных операций у больных с диффузными поражениями артерий нижних конечностей

Результат	Доля больных после реконструкций		
	Этапных		Одномоментных
	Первый этап	Второй этап	
+3	-	23%	48%
+2	44%	56%	38%
+1	33%	2%	4%
0	10%	2%	1 %
-1	9%	8%	1 %
-2	2,5 %	5%	4%
-3	1,5 %	4%	4%
Всего	100%	100%	100%

Таким образом положительный результат получен у 79 % лиц, которым была выполнена поэтапная реконструкция артерий нижних конечностей. В 3,8% случаев наступил тромбоз бедренно-подколенно-тибиально-плантарных шунтов. Всем была выполнена тромбэктомия и 6(1,7 %) из них пришлось выполнить ампутации в связи с неэффективностью реваскуляризации.

Нагноение после второго этапа реконструкции отмечено у 24(7,5%) больных. У 7(29%) из них возникло аррозионное кровотечение в сроки от 20 до 45 дней после операции.

У больных с диффузными поражениями артерий нижних конечностей, которым была выполнена одномоментная реконструкция двух регионов, непосредственные результаты также представлены

в табл. 7. Брахиолодыжечный индекс после операции составил $0,86 \pm 0,01$ (до операции $0,21 \pm 0,02$). Значительное большинство (86%) имело положительный результат. Тромбозы бедренно-подколенно-тибиального шунтов возникли у 7(4%) больных, нагноение отмечено у 9(5%) больных. Из них у 2(1%) оно осложнилось аррозионным кровотечением: у одного из бедренного анастомоза аорто-бедренного шунта, у другого из дистального анастомоза бедренно-бедренного шунта. Троим (1,7%) больным ввиду развившегося тромбоза и декомпенсации кровообращения нижних конечностей пришлось выполнить ампутации на уровне средней трети бедра.

При сравнении двух групп больных с диффузными поражениями артерий нижних конечностей, которым были выполнены поэтапные и одномоментные реконструкции, выявлено, что в конечном итоге непосредственные результаты лучше у тех, кому была выполнена одномоментная реконструкция (табл.8).

Таблица 8

Сравнительная характеристика непосредственных результатов у больных с двухэтажным поражением артерий нижних конечностей после поэтапной и одномоментной реконструкции

Показатель	Операции	
	Этапные	Одномоментные
Абсолютный прирост ЛПИ	+ 0,22±0,01	+ 0,64±0,01
Доля больных с положительным результатом	79%	86%
Лимфоррея	28%	5%
Нагноения	7,5 %	5%
Аррозионные кровотечения	6%	1%
Тромбозы	20%	4%
Ампутации	5%	2%

В этой же группе больных в целом отмечена меньшая частота послеоперационных осложнений.

Таким образом, комплексное использование доплеро- и ангиографического методов в дооперационной диагностике является обязательным исследованием больных с диффузным поражением артерий нижних конечностей. Основой реконструкции артерий нижних конечностей при диффузном их поражении является шунтирование аорто-подвздошной зоны, а решение вопроса о дистальной реконструкции принимается с учетом данных интраоперационных инструментальных мето-

дов исследования. Одномоментные многоуровневые реконструкции при диффузном поражении артерий нижних конечностей являются методом выбора хирургического лечения этой категории больных.

Литература:

1. Буров Ю.А., Микельская Е.Г., Москаленко А.Н. Интраоперационная ультразвуковая флоуметрия как метод прогнозирования результатов реваскуляризации у больных с критической ишемией нижних конечностей // в сб. "Методология флоуметрии" М.1998. С. 19-28.
2. Вахидов В.В., Князев М.Д., Гамбарин Б.Л. Хирургическое лечение осложнений реконструктивных операций на аорте и артериях нижних конечностей //Ташкент. 1985.- С.73-100.
3. Говорунов Г.В., Троицкий А.В., Паршин П.Ю. Выбор способов и результаты хирургического лечения больных с критической ишемией нижних конечностей // Ангиология и сосудистая хирургия 1995.-№1.-С.24-27.
4. Князев М.Д., Шабалин А.Я., Горюнов В.С. и соавт. Ампутация при сосудистых заболеваниях // Хирургия. 1983.№5.-С.41-44.
5. Константинов Б.А., Белов Ю.В. Клинико-функциональная классификация сочетанных окклюзирующих поражений артериальной системы // Хирургия.- 1995.- № 5.- С.50-53.
6. Покровский А.В. Заболевания аорты и ее ветвей. - М., Медицина 1979 , - 328 с.
7. Ратнер Г.Л., Слуцкер Г.Е. Системный анализ и вопросы тактики у больных облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей // Ангиология и сосудистая хирургия. 1995. N 3. С. 107-112
8. Спиридонов А.А., Керцман В.П., Клионер Л.И. с соавт. Тактика хирургического лечения сочетанных окклюзирующих поражений коронарных артерий, брюшной аорты и артерий нижних конечностей //Грудная и сердечно-сосудистая хирургия.1991. № 1. С.29-32.
9. Hiemer W., Jose U.Y., Geissler C., Joerg D. Femoropopliteal and femorotibial greater saphenous vein «in situ» reconstructions in non selected patients. Life table analysis // J. Cardiovasc. Surg. 1993.V.34. P.303-305
10. James A, DeWeese R.L., John P. et al. Practuce guidelines: Lower extremity revascularisation // J.Vasc.Surg. 1993.V.18. P.280-294.
11. Lowe G.D. Critical leg ischaemia: its pathophysiology and management. Berlin. Springer-Verlag. 1990. P. 17-38.
12. Rutherford R.B., Jones D.N., Bergentz S.E. et al. Factors affecting the patency of infrainguinal bypass. // J. Vasc. Surg. 1988 V.8. P.236-246.

И.З.Далимов,
А.Ш.Арифджанов.

**Операциядан сўнгги оғриқсизлантиришда трамални
титрлаш усулида қўллаш имкониятлари**
Ўзбекистон Республикаси Соёликни Саўлаш
Вазирлигига ўрашди В.Вохидов номидаги хирургия
илмий маркази (дир. – т.ф.д. Акилов Х.А.)

Далимов И.З., Арифджанов А.Ш.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ТРАМАЛА МЕТОДОМ ТИТРОВАНИЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ОБЕЗБОЛИВАНИИ БОЛЬНЫХ

У 50 больных перенесших оперативные вмешательства на пищеводе и желудке с целью обезбоживания в послеоперационном периоде был применен трамал. Из них у 24 больных его вводили внутримышечно в дозе по 100 мг каждые 6 часов, а у 26 был применен метод титрования с помощью прибора "Lineomat". Для сравнения, также у 25 больных послеоперационное обезбоживание осуществлялось инъекциями промедола. Проведенные исследования показали, что внутримышечные инъекции трамала не обеспечивают достаточного послеоперационного обезбоживания у большинства больных перенесших резекцию желудка, гастрэктомию и пластику пищевода. Инъекции промедола обеспечивают адекватное обезбоживание только у 88 % больных. В то же время применение трамала методом титрования обеспечивало 100 %ное обезбоживание больных. Кроме вышесказанного применение метода титрования нивелирует побочные действия анальгетиков, такие как сонливость, тошнота, рвота и другие. Рекомендуется широкое применение метода титрования в послеоперационном обезбоживании больных.

I.Z.Dalimov and A.Sh.Arifjanov

APPLICATION OF TRAMAL BY A TITRATION METHOD IN POST-SURGICAL ANESTHETIC TREATMENT

Fifty patients who had esophageal and abdominal surgery have been treated with tramal to reduce existing pain. 24 patients have been intramuscularly injected with tramal (the dose equivalent of 100 mg, in 6 hr periods) whereas the titration method in «Lineomat» was used for the rest of patients. As a control 25 patients have been injected with promedol. Our results indicate that intramuscular injection of tramal does not result in substantial anesthetic effect in patients which have had abdomen resection, gastrectomy and esophageal plastics. The promedol injection has afforded only 88% anesthetic effect while the titration of tramal resulted in 100% result. Moreover the titration procedure substantially reduces the side effect of analgesic, such as sleepiness, nausea, vomiting and others. Widely usage of the titration method in post-surgical anesthetic treatment is recommended.

Оғрик, операциядан сўнгги стресснинг муҳим омилларидан бири бўлиб, организм фаолиятини таъминловчи системаларнинг ишини узгариши ва асосий касалликнинг кечувини оғирлаштириши мумкин. Шунинг учун операциядан сўнг оғрикни қолдириш, даволаш жараёнидаги муҳим вазифа ҳисобланади. Операциядан сўнгги оғрикка қарши ишлатиладиган наркотик моддалар оғрикни яхши қолдириши билан бирга, беморни ухлатиш, нафас олиш марказини ишини сустлаштириш, беморларни ҳолсизлантириш каби ножоя таъсирларга эга. Бу эса беморларни эрта фаоллаштириш, нафас олиш аъзолари асоратларини олдини олишга салбий таъсир кўрсатади.

Хозирги даврда операциядан сўнгги оғрикни қолдириш муаммоларини ҳал қилиш бир неча йўналишларда олиб борилмоқда. Булардан биринчиси — янги, салбий таъсирлари кам бўлган препаратларни синтез қилиб, уларни соғлиқни сақлашга таъбиқ қилиш бўлса, иккинчиси имкониятимизда бор бўлган препаратларни янги усулларда қўллаб, уларнинг ножоя таъсирларини камайтириш, оғрикни қолдирувчи қучидан унутли фойдаланиш ва шу билан бирга иктисодий самараларга эришишдир.

Трамал препарати оғрикни қолдириш учун ишлатиб келинаётган препаратлардан бири ҳисобланиб, у операциядан сўнг (4,5), онкологик беморларда (3) оғрикни қолдириш учун кенг ишлатилиб келинмоқда.

Трамал (трамадол гидрохлорид) — амилоциклогексан гуруҳига оид синтетик анальгетик бўлиб, опиоид ва ноопиоид — марказий таъсирларга эга. Оғрикни қолдириш қучиғша нисбатан олганда трамал уртача қучли ва давомли анальгетикларга қаради. Трамални оғиз орқали, тугри ичакка юбо-

риш, тери остига, мушакка ва венага инъекция қилиш усуллари билан қўллаш мумкин. Препаратнинг дозаси ва қўллаш усули оғрикнинг тури ва қучиға қараб ҳар бир беморда алоҳида танланади. Корин бушлигидаги операциялардан сўнг оғрикни қолдириш учун трамал қўпинча 100 мг. дан 4 маротаба тавсия қилинса, баъзи ҳолларда унинг микдори 600 мг.гача қўпайтирилиши мумкин. Бемор томонидан бошқариладиган аналгезия учун трамалдан муваффақиятли фойдаланганликлари тугрисида маълумотлар бор. Бу ҳолларда бир кеча кундузда 400 мг. Трамал билан етарли даражада оғриқсизлантиришга эришилган (2,4,7,8,9,10). Бундан ташқари трамал операциядан сўнгги титрашнинг қолдириш хусусияти борлиги қайд этилган (11,12,13).

Ушбу изланишдан мақсад, трамал препаратининг операциядан сўнгги даврда оғрикни қолдириш учун ишлатилишида янги — титрлаш усулида қўллашнинг имкониятларини аниқлашдан иборат бўлди.

Материал ва услублар.

Трамал 18 ёшдан 72 ёшгача (уртача ёши 52,6 ± 3,1 га тенг) бўлган 50 та беморда қўлланди. Оғрикни қолдириш усуллари қараб, текширилган беморлар икки гуруҳга бўлинди: биринчиси — асосий гуруҳ, иккинчиси — такқослаш гуруҳи. Асосий гуруҳ уз навбатида яна иккига бўлинди: 1а — қосмдаги 24 беморга ҳар 6 соат давомида 100 мг. Трамал мушакка инъекция қилинган бўлса, 1б қисмдаги 26 беморга титрлаш усули қўлланди. Бунинг учун аввал бор 200 мг. Трамал 16 мл. ош тузининг физиологик эритмасида суюлтириб "Lineomat" (ГДР) перфузори ердамида соатига 3 мл тезликда венага юборилиб турилди. Кейинги микдори шприцдаги суюқлик тамом бўлиши билан 200 мг. Трамал 16 мл

ош тузининг физиологик эритмасида суюлтирилиб соатига 1 мл тезликда венага юборилди. Операциядан кейинги иккинчи кунда 100 мг. Трамал 18 мл. ош тузининг физиологик эритмасида суюлтирилиб соатига 1 мл. тезликда венага юборилди.

Таккослаш гуруҳидаги 25 беморга операциядан кейинги огриксизлантириш учун промедолдан фойдаланилди. Промедолнинг 2%-лик эритмаси 1 мл. дан хар 6 соат давомида мушакка инъекция килинди. Асосий гуруҳнинг хар иккала кисмида 10 тадан бемор кизилунгач усмаси ёки унинг чандикли торайиши муносабати билан меъданинг резекциясидан сунг даволанганлар.

Огрикнинг даражаси ва огриксизлантиришнинг кучи 6 даражали системада кайд килинди (1):

0 — огрикнинг бутунлай йуклиги;

1 — тинч холатларда огрик йук, аммо харакатланишда ва йутал пайтида бемор харакатларини чекламайдиган огрик бор;

2 — бемор харакатларини ва йуталиш имкониятини чекловчи тинч холатдаги кучсиз огрик;

3 — бемор харакатларини кескин чекловчи ва йуталишга куймайдиган кучли огрик;

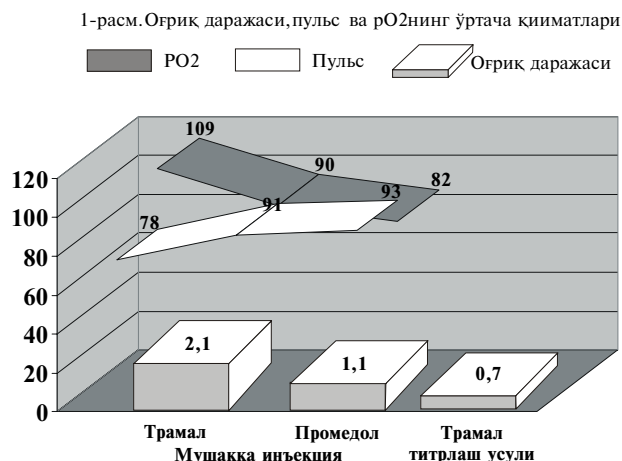
4 — тинч холатдаги кучли огрик;

5 — чидаб булмайдиган азобли огрик.

Бу классификация буйича огриксизлантириш 0 — 1 балл булгандагина, натижаси бор саналиб, 2 ва ундан ортик балл булганда натижасиз хисобланади. Бундан ташкари, беморларда артериал кон босими, пульс, коннинг кислота-ишкор мувозанати ва газлари назорат килинди.

Олинган натижалар ва мунозаралар.

24 ва 1а кисм беморларидан 11 тасида трамал юкорида курсатилган дозада 0-1 балл огриксизлантирувчи таъсир курсатди. Колган 13 та беморга кушимча огриксизлантирувчи дорилар килинди. Бутун гурух беморларида огриксизлантириш уртача 2,1 + 0,4 баллга тенг булди. (1-расм). Капилляр конда



кислота — ишкор мувозанати компенсациялашган метаболик ацидозни курсатди, кислороднинг парциал босими уртача $77,9 \pm 8,3$ мм.с.м.уст га тенг булди. Хамма беморларда артериал кон босими

стабил равишда булиб, тахикардия ($109,2 \pm 14,1$) кузатилди.

26 ва 1б кисм беморларининг хаммасида титрлаш усулида трамалнинг кулланиши билан 0-1 балл огриксизлантиришга эришилди (уртача $0,7 \pm 0,3$ балл) Капилляр конда кислота — ишкор мувозанати бузилмаган булиб, кислороднинг парциал босими $92,7 \pm 3,9$ га тенг булди. Артериал кон босими стабил, пульс эса уртача $82,4 \pm 6,0$ га тенг.

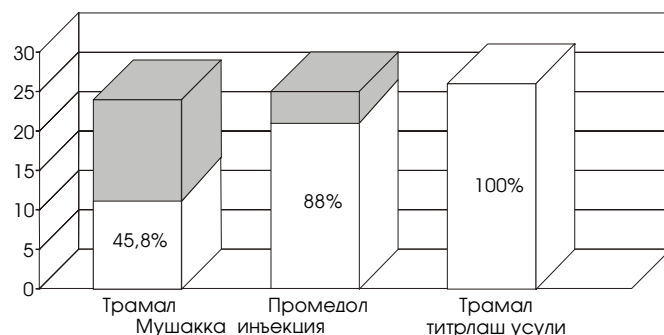
Таккослаш гуруҳидаги 25 та бемордан 22 тасига килинган дозадаги промедолнинг огриксизлантириш таъсири 0 — 1 баллга тенг булиб, 3 та беморга кушимча равишда огриксизлантирувчи инъекциялар килишга тугри келди. Бутун гуруҳдаги беморларнинг огриксизлантириш даражаси $1,1 \pm 0,3$ га тенглашди. Капилляр конда кислота — ишкор мувозанати бузилмай, кислородни парциал босими $84,5 \pm 7,6$ га тенг булди. Артериал кон босими стабил, пульс эса уртача $82,4 \pm 6,0$ га тенг.

Таккослаш гуруҳидаги 25 та бемордан 22 тасига килинган дозадаги промедолнинг огриксизлантириш таъсири 0 — 1 баллга тенг булиб, 3 та беморга кушимча равишда огриксизлантирувчи инъекциялар килишга тугри келди. Бутун гуруҳдаги беморларнинг огриксизлантириш даражаси $1,1 \pm 0,3$ га тенглашди. Капилляр конда кислота — ишкор мувозанати бузилмай, кислородни парциал босими $84,5 \pm 7,6$ га тенг булди. Артериал кон босими стабил, пульс уртача $91,3 \pm 7,2$ га етди.

Шундай килиб, трамал узининг огрикни колдириш хусусиятлари жихатидан наркотик анальгетик промедолга нисбатан анча кучсиз булиб, шу давргача кабул килинган усуллардан булган мушакка хар соат давомида 100 мг.дан юборилган такдирда, 45,8% (промедол эса 88,0% беморларни етарли даражада огриксизлантиради. (2-расм). Бу усул

2-расм. Огриксизлантириш натижалари

0-1 балл 2 балл ва ундан юкори



қўлланган такдирда беморлар қўшимча огриксизлантиришга мухтож бўлиб, бунинг учун трамалнинг дозаси купайтирилиши ёки бошқа анальгетиклар билан биргаликда килиниши лозим. Титрлаш усули кулланган такдирда бир неча афзалликларга эришилади. Биринчиси — бемор бутун давр давомида доимий равишда кам микдорда огрикни колдирувчи дори таъсирида булгани учун огрикни сезмайди, иккинчиси — кам микдорда юборилаётган дори узининг салбий ва ножуя таъсирларини ут-

казмайди ва учинчиси то бемор огрикни сезиб, шикоят килиб, хамшира врач рухсати билан огрик колдирувчи инъекцияни килиб у дори таъсир килгунча утадиган ва бемор огрикдан кийналиб ётадиган ваكت йукотилади.

Олинган натижаларга таяниб титрлаш усули билан огриксизлантиришни нафакат корин бушлиги, балким кукрак кафасидаги аъзоларда килинган операциялардан сунг хам куллаш максадга мувофикдир. Огриксизлантириш учун бошка дорилардан фойдаланганда уларнинг меъёри бу усул учун кайтадан танланиши лозим.

Хулосалар:

1. Титрлаш усули кулланганда килинган операциянинг хажмига карамасдан хамма беморларда етарли даражада огриксизлантиришга эришилгани, бу усулнинг илгари кулланиб келинган мушакка юборишга нисбатан афзалликларини исбот этади.

2. Титрлаш усулининг кулланилиши мишглатилаётган аналгетикларнинг ножуя таъсирини камайишига олиб келади.

Адабиётлар.

1. Бассалык Л.С., Павлова Э.В., Сидоркин В.А. и соавт. //Анестезиология и реаниматология 1986, 1, С. 20-23.

2. Береснев В.А., Осипова Н.А., Петрова В.В. //

Анестезиология и реаниматология 1996, 4, С.68-71.

3. Когония Л.М., Спирина С.К., Гвамичева Д.А., и соавт. // Анестезиология и реаниматология 1991, №4, С.73-74.

4. Лебедева Р.Н., Бондаренко А.В., Аббакумов В.В. и соавт.//Анестезиология и реаниматология 1989, №5, С. 50-53.

5. Лебедева Р.Н., Бондаренко А.В., Никода В.В. и соавт. //Анестезиология и реаниматология 1992, №2, С.3-7.

6. Budd K.// World Congress on Pain, 6-th: Abstracts.- Adelaine, 1990.

7. Hackl W., Fitzal S., Lackner F., Weindlmayr-Goettel M.,//Anaesthesist.- 1986.- Bd 35.- S.665-671.

8. Horan M.A., Gulati R.S.//World Congress on Pain 6-th: Abstracts.- Adelaine, 1990.

9. Houmes R.-J.M., Voets M.A., Verkaaik A., Erdmann W., Lachmann B.//Anesth. Analg. - 1992. - Vol.74. - P.510-514.

10. Jellinek H., Haumer H., Grubhofer G. et al. // Anaesthesist.- 1990.- Bd 39.- S. 513-520.

11. Lebedeva R.N., Nikoda V.V, Chaus N.I.// Anaesthesist.-1995.- Bd 44.- Suppl. 2.- S. 478.

12. Pausawasdi S., Jirasirithum S., Phanarai C.// Drug Alcohol Depend. - 1991.- Vol. 27. - P. 7-17.

13. Trekova N., Bunatian A., Seleznyov M., Ter-Mikaelian D., // Anaesthesist. - 1995.- Bd 44.- Suppl.2.- S. 411.

С.У.Джумабаев,**Э.С.Джумабаев,****В.А.Хакимов,****И.Р.Файзиев.****СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ
КЛИНИЧЕСКОЙ ЛИМФОЛОГИИ В УЗБЕКИСТАНЕ***Кафедра хирургических болезней лечебного и педиатрического факультетов (зав.- проф. Э.С.Джумабаев) Андижанского медицинского института, Республиканский центр клинической лимфологии (зав. - к.м.н.В.А.Хакимов) МЗ РУз*

С.У. Джумабаев, Э.С. Джумабаев, В.А. Хакимов, И.Р. Файзиев

ЎЗБЕКИСТОНДА КЛИНИК ЛИМФОЛОГИЯ ХОЛАТИ ВА ИСТИҚБОЛЛАРИ

Республика клиник лимфология марказининг қарийиб 10 йиллик иш тажрибаси Ўзбекистон Республикаси солиқли сақлаш тизимида лимфологик хизматни ташкил этиш жоизлигини кўрсатмоқда. Марказ томонидан жаррохлик, гинекологик, шикастбандлик, юқумли касалликларни даволашнинг юқори унумли ва иқтисодий асосланган усуллар ишлаб чиқилган. Патогенетик асосланган лимфатик терапия усуллари шошилини педиатрия ва болалар жаррохлигида ўз ўрнини топган. Лимфологик усулларини тез ёрдамга мухтож беморларда қўллаш бўйича катта амалий тажриба тўпланган. Лимфатик терапия усуллари содда, махсус асбоб-ускуна талаб қилмайдилар, солиқли сақлаш тизимининг барча босқичларида қўллашга мос. Марказ қошида шифокорлар ва хамшираларни малакасини ошириш тизими фаолият кўрсатмоқда. Таклиф этилаётган усуллар Ўзбекистонда кечаётган солиқли сақлаш тизими ислохига мос келади. Мақолада лимфотик хизматни ташкил этиш таркиби таклиф этилган.

S.U.Djumabaev, E.S.Djumabaev, V.A.Khakimov, I.R.Fayisiev

CONDITION AND PROSPECTS OF DEVELOPMENT OF CLINICAL LYMPHOLOGY IN UZBEKISTAN

More than 10 years experiences of Clinical Lymphology Republican Center's work shows the necessity of creation of lymphology system for Uzbekistan Republic's public health services. Clinical Lymphology Centre develops effective, economic methods of treatment of surgical, gynecological, traumatological, infectious diseases. Pathogenetic proved methods of lymphatic therapy have found worthy application in urgent pediatrics and children's surgery. Large practical experience of lymphological methods of treatment at the patients requiring in emergency medical care have done. The methods of lymphatic therapy are technically simple, do not require special equipment, they are accessible to all levels of public health services. At Center exists system of retraining of medical personnel in the field of clinical lymphology. For Uzbekistan with the mainly village population the offered methods are adapted to conditions of reform of public health services.

За последние 15-20 лет благодаря результатам исследований показавшим, что лимфатическая система принимает участие в развитии и течении практически всех типологических патологических процессов, принципиально изменилось отношение к лимфологии — к науке имеющей более чем трёх-вековую историю. Это было прежде всего продиктовано насущными потребностями практической медицины. На основе обобщения результатов исследований, выхода готовых методов в клиническую практику, возникла необходимость в создании научных центров в данной области. Во второй половине 80-х годов были созданы ряд научных центров: в Москве (Россия), Зугресе (Украина), Караганде (Казахстан). Одним из первых был создан центр в Андижане (Узбекистан). В 19991 году лаборатория лимфологии при СО АМН (Новосибирск) была преобразована в институт клинической и экспериментальной лимфологии, бессменно руководимый до настоящего времени академиком Ю.И.Бородиным. Создание республиканского Центра клинической лимфологии МЗ РУз в Андижане явилось признанием более 20 летнего опыта научной работы кафедры госпитальной хирургии Андижанского медицинского института. Создание и деятельность центра была бы немыслимы без тесного научного сотрудничества учёных Узбекистана и СНГ, таких как Ю.Е.Выренков, И.В.Ярема, В.М.Буянов, С.В.Лохвицкий, Ю.И.Бородин, Ю.М.-Левин и многих других.

Сегодня Узбекистан является одним из общеизвестных научных и методических центров в области клинической лимфологии. Разработаны и успешно применяются многие способы лечения больных путём воздействия через лимфатическую систему. Накопленный опыт многих авторов обобщён в материалах нескольких научно-практических конференций международного и республиканского

значения, опубликовано около десяти руководств и монографий посвящённых практическим вопросам клинической лимфологии. Среди учёных Узбекистана активно разрабатывающих вопросы клинической лимфологии, помимо лимфологов Андижана можно выделить И.М.Байбекова, Ф.Г.Назирова, В.А.Хорошаева, В.М.Ворожейкина, Ш.А.Дадаева, А.Ашурметова, И.А.Ахмедова, Л.Б.Нугманову, Б.А.Ахунджанова, А.С.Саидханова, Р.Ю.Омирова.

Неоценимую помощь в организации и становлении Республиканского центра клинической лимфологии, подготовке кадров оказывали и оказывают В.В.Вахидов, У.А.Арипов, Ю.И.Калиш, Д.А.Асатов.

В связи с реформированием системы здравоохранения нашей республики особый смысл приобретает использование экономичных и одновременно эффективных методов лимфатической терапии.

Создание и поддерживание высоких концентраций лечебных препаратов в очаге патологического процесса и на пути распространения инфекции при использовании методов лимфатической терапии, показывает их неоспоримое преимущество в лечении больных нуждающихся в экстренной медицинской помощи. Нарботанный немалый опыт свидетельствует о высокой эффективности лимфологических методов в хирургии, педиатрии, гинекологии, травматологии и других областях медицины.

На сегодняшний день в клинической лимфологии имеются несколько основополагающих направлений по которым работают исследователи и в нашей республике.

Прямая эндолимфатическая терапия. Широко применяется на кафедре хирургических болезней Ташкентского педиатрического медицинского института [1]. Данный метод подразумевает введение лекарственных веществ непосредственно в лимфа-

тическое русло. Местом пункции или катетеризации может быть внеорганный лимфатический сосуд, лимфатический ствол, грудной проток или же лимфатический узел. Исследованиями ряда отечественных и зарубежных авторов установлено, что при многих патологических состояниях организма в лимфу раньше чем в кровь поступают микробы и токсины. В этой связи был теоретически обоснован и в первые применён в клинике метод эндолимфатической антибиотикотерапии [4]. Новая методика быстро завоевала популярность благодаря созданию высоких концентраций антибиотиков, противоопухолевых препаратов в лимфатическом русле, превышающих таковые при традиционных способах введения в 10-15 раз. В настоящее время эта методика успешно применяется в лечении гнойно-септических поражений различных органов. Благодаря более широкому использованию этого метода, можно достичь гораздо лучших результатов в лечении туберкулёза лёгких и онкологических заболеваний. Эти задачи и их решение весьма актуальны в современном здравоохранении как Узбекистана так и соседних стран Содружества.

Непрямая лимфатическая (лимфотропная) терапия. На основании закона Старлинга о движении жидкости в тканях Андижанскими учёными, (С.У.-Джумабаев, Э.С.Джумабаев, В.А.Хакимов и др.) совместно с лимфологами г.Москвы (Ю.М.Левин, К.Ю.Данилов, В.К.Баранов и др.) была экспериментально обоснована возможность лимфогенного всасывания лекарственных веществ введённых подкожно. Для этого была предложена методика создания временного веностаза на нижней конечности путём наложения манжетки от аппарата Рива-Рочи и созданием в ней давления 35-40 мм.рт.ст. Это приводит к сдавлению поверхностных вен бедра с развитием функционального веностаза, что обеспечивает повышенное проникновение межтканевой жидкости, а вместе с ней и лекарственных препаратов введённых подкожно дистальнее манжетки в лимфатические капилляры. Лимфотропный эффект усиливается если подкожной инъекции препарата предшествует введение лимфостимуляторов в виде различных ферментов (лидаза, трипсин, химопсин и др.). Изучение фармакокинетики и большой клинический материал (более 2000 больных) показали неоспоримое преимущество метода, перед внутримышечным, и внутривенным введением препаратов. Метод лимфотропной терапии в связи с простотой выполнения может широко применяться во всех звеньях структуры экстренной медицинской помощи населению Республики Узбекистан [3]. Особенно эффективным метод окажется при использовании его в первичном звене (городские поликлиники и консультативно-диагностические центры, махалинские врачебные пункты, сельские врачебные пункты). Неоценимая роль метода при использовании в работе подразделений ГНЦЭМП в интенсивном и чрезвычайном режимах и на этапах медицинской эвакуации в очагах бедствия. Эффективность метода

объясняется созданием максимальных терапевтических концентраций препаратов в очаге патологии и на пути распространения инфекции - лимфатическом русле в течение 12-24 часов, после однократного введения антибиотиков в среднетерапевтической дозе. Всё это даёт возможность избежать повторных инъекций антибиотиков

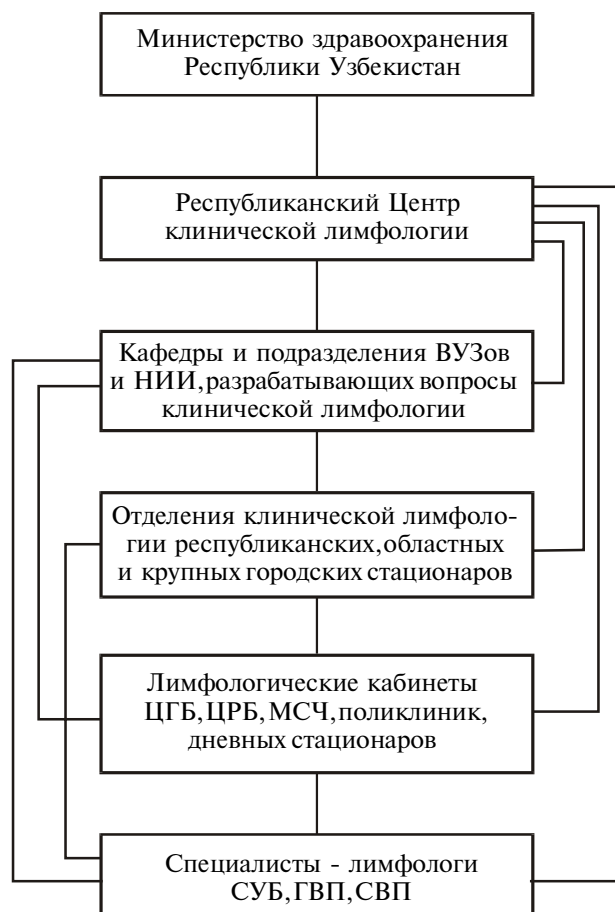
Однократное введение антибиотика создает надёжный антибактериальный эффект на этапе медицинской эвакуации, отпадает надобность в частых повторных инъекциях антибиотиков, уменьшается побочное действие антибиотиков.

В последние годы центром клинической лимфологии разработаны эффективные методы лимфотропной анальгезии. Эти методы основаны на экспериментальных данных о наличии лимфо-ливорных связей в организме [2]. Однократное лимфотропное введение анальгетиков создаёт пролонгированный обезболивающий эффект. Так, лимфотропное введение промедола обеспечивало стойкую анальгезию в течение 18-20 часов. Эта методика также может быть успешно использована в организации экстренной медицинской помощи населению.

Региональная лимфатическая терапия. Данный метод разработан республиканским центром клинической лимфологии МЗ РУз, характеризуется избирательностью, селективностью воздействия на патологический процесс при влиянии малыми дозами, высокой экономичностью. Нарботанный большой научный и клинический материал показывает весьма высокую эффективность этой методики в лечении целого ряда urgentных хирургических заболеваний. Региональная лимфатическая антибиотикотерапия, стимуляция лимфатического дренажа тканей, иммуномодулирующая терапия оказываются высокоэффективной мерой предупреждения ряда грозных осложнений после операций на органах грудной полости. На сегодняшний день разработаны более 35 лечебных методик, которые с успехом используются в хирургии, терапии, гинекологии, педиатрии, офтальмологии, оториноларингологии, онкологии, травматологии, нейрохирургии, дерматовенерологии, фтизиатрии, пульмонологии, гепатологии, неврологии, инфекционных болезнях. Общее количество больных получивших лечение данными методами превышает 10000. Разработана первая в мировой практике классификация лимфатической терапии. Сотрудниками и в содружестве с центром защищены 5 докторских и 18 кандидатских диссертаций, продолжается работа над 8 докторскими и 10 кандидатскими диссертациями. Опубликовано более 350 научных работ, в том числе, 5 монографий, первое в мировой практике руководство по региональной лимфатической терапии (1998 год, на английском языке), первый справочник по клинической лимфологии (1999 год). Получены патенты на 12 изобретений. С 1989 года проводится подготовка кадров в области клинической лимфологии. Методам лимфатической терапии

обучены более 700 врачей и 150 медицинских сестёр из нашей республики, стран СНГ. С 1992 года издаётся единственный в странах СНГ специализированный научно-практический журнал “Лимфология”.

Рис.1 Схема организации лимфологической службы в Республике Узбекистан



Развитие клинической лимфологии в Узбекистане характеризуется разработкой самостоятельного, признанного в кругу специалистов и вызывающего интерес у зарубежных исследователей научного направления ориентированного на особенности системы и состояние здравоохранения Республики. По нашему мнению, опираясь на достигнутое необходимо переход к формированию лимфологической службы в системе здравоохранения нашего государства. Опыт практической и методологической деятельности Республиканского Центра клинической лимфологии показывает, что для Узбекистана с преимущественным сельским населением и большей концентрацией кадров в системе сельского здравоохранения, призванных оказывать медицинскую помощь общего назначения, необходима система предусматривающая доступность лимфологической службы для всех уровней здравоохранения. Существует реальная потребность в лечебных методиках несложных в техническом плане, достаточно эффективных и универсальных. Немаловажен и тот факт, что чем менее технический сложен метод лечения, тем меньше он требует финансовых затрат

(на приобретение оборудования, переподготовку кадров, сервисную службу).

Разрабатываемые в Центре методики изначально были ориентированы на врачей широкого профиля [5]. При этом особое внимание уделялось технической простоте методик: можно считать выигрышным и тот факт, что большинство методик легко осваиваются средним медицинским персоналом. К настоящему времени есть определенный задел научного и практического опыта, проводится работа по внедрению лечебных методик и переподготовке кадров. Отдельно стоит вопрос методологии преподавания лимфологии в высшей школе и средних специальных медицинских учреждениях. Решением этих вопросов должно стать создание государственной лимфологической службы. По нашему мнению одним из вариантов функционирования специализированной лимфологической службы в республике могла бы стать следующая схема (рис.1).

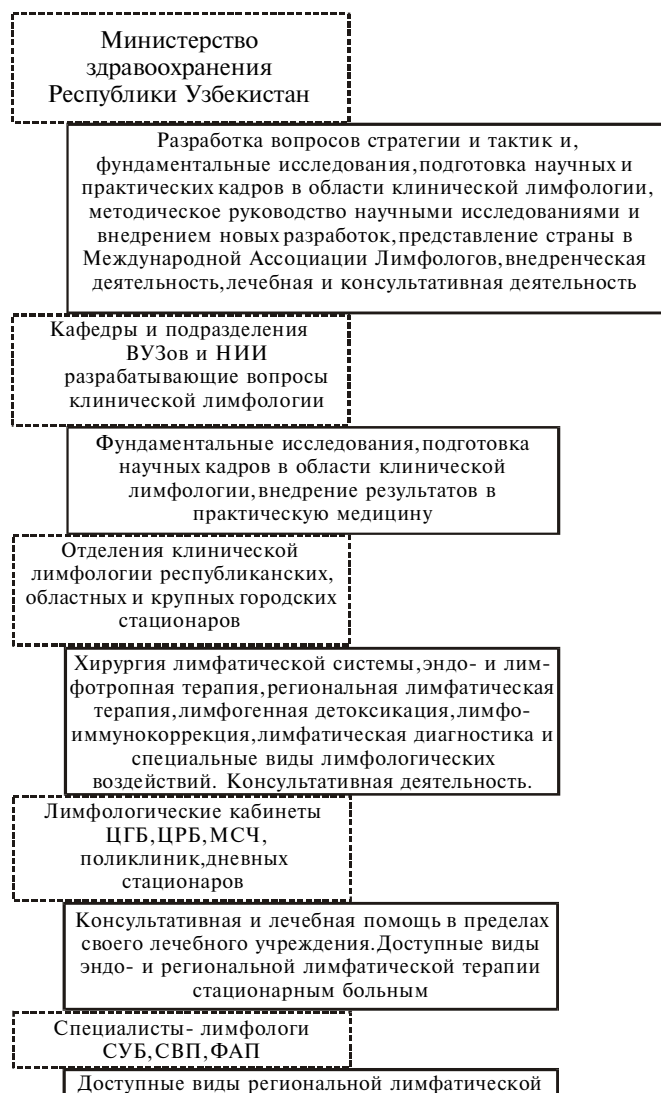
Республиканский Центр клинической лимфологии совместно с существующими научными центрами и системой здравоохранения, разрабатывает вопросы стратегии и тактики научного поиска и адекватного внедрения в практику, проводит фундаментальные исследования, осуществляет подготовку кадров в области клинической лимфологии, методическое руководство научными исследованиями и внедрением новых разработок (Рис.2).

На наш взгляд, реализация подобной ёмкой программы единовременно нецелесообразно. Необходимо разделить осуществление программы на два этапа. Видимо результаты полученные при реализации первого этапа помогут скорректировать формы и уровень реализации второго этапа. Эти этапы представляются нам следующими:

1-этап: В составе республиканских, областных стационаров, в системе экстренной медицинской помощи создаются отделения клинической лимфологии, которые используют весь спектр лимфологических методов (хирургия лимфатической системы, эндо- и лимфотропная терапия, лимфогенная детоксикация, лимфоиммунокоррекция, лимфатическая диагностика и специальные виды лимфологических воздействий). Отделение осуществляет также консультативную деятельность нижестоящим звеньям здравоохранения согласно территориальной подчиненности.

В составе городских и центральных районных стационаров, медико-санитарные частей крупных предприятий (как правило имеющих в своем составе поликлиническую службу) создаются лимфологические кабинеты со штатом врача-лимфолога и среднего медицинского персонала прошедшего переподготовку по клинической лимфологии. Кабинет оказывает консультативную и лечебную помощь в пределах своего лечебного учреждения. В компетенцию врача-лимфолога входит выполнение доступных видов лимфологического воздействия (эндо- лимфатическая терапия) стационарным и амбулаторным больным.

Рис. № 2. Схема распределений функций в системе лимфологической службы Республики Узбекистан.
2-этап: городские врачебные пункты, сельские



участковые стационары, сельские врачебные пункты комплектуются специалистом прошедшим подготовку по клинической лимфологии. В компетенцию врача- или медицинской сестры с высшим образованием — лимфолога входит первичное консультирование, отбор и направление пациентов в вышестоящие звенья лимфологической службы, а также выполнение доступных видов региональной лимфатической терапии.

В составе дневных стационаров, поликлиник, лечебных учреждений стационарного типа создаются лимфологические кабинеты со штатом врача — лимфолога и среднего медицинского персонала — лимфолога. Следует подчеркнуть, что методы региональной лимфатической терапии идеально совпадают со спецификой указанных лечебно-профилактических учреждений. Штат средних медицинских работников определяется объемом выполняемой работы. В компетенцию специалиста входит консультативная и

лечебная помощь (доступные виды региональной лимфатической терапии). Объем выполняемой на данном уровне лечебной и первичной диагностической помощи прогнозируется значительным, в силу того, что назначаемая врачами других специальностей антибактериальная, противовоспалительная, анальгетическое, иммуно- и иная терапия выполняется специалистом — лимфологом, что обосновано и клинически и экономически позволяет сократить сроки лечения, расход лекарственных средств и количество посещений пациентами.

Центр клинической лимфологии совместно с министерством здравоохранения осуществляет методическое руководство и участвует в работе в действие специализированных отделений и кабинетов; отвечает за подготовку научных и практических кадров; проведение фундаментальных исследований; разработка новых лечебных методик; издание и снабжение научной методической, учебной, научно-популярной литературы; осуществляет лечебную, диагностическую и консультативную помощь.

Центр также разрабатывает и использует единую компьютерную систему анализов результатов научных исследований, методических деятельности, лечебной и консультативной помощи осуществляемой всеми звеньями службы, что способствует в прогнозировании и реализации дальнейших научных исследований, совершенствованной программы подготовки кадров.

Предлагаемая программа естественно не лишена недостатков и не претендует на универсальность, но она позволит в определенной степени ликвидировать разрыв между уровнем научных исследований и воплощением методов лимфатической терапии практикой, позволит более эффективно использовать накопленный теоретический и научный потенциал в области клинической лимфологии при проведении реформ здравоохранения во благо здоровья нации.

Литература

1. Дадаев Ш.А., Утаев Б.А., Баженов Л.Г. Влияние эндолимфатической лазерной терапии на микрофлору больных острым гнойным перитонитом. Лимфология. 1996. 1, с.35-38.
2. Джумабаев Э.С. Региональная лимфатическая терапия как метод профилактики и лечения осложнений после операций на органах брюшной полости. Автореф. дис. д.м.н. Москва. 1992, 38 с.
3. Назиров Ф.Г., Алиев М.М., Хаджибаев А.М., Нишанов Х.Т., Дурманов Б.Д. Государственный научный центр экстренной медицинской помощи: Роль и место в системе здравоохранения в Республике Узбекистан. Узбекистон хирургияси, 1999. №1.с.13-15.
4. Панченков Р.Т. и соавт. Эндолимфатическая антибиотикотерапия. Моск.-ва. 1984.238 с.
5. Справочник по клинической лимфологии. Под ред. С.У.Джумабаева, В.А.Хакимова. Ташкент. Ибн Сино. 1999. 325с.

Ерамишанцев А.К.,
Шерцингер А.Г.,
Юлдашев Г.Ю.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СПЛЕНЭКТОМИИ ПРИ СЕГМЕНТАРНОЙ ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ.

*Отделение портальной гипертензии и экстренной
хирургии желчных путей и поджелудочной железы
(руковод. - проф. А.К. Ерамишанцев) НЦХ РАМН
(дир. - член-корр. РАМН проф. Константинов Б.А.)*

Ерамишанцев А.К., Шерцингер А.Г., Юлдашев Г.Ю.

СЕГМЕНТАР, ЖИГАРДАН ТАШҚАРИ, ПОРТАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯДА СПЛЕНЭКТОМИЯНИНГ БЕВОСИТА ВА УЗОҚ ДАВРДАГИ НАТИЖАЛАРИ.

Мақолада биринчи ва иккинчи сегментар, жигардан ташқари, портал гипертензияси бор ёши 15 дан 68 гача бўлган 41 беморда спленэктомия натижалари ўрганилган. Ушбу кузатувларнинг ретроспектив таҳлилидан маълум бўлишича 18 беморда операциядан кейинги 4-6 кундан тромбоцитлар сони 1-1,8 млн.гача кўтарилиб, аспленик тромбоцитопения ҳолати ривожланган; шу сабаб билан қайд қилинган беморларга антикоагулянт ва цитостатик (миелосан) терапия ўтказилган. Спленэктомиянинг бевосита ва узоқ даврдаги натижаларни ўрганиш ушбу хирургик муолажаси СЖПГ си бор беморларда кўрсатмалар кўламини кескин камайтириш лозимлигини кўрсатади, чунки аспленик тромбоцитопения ҳолати ривожланиш хавфи юқорилашади, бу эса ўз навбатида, оғир тромбоземблик асоратларни юзага келтиради.

Eramishantsev A.K., Shertsinger A.G., Yuldashev G.Yu.

SHORT-TERM AND LONG-TERM RESULTS OF SPLENECTOMY FOR SEGMENTARY EXTRAHEPATIC PORTAL HYPERTENSION.

In work the results of splenectomy in 41 patients with primary and secondary segmentary extrahepatic portal hypertension had been analyzed. Age of patients was from 15 to 68 years. The retrospective study of investigations had shown the development of asplenic thrombocytopenia with increasing number of thrombocytes to 1-1,8 millions in patients beginning from 4-6 days after splenectomy. The anticoagulant therapy and cytostatics had been used. The study of short- and long-term results of splenectomy had shown the necessity of limiting indications for this operation because of high risk of development of asplenic thrombocytopenia what can result in thromboembolia.

Сегментарная внепеченочная портальная гипертензия (СВПГ) представляет редко встречающийся вариант портальной гипертензии.

Причиной болезни может быть тромбоз или аномалия развития селезеночной вены воспалительные заболевания и опухоли поджелудочной железы, заболевания в системе крови, в результате которых возникает окклюзия селезеночной вены воспалительные заболевания и опухоли поджелудочной железы, заболевания в системе крови, в результате которых возникает окклюзия селезеночной вены. В этой связи мы различаем первичную СВПГ, как следствие автономной патологии селезеночной вены и вторичную, как следствие различных заболеваний и вторичного тромбоза селезеночной вены.

Хирургическое лечение СВПГ представляется далеко нерешенной задачей. Большинство авторов операций выбора при СВПГ считают спленэктомию (1,2,3,4,5,6,7).

Однако в настоящее время это мнение пересматривается в связи с неудовлетворительными результатами этой операции.

По данным (9,10,11) после спленэктомии нередко развивается аспленическая тромбоцитопения с тромбозом портальной системы. Наряду с тромбозом, после спленэктомии появляется склонность к усилению агглютинации тромбоцитов, чем и объясняется возникновение угрозы тромбообразования после этого вмешательства, что подтверждается в наблюдениях (8).

Нами проанализированы непосредственные и отдаленные результаты спленэктомии у 41 больного в СВПГ.

Из них 23 первичной СВПГ (I группы), 18 вторичной СВПГ (II группы) в возрасте от 15 до 68

лет.

Ретроспективный анализ этих наблюдений показал, что I-ой группе при первичной СВПГ - у 10 из 23 больных спленэктомия произведена на фоне гиперспленизма. Во второй же группе (при вторичной СВПГ) гиперспленизм встретился только в 5 из 18 наблюдений.

После спленэктомии у 18 больных с 4-6 дня после операции развились явления аспленической тромбоцитопении с подъемом числа тромбоцитов 1-1,8 млн., что сопровождалось у многих пациентов жалобами на головокружение, головную боль, боль в животе, ухудшение общего самочувствия, поэтому им была назначена антикоагулянтная и цитостатическая (миелосан) терапия.

Следует отметить, что гораздо чаще, тяжелее аспленическая тромбоцитопения проявилась после спленэктомии у больных первичной СВПГ 4 наблюдения.

Со стороны лабораторных анализов крови в 14 наблюдениях до операции имело место нормальное число тромбоцитов и лейкоцитов. У 4 пациентов отмечалось явление гиперспленизма с падением числа тромбоцитов.

Кроме того, у 2-х больных после спленэктомии наблюдалось длительное лихорадочное состояние, которое купировано с помощью антибиотикотерапии. Это осложнение явилось следствием обострения хронического пиелонефрита, в другом случае причину длительной лихорадки установить не удалось.

Из 41 выписанных нами больных были прослежены в сроки от 1 года до 17 лет. Оценку результатов проводили с помощью анализа анкетных данных (8 больных), амбулаторного обследования (15

больных) и в условиях стационара (18 больных). В амбулаторных условиях выполнялись общий анализ крови, эзофагогастроскопия, ультрасанография, ЭКГ, печеночные пробы. При госпитализации больного, кроме выше перечисленных показателей дополнительно проводили ультразвуковую компьютерную томографию «ОКТОСОН» и при необходимости осуществляли ангиоконтрастные методы исследования.

При оценке отдаленных результатов мы пользовались двухбалльной системой.

Удовлетворительно - рецидивов кровотечения не отмечено, число тромбоцитов и лейкоцитов колебалось в пределах нормы, больные вернулись к труду.

Неудовлетворительные - когда вновь возникали желудочно-кишечные кровотечения, появились симптомы нового заболевания (аспленическая тромбоцитопения) которое значительно ухудшило состояние здоровья больного. Тромбоз распространялся не воротную вену, т.е. трансформация СВПГ в тотальную внепеченочную портальную гипертензию. Оценивая по такой системе отдаленные результаты спленэктомии оказалось, что у 23 больных результат может быть признан удовлетворительным, причем если в первой группе спленэктомия дала положительный результат в основном при гиперспленизме (в 9 из 10 наблюдений), то во второй группе такая тенденция не выявлена, спленэктомия давала хороший эффект при отсутствии гиперспленизма (14 из 18 больных).

Из 23 больных в отдаленном периоде умерло 3,1 с первичной СВПГ умер через 13 лет от пневмонии, 2-ой от прогрессирования основного заболевания через 2 года и 9 лет. Из 14 пациентов перенесших спленэктомию результат был признан неудовлетворительным. Имелась аспленическая тромбоцитопения, которая кроме выше названных жалоб у 2 больных привела к нарушению мозгового кровообращения.

Таким образом, изучение непосредственных и отдаленных результатов спленэктомии привело нас к выводу о необходимости сужения показаний к этой операции, ибо слишком велик риск развития аспленической тромбоцитопении, которая в свою очередь может стать причиной тяжелых тромбоэмболических осложнений.

Безусловно, что риск развития аспленической тромбоцитопении гораздо выше у больных СВПГ, у которых в исходе нет гиперспленизма, в связи с чем от спленэктомии у них целесообразно воздержаться. Сплениэктомию можно рассматривать как

операцию выбора только при наличии резко выраженного гиперспленизма.

Однако, даже и в этих наблюдениях имеется возможность развития аспленической тромбоцитопении, хотя риск этого осложнения намного меньше, чем у больных СВПГ с нормальным исходным составом периферической крови.

Следует заметить, что спленэктомия при вторичной СВПГ нередко является операцией вынужденной, продиктованной необходимостью коррекции основных заболеваний.

Наши наблюдения показали, что аспленическая тромбоцитопения при вторичной СВПГ развивается гораздо реже, чем при первичной СВПГ.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Демидова А.В., Соболева С.С., Зорина Н.В. К вопросу о природе миелопролиферативного синдрома у больных с окклюзией селезеночной вены. В кн. Хирургия портальной гипертензии. Тезисы III Всесоюзного симпозиума по портальной гипертензии. Ереван 1984, с 54-56.

2. Дурдиев М.Д. Аутоотрансплантация ткани селезенки у хирургических больных. Автореф.дис....-канд.мед.наук. М., 1985.

3. Ерамишанцев А.К. Первичная внепеченочная портальная гипертензия и ее хирургическое лечение. Дис.докт.мед.наук. М. 1983, с.325.

4.Зубарев П.Н. Отдаленные результаты перевязки селезеночной артерии по поводу поратальной гипертензии. Вестник хирургии 1977, No 6 с. 47-50.

5. Лентьев А.Ф. Внепеченочная блокада портального кровообращения у детей. Автореф.... дис.докт.мед.наук. М. 1983.

6. Пациора М.Д., Ерамишанцев А.К. Хирургия внепеченочной портальной гипертензии. Хирургия. 1977, No 7, с. 52-59.

7. Пациора М.Д., Ерамишанцев А.К. О дифференциальной диагностике внепеченочной поратальной гипертензии и опухолей селезенки. Клиническая медицина. 1982 No7, с. 61-66.

8. Цацаниди К.Н. Ерамишанцев А.К. Диагностики и лечение внепеченочной портальной гипертензии, обусловленной окклюзией селезеночной вены. Хирургия 1975, No1, с. 75-81.

9. Grimoud M., Ribet A., Pascl T.P., Torromon T.P. Hypertension portal segmentaire pour cructadenome benin bu pancreas. Chirurgie, 1971, V. 97, p. 827-830.

10. Magendie M.M., Doutre L.D., Perissat T.Hypertension portal segmentaire de mecanisme inhabituel Arch.Franc. Des maladies de Appareie. Digesstis, 1966, V. 55, p. 805-812.

11. Moossa A.R., Michele A., Gadd M.D. Isolated splenic vein thrombosis. Surgery, 1985, V. 9, p. 384-390.

Маликов Ю.Р.,
 Гожибоев А. М.
 Тяхтаулов А.Й.

«ЎТКИР ҚОН КЕТИШ БИЛАН АСОРАТЛАНГАН «ГИГАНТ», «ПОСТБУЛЬБАР» ВА «КЎЗГУСИМОН» ЁН ИККИ БАРМОҚ ИЧАК ЯРАЛАРИНИНГ КЛИНИК КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ ВА ХИРУРГИК ДАВОЛАШ».

ЎзССРга ўрашшли акад. В.Воҳидов номидаги хирургия
 Илмий Маркази (дир. в.б. - т.ф.д. Акилов Х.А.)

Ю.Р.Маликов, А. М. Хаджибаев, А.Й.Тухтакулов

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИГАНТСКИХ, ПОСТБУЛЬБАРНЫХ И «ЦЕЛУЮЩИХСЯ» ЯЗВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Анализирован опыт лечения 432 больных с кровоточащими язвами двенадцатиперстной кишки. 53,2% больных составили так называемые «трудные» язвы, среди которых различают: гигантские - 84, постбульбарные - 70, «целующиеся» - 45 и их сочетаний 31. Клинические течения подобного рода язв характеризуются длительным анамнезом, выраженностью болевого синдрома и большей частотой осложнений. Авторы придерживаются активной хирургической тактики. По сравнению с обычными язвами экстренное оперативное вмешательство среди больных с «трудными» выполняется в 2,1 раза чаще. Всем больным выполнена резекция желудка, причем в случаях возникновения технических трудностей при ушивании культи двенадцатиперстной кишки (40) производилась резекция по Бильрот-I в модификации проф.: Л.Г.Хачиева. Частота послеоперационных осложнений у больных с «трудными» язвами составила 26,7%, по сравнению с обычными оказалась в 1,5 раза выше. Летальный исход наступил у 10 (5,4%)

Yu.R.Malicov, A. M. Hodjibaev, A.Yu.Tukhtakulov.

CLINICAL PECULIARITIES OF DURATION AND SURGICAL TREATMENT FOR GIANT AND DIFFICULT DUODENAL ULCERS COMPLICATED WITH BLEEDING

The experience of treatment of 432 patients with bleeding duodenal ulcers had been analyzed.

53,2% of patients composed group of «difficult» ulcers. Among them: giant-84 patients, postbulbary ulcers-70 patients and «mirror» duodenal ulcers-45 and their combination in 31 cases were observed by us. Clinical pattern and duration of such ulcers has long anamnesis hard painful syndrome and high rate of complications/ In comparison with typical ulcers the rate of urgent surgery was higher 2,1 times more for difficult ulcers.

All patients underwent partial gastrectomy (stomach resection) and in cases of difficulties the resection by Bilioth-I modified by Khachiev. L.G. had been performed in 40 patients. The rate of postoperative complications was 26,7%, that in comparison with typical ulcers in 1,5 times higher. 10 patients died in postoperative period and mortality rate composed 5,4%.

Ўн икки бармоқ ичак «қийин» яраларини хирургик даволаш муаммолари ҳозирги кунда ҳам ўз долзарблигини йўқотгани йўқ. «Қийин» яралар тушунчаси ўзига хос бир қатор параметрларни муҳассамлантирган: ярагинг жойлашиши, девордаги яллиғланиш инфильтратининг даражаси, турли хил оғир асоратларнинг мавжудлиги билан изоҳланади.

Қўп муаллифларнинг фикрича [1,2,3,4,5,6,7,8] бу турдаги яралар қўйдаги белгилари билан ажралиб туради: «гигант» яралар одатда ўлчамлари 2см.дан ортиқ, «кўзгусимон» ва «постбульбар» ўн икки бармоқ ичак яралари. Бундай яраларда яра атрофида тўқималарнинг кучли ривожланган яллиғланиш инфильтрати бўлиб, ярани олиб ташлашда ва ўн икки бармоқ ичак қўлтоғини ёпишда техник қийинчиликлар вужудга келади.

«Қийин» ўн икки бармоқ ичак яраларининг клиник кечиши шундан иборатки, яра қайталаниб туришга мойил бўлади ва ургент асоратлар (қон кетиш, перфорация) ҳолатлари оддий яраларга нисбатан қўп учраб, хирургик тактика ва операция усулини танлаш жиҳатидан алоҳида ёндошишни талаб қилади.

Ўн икки бармоқ ичак «қийин» яралари ўзига хос характерли симптомокомплекс мажмуаси тарикасида кучли оғриқлар билан намоён бўлиб, буларни буйрак санчиғи ва панкреатит ҳолатларига тенглаштириш мумкин [9]. Оғриқнинг характери ва жойлашуви ярагинг қайси ички аъзога нисбатан қўпроқ пенетрация берганлигига ва чуқурлигига боғлиқ бўлади (ошқозон ости безига, жигар-ўн икки бармоқ ичак бойламига, ўт копига, жигарнинг пастки юзасига, чарвга).

ЎзССРга қарашли акад. В.Воҳидов номидаги ХИМ қизилўнғач ва ошқозон хирургияси бўлимида ва Лазер марказида 1991 йилдан 1998 йилгача умуман яра этиологияли бўлган ўткир қон кетиш билан 432 нафар беморлар шошилиш равишида қабул бўлимига мурожаат қилган. Шулардан 230 (53,2%) нафар беморларда ўн икки бармоқ ичак «қийин» яраси ва 202 (46,8%) нафар ҳолларда эса ўн икки бармоқ ичакнинг «оддий» яраларидан қон кетиш ҳолатлари ташхис қилинган. Бўлимга мазкур ташхис билан қабул қилинган беморларнинг аксариятида бир хил қоллипдаги шикоятлар мавжудлиги қайд қилинди, яъни «кофе» қуйқасига ўхшаш қайт қилиш, нажаснинг қора келиши, ҳолсизланиш, бош айланиши, танани совуқ тер қоплаши ва ҳ.з. Қон кетиш аломатлари пайдо бўлмасдан олдин бу турдаги беморларда эпигастрал соҳада кучли оғриқлар, оғриқнинг курак ораларига тарқалиши (85%), кўнгил айланиши, қусиш (33%), озиб кетиш (41%) ҳолатларда кузатилган.

Ўн икки бармоқ ичак «қийин» яраларида 104 (45,2%) нафар беморлар гемостатик терапиядан сўнг қон тўхтатилганидан кейин режали равишда операция қилинган. 82 (35,7%) нафар беморлар эса ярадан давом этувчи қон кетиш ёки «шовуллаб» қон кетиш асорати билан шошилиш равишида операция қилинган. 44 (19,1%) нафар беморга операция бажарилмаган, бунинг асосий сабаблари беморлар операциядан вақтинчалик бош тортган ёки бўлмаса оғир ёндош касалликлар мавжуд бўлганлиги учун консерватив даво чоралар билан қон тўхтатишга муваффақ бўлинган.

Ўн икки бармоқ ичакнинг «оддий» яраларидан қон кетиш билан тушган беморларда эса 89 (44,1%)

холларда режали равишда, 34 (16,8%) шошилиш операция қилинган. 79 (39,1%) ҳолатда операция бажарилмасдан, консерватив терапия ўтказилган.

Беморларнинг ёшига нисбатан 18 ёшгача - 18 (4,2%), 19-44 ёшгача 208 (48,1%), 44-59 - 114 (26,4%), 60-74 - 77 (17,8%) ва 75 ёшдан юқори - 15 (3,5%)

рапия, кон препаратларини қуйиш жуда ҳам қисқа муддат ичида текширувлар билан бирга параллел равишда олиб борилган.

Қон кетиш даражасини баҳолашда 1983 йилда қабул қилинган Горбашко А.И.нинг Нв, Нт, эритроцит кўрсаткичи, пульс ва артериал босим кўрсаткичлари бўйича ўн икки бармоқ ичак «қийин» ва

ЖАДВАЛ:1.

ҚОН КЕТИШ ДАРАЖАСИНИ АНИҚЛАШ /Горбашко А.И., 1983 йил/.

Кон йўқотиш даражаси ва унинг кўрсаткичлари.	ҚОН ЙЎҚОТИ	
	Енгил	Ўрта
Яранинг Тури	Нв-100г/л.дан орт. Эр- $3,5 \cdot 10^{12}$ /л.орт. Нт-30% дан орт.	Нв - 83-100г/л Эр - 3,5-2,5. Нт - 20-30%
«ҚИЙИН»	96 (41,8%)	70 (30,4%)
«ОДДИЙ»	67 (33,2%)	60 (29,7%)
ЖАМИ:	163 (37,7%)	130 (30,1%)

дан иборат бўлди. Эркаклар - 357, аёллар эса - 75 кишини ташкил қилди.

Яра касаллиги анамнези бўйича эса 5 йилгача бўлганлар 147 (34,0%), 5-10 йилгача - 193 (44,7%) ва 10 йилдан ортиқ - 92 (21,3%) нафар беморларда кузатилган, яъни кўпчилик беморлар сони узок давом этган яра касаллиги анамнезига тўғри келди.

Аксарият беморлар бир неча марта амбулатор ва стационар шароитида даволанган бўлиб, уларда даволаниш вақтинчалик наф берган. Баъзиларида эса сўнгги даврларда, умуман ярага қарши ўтказилган даволаниш нафсиз эканлиги аниқланди.

Қабул бўлимига тушган ҳамма беморлар биринчи соатлардаёқ қон кетиш манбасини аниқлаш мақсадида эндоскопик текширув ўтказилган. Бизларнинг маълумотимизга кўра, бу ҳолларда 96,8% беморларда қон кетиш сабабларини ва манбасини аниқлаш мумкин бўлди.

1987 йилда қабул қилинган Форрестнинг эндоскопик таснифи бўйича беморлар қуйидаги гуруҳларга ажратилди: I-гуруҳ (F-I-A) ярадан «шо-вуллаб» фаол қон кетиш 72 беморда, II-гуруҳ (F-I-B) ярадан симиллаб қон кетиш 104та беморда, III-гуруҳ (F-II-B) ярадан қон кетаётгани йўқ, лекин яранинг юзаси мўрт тромб билан қопланган 217та беморда ва IV-гуруҳ (F-II-C) яранинг юзаси эски турғун тромб билан қопланган 39та беморда кузатилди.

Умуман қон кетиш билан тушган беморлар фаол динамик кузатувда бўлиб, реанимация бўлимида гемостатик терапия, қон препаратлари ва қон ўрнини босувчи инфузион дори эритмалари ва умумий қувватлантирувчи терапиялар ўтказилган. Операциядан олдинги тайёргарлик ишлари гемостатик те-

«оддий» яраларида қон кетишнинг оғирлик даражалари қуйидагича бўлди (жадвал 1).

Ўтказилган рентген-эндоскопик текширишлар ва операция натижаларига асосланиб, ўткир қон кетиш билан асоратланган ўн икки бармоқ ичак «қийин» яраларининг қуйидаги типлари аниқланди: «гигант» яралар - 84 (36,5%), «қўзғусимон» - 45 (19,6%) ва 70 (30,4%) беморларда яра паст ёки постбульбар. Шуни қайд қилиш эътиборга лойиқки, 31 (13,5%) нафар ҳолларда яралар типологик жиҳатдан қўшилган ҳолатда кузатилди, яъни «гигант» яралар постбульбар жойлашувда ёки «қўзғусимон» яралар ё паст ёки бўлмаса «гигант» ўлчамли эканлиги аниқланди.

Умуман олганда «қийин» яраларда 98,8% ҳолларда яра пенетрацияси кузатилди.

Ўткир қон кетиш билан асоратланган ўн икки бармоқ ичак «қийин» яраларига хирургик даво танлашда бизлар ошқозон резекцияси операцияси тарафдоримиз. «Қийин» ва «оддий» ўн икки бармоқ ичак яраларидан қон кетиши билан асоратланган беморларнинг хирургик даволаниш солиштирмаси қуйидагича бўлди (жадвал 2).

Операциядан кейинги яқин даврларда асоратлар сони ва фоизи қуйидагича бўлди: «оддий» яраларда шошилиш равишда операция бўлганлар орасида 6 (17,6%), режали 7 (7,8%) ва «қийин» яраларда эса шошилиш равишда операция бўлганлар ичида 22 (26,7%), режали 15 (14,4%).

Леталлик ҳолатлари: «оддий» яраларда - 2 (1,6%), «қийин» яраларда 10 (5,4%). Бундан кўриниб турибдики, «қийин» яраларда қон кетиш асоратларида «оддий» яраларга нисбатан 1,5-2 баробар операциядан кейинги асоратлар, леталлик эса 3-4 баро-

ҚОН КЕТИШ БИЛАН АСОРАТЛАНГАН ЎН ИККИ БАРМОҚ ИЧАК «ҚИЙИН» ВА «ОДДИЙ» ЯРАЛАРИДА ОПЕРАТИВ МУОЛАЖАЛАР.

ОПЕРАЦИЯ ТУРИ	ЯРАНИ	
	«ҚИЙИН»	
	Шошилинч	Режали
Ошқозон резекцияси Бильрот-I услуги	8	15
Ошқозон резекцияси Бильрот-I услуги Л.Г. Хачиев модификацияси	40	50
Ошқозон резекцияси Бильрот-II услуги	34	36
Ошқозон резекцияси Габерер-Финней услуги	-	3
Гастродуоденотомия, яра тубидаги қонаётган қон томирни тикиш	-	-
ЖАМИ	82	104

бар кўп учраши маълум бўлди.

Шуни таъкидлаб ўтиш керакки, операциядан кейинги даврда асоратлар келиб чиққан ва ўлим оқибатлари кузатилган ҳолат аксарият шошилинч операция бўлган беморлар ўртасида кўп учради. Бунинг сабабларини геморагик шок, постгеморагик анемия, гипопротениемия, электролитлар, ишқорий-кислота ҳолатни бузилишлари, операциядан олдинги тайёргарликларни қисқа вақтдан иборатлиги ва турли хил ёндош касалликларни мавжудлиги деб билиш мумкин.

Шундай қилиб, ўтказилган таҳлилларга асосланиб, ўтқир қон кетиш билан асоратланган ўн икки бармоқ ичакнинг «қийин» яраларида хирургик тактикани ва операция услубини танлаш ҳар бир беморга нисбатан индивидуал ёндошиш лозимдир. Яра ўлчами катта бўлган ҳолларда ёки яранинг постбульбар жойлашувида ошқозон резекциясининг Бильрот-I услуги терминологик аномалия Л.Г. Хачиев услуги бўйича операция қилиш мақсадга мувофиқдир, чунки бу услуб қўлланилганда ошқозон - ўн икки бармоқ ичак, яъни гастродуоденоанастомоз чоклари етишмовчилик ҳоллари деярлик учрамайди.

Ошқозон-ичак йўлидан қон кетиш билан қабулхонага тушган беморларга эса биринчи соатларданок эндоскопик текширувдан ўтказиш энг қулай ва осон вариант ҳисобланади. Чунки эндоскопик текширувда қон кетишнинг сабаби ва манбасини аниқлашга имкон туғилади ва кейинги даволаш тактикасини олиб бориш маълум бўлади. F-I-A ва F-I-B гуруҳлардаги беморларга шошилинч равишда операция ўтказиш мақсадга мувофиқ деб биламиз. Қолган F-II-B ва F-II-C гуруҳидаги беморларга нисбатан фаол динамик кузатув (гемоглобин

кўрсаткичини динамикада аниқлаб туриш, артериал босим ва пульсни ўлчаб туриш ва мумкин қадар барвақт гемостатик терапия бошлаш) олиб бориш керак.

АДАБИЁТЛАР:

1. Ванян Э.Н. ва муаллифдошлар «Диагностика и хирургическая тактика при постбульбарных язвах 12-перстной кишки». Хирургия. 1980 стр.7-11, № 6.
2. Демидов Г.И. «К вопросу о причинах летальности и хирургической тактики при кровоточащих гастродуоденальных язвах». VIII Всероссийский съезд хирургов. Краснодар. 1995., стр.77-78.
3. Курьин А.А. ва муаллифдошлар «Плановая хирургия «залуковичных» язв ДПК». Вестник хирургии им.Грекова, стр.96-98, 1989, № 9.
4. Пономарев А.А. «Гигантские язвы двенадцатиперстной кишки». Клиническая хирургия 1987, № 8 стр.70-72.
5. Постолов П.М. ва муаллифдошлар «Хирургическое лечение постбульбарных язв ДПК». Хирургия, 1982, стр.64-68, №12.
6. Телия А.В. ва муаллифдошлар «Постбульбарные язвы двенадцатиперстной кишки». Вестник хирургии, 1990, стр.133-137, № 6.
7. Хабаров В.В. ва муаллифдошлар «Лечение осложненных замппульных язв двенадцатиперстной кишки». Клиническая хирургия, 1990, №7, стр.70-72.
8. Хохла В.П. ва муаллифдошлар «Клиника, диагностика и лечение острых перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки». Клиническая хирургия, 1990, № 8, стр.9-10.
9. Шалимов А.А. ва муаллифдош «Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки». К. Здоровья, 1972, 355 стр.

Махмудов М.М., Ҷуломов Д.С.,
Мадиев Р.З., Аманов А.А.,
Абдумажидов Х.А. Назырова Л.А.

ҲОМИЛАДОР АЁЛЛАРДА ЮРАК РЕВМАТИК НУҚСОНЛАРИНИНГ ХИРУРГИК ДАВОСИ Ўзбекистон Республикаси ССВ-га ўрашшли акад. В.Волков номидаги хирургия Илмий Маркази (дир.в.б.- т.ф.д. Акилов Х.А.).

Махмудов М. М., Гулямов Д. С., Мадиев Р. З., Аманов А. А., Абдумажидов Х. А., Назырова Л. А.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕВМАТИЧЕСКИХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН.

По поводу ревматических пороков сердца оперированы 157 беременных женщин в возрасте 18-44 лет. В 144 случаях выполнена митральная комиссуротомия, в 9 случаях - митральная реконмиссуротомия, у остальных 4 беременных - аортально-митральная комиссуротомия. У 2 беременных операции на сердце осуществлены в I триместре, у 88 - во II и в 67 случаях - III триместре. Госпитальная летальность составила 4,5 %, в основном при запущенных и осложненных формах заболевания. На основе комплексного изучения ближайших и отдаленных результатов операций анализированы различные аспекты этой проблемы. Установлено, что основными факторами, влияющими на результаты оперативного вмешательства являются правильный выбор показаний и противопоказаний к операции, состояние клапанного аппарата, адекватность и радикальность комиссуротомии, осложнения порока, течение ревматического процесса. Авторы считают, что тактика ведения беременных с митральными пороками должна быть строго индивидуальной и решаться с обязательным участием кардиохирурга.

Makhmudov M.M., Gulyamov D. S., Madiev R. Z., Amanov A. A., Abdumazhidov Kh. A., Nazirova L. A.

SURGICAL MANAGEMENT OF RHEUMATIC HEART DISEASE IN PREGNANT WOMEN.

157 pregnant women at the age from 18 to 41 years old were operated for rheumatic heart disease. Mitral commissurotomy was performed in 144 cases, mitral reconmmissurotomy - in 9 cases and aortal - mitral commissurotomy was done in the other 4 pregnant. Cardiac operations were performed in 2 pregnant in the 1st trimester, in 88 pregnant in the 2nd and in 67 cases - in the 3rd trimester. The hospital lethality was 4,5 %, on the whole in neglected and complicated forms of disease. On the base of complex studying of the immediate and the late results of the operations the different aspects of this problem have been analysed. It was been established that main factors influenced upon the results of the operative intervention are: the proper choice of indications and contraindications for operation, valvular apparatus state, adequacy and radicalism of commissurotomy, heart disease complications, rheumatic process course. the tactics of management in pregnant with mitral valvular disease has to be strict individual and the cardiologist participation is necessary for decision of this problem.

Ванина Л.В.[1], Vosloo S., Reichart B [12], Oakley C.M.[13], Hurst J.W., Alpert J.S.[14]ларнинг таъкидлашлари, ҳомиладор аёлларда юрак хасталиклари 0,4-5,1% ни ташкил этади. Бахтга қарши, бу хасталикларнинг асосий қисми (90%) юракнинг ревматик нуқсонлари ҳисобига бўлиб, шулар ичида энг кўп (75-90%) тарқалгани митрал тешикнинг торайиши (стенози)дир. Бу уйғунлашиш, яъни ҳомиладорлик ва митрал стеноз (МС)нинг бирга учраши юрак-қон томир системасининг икки баробар кучланиш билан ишлашга мажбур этади. Натижада нафақат юрак нуқсони, балки ҳомиладорлик ҳам оғир кечади: юрак нуқсони ва унинг асоратлари билан боғлиқ оналар ўлими 12-17% гача, перинатал гўдаклар ўлими 9,5-12% гача етиши мумкин [1,6-9].Бундан ташқари, патологоанатомик текширишларга асосланган сўнги тадқиқотлар ҳам [3,4] ҳомиладор аёллар ўлимига асосан юрак-қон томир касалликлари (8,9-10,0%), улар орасида эса ревматик юрак нуқсонлари (5,4%) сабаб бўлаётганини яққол кўрсатди.

Республикаимизда туғилиш суръатларининг баландлиги, ўтказилаётган даво-профилактик чоратadbирларга қарамай туғиш ёшидаги аёллар ўртасида ревматизм ва ревматик юрак нуқсонларининг тез-тез учраб туриши, контрацепция билан қамраб олиш суръатларининг пастлиги [5] - буларнинг ҳаммаси кўрилатган муаммонинг минтақамиз учун ниҳоятда долзарб эканлигини яна бир бор тасдиқлайди. Бинобарин, мақсадимиз - Марказимизда тўпланган тажриба асосида ревматик юрак нуқсони билан хасталанган аёлларни муқаррар ёки хавф солаётган ўлим чангалидан ҳалос қилишга қаратилган махсус кардиохирургик ёрдам - митрал комиссуротомиялар мавзусини ёритишдир.

МАТЕРИАЛ ВА МЕТОДЛАР

Марказимизда ёши 18-41 йил оралиғида бўлган

157 нафар ҳомиладор аёлда юрак клапанларида хирургик коррекциялар бажарилди. Митрал нуқсонининг гуруҳи Б.В.Петровский (1959) таснифи бўйича, қон айланиш етишмовчилиги (ҚАЕ) даражаси эса А.Н.Бакулев- Е.Н.Дамир (1955) тасни-

1-жадвал

Ҳомиладорларнинг МС гуруҳлари ва қон айланиш етишмовчилиги даражалари бўйича бўлиниши

Қон айланиш етишмовчилиги даражалари	II	II - III	III	III - IV	IV	ЖАЪМИ МС гуруҳлари бўйича
МС гуруҳлари						
I ("тоза" стеноз)	2	5	105	2	5	119
II (стеноз устунлиги)	-	2	23	-	2	27
III (митро-аортал нуқсон)	1	-	10	-	-	11
ЖАЪМИ қон айланиш етишмовчилиги бўйича	3	7	138	2	7	157 (100%)

фига асосан аниқланди (1-жадвалга қаранг). Ҳомиладорлик муддатлари 2-жадвалда кўрсатилган. МС бўла туриб ҳомиладорликнинг давом этишига беморларнинг она бўлишга интилиши, врачларга кеч мурожаат этиши, биринчи ҳомиладорлик сабаб бўлган. Хасталикка ташхис қўйиш учун умумклиник усуллардан, ЭКГ,ФКГ,спирография, рентгеноскопия ва рентгенография, ҳамда тўлиқ информация берувчи эхокардиографиядан фойдаланилди. Узоқ даврдаги натижаларни ўрганиш учун эса, Марказимизда ишлаб чиқилган (Воловой В.Л., 1989) велоэргометрия синамасини (ВЭМ) 34 аёлда қўлладик. Бу синама «ERGO-FIT-777» велоэргометрида бажарилди.

2- жадвал

Ҳомиладорларда МС бўйича бажарилган операцияларнинг турлари ва натижалари.

№ т/н	Операция турлари	Ҳомиладорларлик даврлари			ЖАЪМИ
		I	II	III	
1.	ЁМК	2	79(2*)	58(2*)	139(4*)
2.	ЁМРК	-	3	6	9
3.	ЁАМК	-	3	1	4
4.	ЁМК+ўпка резекцияси	-	1	-	1
5.	ЁМК+тиббий аборт	-	1*	-	1*
6.	ЁМК+КК+БАМ	-	1*	-	1*
7.	ЁМК+КК	-	-	1	1
8.	КК+тезкор ЁМК	-	-	1*	1*
Жаъми абсолют сони ва % да		2 1.2%	88(4*) 56.1%	67(3*) 42.7%	157(7*) 100%(4.5%)

Илова: ЁМК - ёпик митрал комиссуротомия
 ЁМРК - ёпик митрал рекомиссуротомия
 ЁАМК - ёпик аорта - митрал комиссуротомия
 БАМ - бачадон ампутацияси
 * - вафот этган ҳомиладорлар

Охириги 3 йил ичида 17 ҳомиладор беморга операциядан олдин ва сўнг гипербарик оксигенация (ГБО) сеанслари ўтказилди. ГБО бир ўринлик терапевтик БЛКС-3-01 барокамераларида 1,2-1,8 АТА босим остида 20-40 минут мобайнида ўтказилди. Ҳар

3 жадвал

Ҳомиладор аёлларда амалиётгача ва ундан сўнг Эхо-Д-КГ кўрсаткичларнинг ўзгариши (n=18)

№ т/н	Эхо-Д-КГ кўрсаткичлари	ЁМКгача	ЁМКдан сўнг	P
		M±m	M±m	
1.	Ё-Ғ тезлиги (мм/сек)	17,44 ± 1,07	40,33 ± 2,22	< 0,001
2.	Митрал тешик юзаси(см2)	1,48 ± 0,07	2,78 ± 0,1	< 0,001
3.	Ч.Б. ўлчами (см)	4,67 ± 0,16	4,17 ± 0,14	< 0,05
4.	Аорта асоси ўлчами(см)	2,57 ± 0,07	2,65 ± 0,06	<0,5
5.	Ў.К. ўлчами (см)	2,47 ± 0,15	2,32 ± 0,11	<0,5
6.	Ч.К.систолик ўлчами(см)	2,76 ± 0,11	2,67 ± 0,08	>0,5
7.	Ч.К.систолик ҳажми(см)	28,78 ± 2,56	26,72 ± 1,87	>0,5
8.	Ч.К.диастол. ўлчами(мл)	4,44 ± 0,11	4,53 ± 0,07	>0,5
9.	Ч.К.диастол.ҳажми (мл)	91,33 ± 5,5	94,39 ± 3,34	>0,5
10.	Қоннинг зарб ҳажми(мл)	61,44 ± 3,23	67,78 ± 2,28	<0,5
11.	Ч.К. қон отиб бериш фракцияси (%)	68,05 ± 1,75	72,11 ± 1,32	<0,1
12.	Юрак уриши тезлиги	90,22 ± 2,46	85,18 ± 2,22	<0,5
13.	Минут. қон ҳажми(л/м)	5,49 ± 0,27	5,58 ± 0,2	>0,5
14.	Зарб индекси (мл/м2)	42,78 ± 2,28	47,29 ± 1,9	<0,5
15.	Юрак индекси(л/мин/м2)	3,83 ± 0,2	3,88 ± 0,14	>0,5

Илова: Ч.К. - чап қоринча
 Ў.К. - ўнг қоринча
 Ч.Б. - чап бўлмача

бир аёл ўртача 4-6 ГБО сеансларини қабул қилди. ГБОни биз антиоксидант терапия (альфа-токоферол, аскорбин кислотаси, В-гурӯх витаминлари, триовит) билан биргаликда қўлладик. ГБО таъсирида бўладиган ёғларнинг пероксидли оксидланиш жараёнидаги ва организм антиоксидант ҳимоя тизимидаги ўзгаришлар ҳам ўрганилди. Ташхис нати-

жаларига кўра ҳомиладорлардан 11 (7%) нафаридан аортал қопқоқчалар нуқсони ҳам аниқланди. Асоратлардан 6 (3,8%) беморда мерцал аритмияси, 11(7%) аёлда митрал клапан қопқоқчаларининг кальцинози, 6 (3,8%)тасида эса қон тупуриш ҳоллари бўлган. Ўрта (II) ёки юқори (III) даражали ўпка гипертензияси (ЎГ) мос ҳолда 51(32,5%) ва 36(22,9%) беморда кузатилди. Энг кўп учраган қўшимча касаллик ҳар ҳил даражадаги камқонлик бўлди ва у қайта ҳомиладор бўлган аёлларнинг 2/3 қисмида кузатилди. Операциядан олдин ва кейин ҳамма беморларга бўлимда қабул қилинган антиревматик, кардиал, қувватни оширувчи ва махсус терапия (туринал, витамин Е) ўтказилди.

6 (3,8%) ҳолда комиссуротомиялар дори-дармон билан қайтариб бўлмайдиган ўткир ўпка шиши(ЎЎШ)нинг «энг чўққи» босқичида тезкор кўрсатма бўйича, 8 (5,1%) ҳолатда шошилиш кўрсатмаларга кўра ҚАЕ нинг узлуксиз зўрайиши туфайли бажарилди. Қолган 143 (91,1%) бемор аёлда режали операция ўтказилди. Хирургик кесим сифатида чап томонлама IV ёки V қовурғалараро ораликдан бажариладиган олдинги-ёнбош торакотомия хизмат қилди, рестеноз ҳолларида бу кесим IV ёки V қовурға резекцияси билан бажарилди. Комиссуротомиялар чап қоринча деворидаги кесим орқали киритиладиган қаттиқ конструкцияли дилататорлар (Tubs, Dubost, НИИХАиИ) ёрдамида, чап бўлмача қулоқчаси ёки деворидан киритилган кўрсаткич бармоқ назоратида бажарилган. Эксцентрик ёки критик (бармоқ учи ҳам ўтмайдиган) стеноз ҳолларида комбинацияли (аввал бармоқ, сўнг дилататор ёрдамидаги) комиссуротомия 14 (8,9%) ҳолда амалга оширилган. Комиссуротомиядан аввал ва сўнг бўлмача ва қоринчалардаги қон босими, диастолик босим градиенти тензиометрия усули билан аниқланди.

Операциядан кейин 7 (4,5%) ҳомиладор вафот этди. Ўлимнинг сабаблари: 3 беморда оғир юрак етишмовчилиги ва унинг адекват коррекцияга қарамай прогрессив кучайиши; 1 ҳолда - йирингли перикардит; 1 аёлда тиббий кўрсатма билан бажарилган абортдан сўнгги ДВС синдроми ва 2 беморда тромбоэмболия бўлди. Вафот этган аёлларнинг 3 нафаридан боланинг она қорнида ўлиши, 2 ҳолда ўлик бола тушиши кузатилди. Қолган 2 ҳолатда эса бола Кесар кесиш (КК) амалиётидан сўнг тирик туғилди ва туғруқхонага ўтказилди.

НАТИЖАЛАР ВА УЛАРНИНГ ТАҲЛИЛИ

Ҳомиладор аёлларда МСни жарроҳлик усули билан даволашда оқилона тактика қўллаш - бу даврда нафақат юрак нуқсонининг кейинги кечилишига, балки ҳомиладорлик ва туғруқ натижаларига ҳам тўғридан-тўғри ижобий таъсир кўрсатувчи асосий омилдир. Адабиёт таҳлили ҳомиладорларда юрак амалиётига қулай фурсат ва кўрсатмалар танлашда, ҳомиладорликни олиб бориш усулларида ягона ёндашув ханузгача йўқлигини кўрсатади[1,2,7,9-13].

Биз ҳомиладорлик даврларини ҳисобга олган ҳолда қуйидагича тактика қўллаимиз. 12 ҳафтагача

бўлган ҳомиласи бор бемор аёлларда митрал тешикнинг критик торайиши, тезликда кучайиб бораётган юрак етишмовчилиги (ўпка шишидан олдинги ҳолат, ўпка шишининг тез-тез қайталаниб туриши), қон тупуриш, юкори ЎГ, мерцал аритмияси амалиётга кўрсатма бўлади, деб ҳисоблаймиз. Бу ҳолатларда комиссуротомиядан сўнг артифициал абортни тавсия этамиз. Аёл фарзандли бўлишга қатъий қарор қилган ҳолларда ҳомилани сақлаб қоламиз ва ЁМКни ҳомиладорликнинг 2-ярмида бажарамиз (албатта амалиётни маълум муддатга кечиктириш имконияти бўлганида). Шунинг айтиш лозимки, ҳомиладорлик 1-ярмида бизга мурожаат этадиган беморлар сони кам (2-жадвалга қаранг), бунга асосий сабаб касалликка кеч ташхис қўйилиши ва касаллик белгиларининг ҳомиладорлик 2-ярмида - гемодинамик ўзгаришлар зўрайган даврда намоён бўлишидир.

Ҳомиладорликнинг 2-ярми ЁМКни бажариш учун энг қулай вақт ҳисобланади: бу даврга келиб йўлдош ва ҳомила шаклланган, аёл организмидаги гормонал ўзгаришлар эса тугалланган бўлади. Ҳомиланининг тушиш хавфи камаюди. Шунга қарамай, юракдаги операцияларни баъзи муаллифлар 16-24 ҳафта оралиғида [1,11], бошқалари 28 ҳафтагача [9], учинчилари эса [12] ҳомила муддатларидан қатъий назар ўтказишни маъқуллайдилар. Биз бу даврда 2 турли тактика қўладик. Барвақт (14-18 ҳафта-ларда) мурожаат қилишига қарамай 4 аёлда комиссуротомия ҳомила 24 ҳафталик бўлганидагина бажарилди. «Кутиш даври»да аёлларнинг бирида ҚАЕ кучайиб борди, ҳомила 24 ҳафталик бўлганида эса шошилиш амалиётга ҳамма кўрсатмалар бор эди. Ҳомиладорликнинг 2-чи ярмида мурожаат этган қолган 84 аёлда комиссуротомиялар ҳомила муддатидан қатъий назар ўтказилди. Фикримизча, бу вақтда (12 ҳафтадан сўнг) амалиёт қанча эрта бажарилса, унинг натижаси шунчалик яхши бўлади, чунки амалиётдан туғруққача бўлган вақт оралиғи юракнинг янги гемодинамик шароитларга қайтадан тўлиқ мослашиши, ҚАЕнинг йўқолиши ва ҳомиланинг яхши ўсиб ривожланиши учун етарли бўлади. Диафрагма ҳам анча пастда жойлашган бўлади, «критик даврларда» бўлиши мумкин бўлган асоратлар (ўпка шиши, ўткир қон айланиш ва нафас етишмовчилиги, бола тушиши)нинг олди олинади.

Афсуски, беморлар маълум қисмининг юрак нуқсонини билан боғлиқ асоратлар хавф солганида ёки пайдо бўлганида мурожаат қилиши ЁМКни ҳомиладорликнинг 3-ярмида бажаришга мажбур қилади. Бу даврдаги амалиётларнинг энг асосий ижобий томони туғруқда ёки ундан сўнг ривожланиши мумкин бўлган ЎЎШ нинг олди олинисидир. Лекин, адекват комиссуротомия ҳам боланинг барвақт туғилишига ва амалиёт билан боғлиқ асоратлар (ўпка эмпиемаси, яранинг йиринглаши, мерцал аритмияси)га сабаб бўлиши мумкин.

Бола гипотрофиясининг камайиши, ҚАЕнинг регресси суст кетади. Бу даврда ҳам турлича такти-

ка қўлланилади. Кўпчилик жарроҳлар [2] 28-32 ҳафта оралиғида ЁМКни умуман амалга оширмайдилар, уларнинг фикрича бу ҳафтада амалиётдан кейин боланинг барвақт туғилиши ва юрак етишмовчилиги кўпроқ кузатилади. Бошқа гуруҳ жарроҳлар [7,10,11] ҳомилани 35 ҳафтагача етказиб, сўнг бир моментли амалиётлар - ЁМК ва ККни қўллайдилар. Ва ниҳоят, 3-гуруҳ юрак жарроҳлари [12] ЁМКни бажариб, ундан сўнг табиий туғруқни тавсия қиладилар. Тажрибамиз етарли бўлмаган даврда биз ҳам 28-32 ҳафта мобайнида ЁМКни амалга оширмас эдик. Ҳатто, 28 ҳафталик ҳомиласи бор аёлда «операцияни кутиш даври» ЎЎШ ривожланиши билан якунланди ва ЁМКни тезкорликда бажаришни тақозо этди. Ҳозирги даврда МС коррекциясига кўрсатма бўлса, бу даврда ҳомиладорлик муддатларидан қатъий назар актив кардиохирургик тактика қўллаймиз. Биз охириги гуруҳ жарроҳлар фикрига қўшиламиз ва ҳомиладорликнинг 3-ярмида ЁМКни бажаришни ва туғруқни «табиий туғруқ йўллари» орқали олиб боришни тавсия қиламиз. КК қатъий акушерлик кўрсатмаси бўлгандагина бажарилиши керак.

ЎЎШ хавфининг йўқолиши, бола тушиш ҳолатларининг нисбатан кам учраши, комиссуротомиянинг патогенетик жиҳатдан асослангани (стенонининг йўқолиши билан ЎГ, юрак ўнг бўлмаларига тушаётган қучланиш ва тахикардия камаюди, юрак янада «иктисодли» иш режимига ўтади, миокард гипоксияси йўқолади, гемодинамик кўрсаткичлар яхшиланади) биз тутган йўлнинг тўғрилигини кўрсатади. Кузатишларимиз, амалиёт адекват бажарилганида ва рационал медикаментоз даво олиб борилганида, аёлларнинг ўзлари бемалол туғишлари мумкинлигини кўрсатади.

ЁМКга клиник кўрсатма ҚАЕ даражасидир. Кўпчилик кардиохирурглар қатори, биз ҳам операцияни ҚАЕнинг А.Н.Бакулев-Е.Н.Дамир таснифи бўйича аниқланган III ёки IV даражасида бажарамиз. II даражали ҚАЕ амалиётга идеал фурсат бўлса ҳам, фақат нисбий кўрсатма бўла олади ҳалос, чунки операциядан кейин учраши мумкин бўлган асоратлар МС асоратларидан хавфлироқ бўлади. Шу сабабли бу боскичда бажарилган комиссуротомиялар сони кам (2-жадвалга қаранг). Маълумки, митрал тешик диаметри қанчалик кичиклашса ҚАЕ ва ЎГ шунчалик кучли намоён бўлади, бинобарин, комиссуротомияга асосий объектив кўрсатма бўлиб митрал тешик диаметри ҳисобланади. Митрал тешик диаметрининг 1,5 см ёки ундан кичик бўлиши ЁМКга тўғридан-тўғри кўрсатма бўлиб хизмат қилади. Ҳомиладорларда кузатиладиган физиологик гиперволемия ва тахикардия ҳисобига ҚАЕ кучайиб кетган ҳолатлар митрал тешик диаметри каттароқ бўлса (1,5-2,0 см) ҳам амалиётга кўрсатма бўлиши мумкин ва бу билан турли асоратларнинг олди олинади.

ЎЎШ ҳомиладорлик муддатларидан қатъий назар ЁМКга абсолют кўрсатмадир. Бундай ҳолат-

ларда кечиктирилмай ўз вақтида (кичик қон айланиш доирасида орқага қайтариб бўлмайдиган ўзгаришлар ривожланиб улгурмаган даврда) бажарилган тезкор ёки шошилишч ЁМК аёл ва ҳомила ҳаётини сақлаб қолиш учун ягона ва охириги имкониятдир. Госпитал ўлим ҳам мана шу амалиётлардан сўнг энг кўп кузатилади. Биз йўқотган 7 аёлдан 4 нафари ҳам ЎЎШ туфайли операция бўлган эди. Амалиётдан сўнг баъзи акушер-гинекологлар миокард дистрофияси, «дам олиб ётган» чап қоринчага комиссуротомиядан сўнг тушадиган кучланишнинг ортиши, уч табақали клапандаги нисбий етишмовчилик, регургитация пайдо бўлиши ёки унинг бир оз кучайиши туфайли юзага келган ҚАЕ ни КК га асосиз кўрсатма қилиб оладилар. Биз КК учун танлаб олинган бундай кўрсатмаларга қаршимиз: биринчидан, митрал тешик торайиши бартараф этилган; иккинчидан, замонавий дори-дармонлар ва ГБО сеанслари ёрдамида ҚАЕ ни муваффақият билан даволаш мумкин; учинчидан, туғруқ даврида акушерлик қискичи, эпизиотомия, перидурал анестезия каби туғруқ жараёнини енгиллаштирувчи усуллари қўллаш мумкин.

ЁМКларнинг яқин (госпитал) даврдаги таҳлили мазкур амалиётларнинг МС ни коррекция қилишда юқори самарадорликка эга эканлигини яққол кўрсатди. Амалиётнинг асосий босқичи (комиссуротомия)дан сўнг ЎГнинг асосий кўрсаткичи бўлган ўпка артериясидаги юқори систолик босимнинг кескин пасайиши, чап қоринчадаги диастолик титраш ва гипоксия белгиси (кўкариш)нинг йўқолиши, митрал клапан сатҳидаги диастолик босим градиентининг меъёрга томон (2-5 мм.с.м.уст.) ўзгариши кузатилди. Охириги 18 ҳомиладорда амалиётдан кейинги 5-10 кунлар мобайнида ўтказилган Эхо-Д-КГ текшириш натижалари (3-жадвалга қаранг) гемодинамик ўзгаришлар амалиётдан кейин ҳам янада яхшиланиб боришини тасдиқлади.

Госпитал даврда асосий касаллик билан боғлиқ асоратлардан асосан ревматизм хуружи (6 беморда), ўтиб кетувчи аритмия (2 аёлда), турли даражадаги ҚАЕ (10 беморда) учради. Операция билан боғлиқ асоратлардан реторакотомияни талаб қилган жароҳат тўқималаридан қонаш (1 ҳолда), эксудатив плеврит (4 беморда), плевра эмпиемаси ва торакотомик жароҳатнинг йиринглаши (12 аёлда), елка артериясининг микротромбоземболияси (1 ҳолатда) кузатилди. Даволаш натижасида бу асоратлар бартараф этилди.

Тирик қолган 150 аёлда госпитал даврда ҳомиладорликнинг кечиши қуйидагича бўлди: 1 аёлда акушерлик кўрсатмаси билан КК бажарилди, 9 аёлда бола тушиши, 8 аёлда барвақт туғиш, 7 аёлда шошилишч туғруқ кузатилди. Барвақт туғиш хавфи билан 5 аёл, ривожланмаётган ҳомила билан 1 аёл, боланинг антенатал нобуд бўлиши ташҳиси билан яна 1 аёл туғруқхоналарга ўтказилди. 2 аёлга тиббий аборт тавсия этилди. Қолган 116 аёлга нормал да-

вом этаётган ҳомиладорлик билан Марказдан жавоб берилди.

Узоқ даврдаги натижалар 150 аёлдан 50 (33,3%) нафарида 6 ойдан то 4 йилгача бўлган вақт оралиғида ўрганилди. Операция натижалари 16 (32%) аёлда аъло, 14 (28%) аёлда яхши, 7 (14%) аёлда қониқарли ва ниҳоят, 13 (26%) беморда ёмон деб топилди. Охириги гуруҳ ичидаги 2 аёл амалиётдан сўнг ҚАЕ туфайли вафот этди. 7(14%) беморда рестеноз аниқланди (шулардан 3 тасида қайта комиссуротомия бажарилди), 2 беморда митрал қопқоқчаларни протезлашни талаб қиладиган митрал клапан етишмовчилиги қайд этилди. 1 аёлнинг ахволи кучли ифодаланмаган рестеноз ҳамда мерцал аритмия пайдо бўлиши ҳисобига (бу ҳолда электроимпульсли даволаш ҳисобига синусли ритм тикланди) ва яна 1 беморда ревматизмнинг қисқа вақт (2 йил) ичида узлуксиз хуруж бериши ва қайталанувчи ревмокардит ҳисобига ёмонлашди.

Узоқ даврда амалиёт натижаларига сурункали тонзиллит хуружлари (11 аёлда), ревматизм профилактикаси деярли (15 ҳолда) ёки умуман (10 ҳолда) ўтказилмаганлиги, ревматик жараён хуружлари (20 беморда), аниқланган регургитация ёки унинг амалиёт вақтида кучайиши (2 аёлда), митрал клапанидаги кўпол морфологик ўзгаришлар (кучли фиброз, кальциноз), миокард дистрофиясининг кучайиши салбий таъсир кўрсатди.

48 аёлдан 46 нафари комиссуротомиядан сўнг фарзанд кўрган, 2 аёлда бола тушиши кузатилган. Фарзанд кўрган 41 аёлда туғруқ табиий туғруқ йўллари орқали амалга оширилган, 4 аёлда акушерлик кўрсатмаси билан ва 1 аёлда митрал комиссуротомиясидан кейин ҚАЕ туфайли КК бажарилган, шу жумладан 2 аёлда бачадон найларини боғлаш (стерилизация) амалга оширилган.

Туғилган 46 бола соғлиғи текширилди. 2 болада юрак соҳасида функционал систолик шовқин, 3 болада сурункали тонзиллит борлиги аниқланди. Яна бир болада тонзиллит билан бирга митрал клапан етишмовчилиги шаклланиши ҳамда диффуз эндемик бўқоқ борлиги аён бўлди. 4 ёшли болада уч бўлмачалик туғма юрак нуқсони борлиги аниқланди. Юракнинг жойлашиш аномалияси - декстрокардия 7 ёшли ўғил болада аниқланди, бу ҳолда қолган ички аъзолар жойлашиши одатдагидай ва ота-она ўртасидаги никоҳ «қариндошлик никоҳи» эди. Ва ниҳоят, жисмоний ривожланишнинг суст бориши чала туғилган 2 ёшли қиз болада қайд қилинди. Қолган 37 боланинг соғлом эканлиги маълум бўлди.

Комиссуротомиялардан кейин 48 аёлда репродуктив фаолият ўрганилди. Турли муддатларда 12 аёл жаъми 25 маротаба ҳомиладор бўлган. Бир аёлда ҳомиладорлик бачадон найларини стерилизация қилинишига қарамай ривожланган. Ҳаммаси бўлиб, 13 тиббий аборт, 3 бола тушиши, 1 бачадондан ташқари ҳомиладорлик, 3 КК ва бачадон найларини стерилизация қилиш, 5 туғруқ кузатилган. Биз агар аёл томонидан кучли интилиш бўлса ва албатта ко-

миссуротомия адекват бажарилган тақдирда 1-2 йил ичида ҳомиладорликка йўл қўйиб фарзандли бўлиш мумкин деб ҳисоблаймиз. Репродуктив фаолият таҳлили шуни кўрсатдики, бола кўришни ис- таган 3 аёлда акушерлик тактикаси нотўғри тан- ланган, яъни тиббий абортлар юрак амалиётидан 1- 2 йил ўтгач, гемодинамик кўрсаткичлар турғун бўли- шига қарамай, «туғиш мумкин эмас» деган ибора остида бажарилган. Яна 1 аёлда фақатгина илгари бажарилган комиссуротомия ККга нотўғри кўрсатма бўлиб хизмат қилган. Ва ниҳоят, текшириш нати- жалари экстрагенитал патологияси бор аёлларни контрацепция билан қамраб олиш ниҳоятда паст даражада эканлиги (48 аёлдан 5 нафаригина кон- трацептик воситалар ишлатган)ни кўрсатди.

ХУЛОСАЛАР

1) ЁМК оналик ва болаликни реабилитация қилувчи чора-тадбирлар ичида юқори самара бе- рувчи жаррохлик усулидир. 2) ЁМК нинг яқин дав- рдаги натижалари ҳомиладорларнинг мурожаат қи- лиш муддатларига, мавжуд асоратларга, юракдаги ўзгаришларга тўғридан-тўғри боғлиқ. 3) Таклиф этилган тактикани қўллаш ЁМК натижаларига ижо- бий таъсир кўрсатади. 4) Узоқ даврдаги натижа- ларга асосан ревматизмнинг кейинги кечилиши, ко- миссуротомиянинг қай даражада радикал бажарил- гани, репродуктив фаолият, ўтказилган реабилита- ция чора-тадбирлари, клапандаги патоморфологик ўзгаришлар таъсир қилади. 5) Хирургик босқичда- ги МС бор аёлларда ҳомиладорликни олиб бориш тактикаси индивидуал ва албатта кардиохирург иш- тирокида ҳал қилиниши лозим.

АДАБИЁТЛАР

1. Ванина Л.В. Беременность и сердечно-сосуди- стая патология. -М.: Медицина, 1991. - 224 с.
2. Вахидов В.В., Хан Н.И., Гулямов Д.С., Мака- ренко Ю.С., Чубарова А.А. Митральный стеноз и беременность. Спорные вопросы хирургической тактики // Грудная хирургия. -1988. - № 4. - С. 34-38.
3. Елецкая Н.В. Структура экстрагенитальной па- тологии беременных и родильниц по данным Рес- публиканского патологоанатомического центра // II съезд патологоанатомов Республики Узбекистан. -Тезисы докладов. -Ташкент, 1997. - С. 35-36.
4. Солиев Т.С., Ризамухамедова М.З., Матчанов

С.Х. Ревматические заболевания среди причин ма- теринской смертности по экстрагенитальным за- болеваниям // II съезд патологоанатомов Респу- блики Узбекистан. -Тезисы докладов. -Ташкент, 1997. - С. 81-82.

5. Каримов Ш.И. Охрана репродуктивного здо- ровья женщин в Республике Узбекистан (Методи- ческие указания). - Ташкент, 1996. - С. 1-4.

6. Кореневская И.Л. Состояние гемодинамики у беременных, страдающих митральным стенозом // Кардиология. - 1978. - №2. - С. 122-126.

7. Королев Б.А., Каров В.В., Гомозова И.А. Хи- рургическое лечение беременных с ревматичес- ким митральным стенозом // Ревматология. - 1986. - № 1. - С. 3-5.

8. Маманазарова Д.К., Искандерова С. Дж., То- хирова И.Б. Влияние ревматизма и ревматических пороков сердца на течение и исход беременности и родов // Бюллетень ассоциации врачей Узбекис- тана. - 1998. - № 2. - С. 17-20.

9. Манухин И.Б. Оперированное сердце и бере- менность // Акушерство и гинекология. - 1997. - № 5. - С. 43-50.

10. Ташпулатов А.Т., Туленов М.Т., Измуханов А.К., Рысбеков А.Н., Куатбеков К.Н. Хирургическое лечение ревматических пороков сердца при бере- менности // В кн.: Современные аспекты реконст- руктивно-восстановительных операций в сердечно- сосудистой хирургии. - Материалы Республиканс- кой научно-практической конференции «Вахидов- ские чтения-97», посвященные 80-летию академи- ка АН РУз В.Вахидова. - Ташкент, 17 сентября 1997 - С. 100-101.

11. Усманов Н.У., Расулов Р.Р., Абдувахидов Б.У. Митральная комиссуротомия у беременных // III конгресс ассоциации кардиологов стран Централь- ной Азии. - Ташкент, 25-27 сентября 1997 года. - Тезисы. - С. 108.

12. Vosloo S., Reichart B. The feasibility of closed mitral valvotomy in pregnancy // J. Thorac. cardiovasc.Surg. - 1987. - Vol. 93. -P. 675 - 679.

13. Oakley C.M. Valvular disease in pregnancy // Curr. Opin. Cardiol. - 1996. - 11(2): 155-9.

14. Hurst J. W., Alpert J.S. Diagnostic atlas of the heart. New York: Raven press, 1994: 536-541.

Наджимитдинов Л.Т.,
Усманов А.Н.

Аэрозольное введение ацетилсалициловой кислоты в комплексном лечении больных с диабетической гангреной стопы.

(кафедра хирургических болезней ТашПМИ,
зав.каф. профессор Наджимитдинов Л.Т.)

Наджимитдинов Л.Т., Усманов А.Н.

Тўпикнинг диабетик гангренасини комплекс даволашда ацетилсалицилат кислотасини аэрозол ҳолда ишлатиш.

Мазкур тадқиқотимизнинг асосий мақсади ацетилсалицилат кислотасининг (АСК) 70 нафар диабетик қорасон беморларнинг қонининг реологик хусусиятлари ва ивиш системасига курсатган таъсирини ўрганиб, бу ўзгаришларнинг касалликнинг клиник кечишига боғлашдан иборат бўлди. АСКни танага киритишнинг 2 хил йули қўлланилди: оддий, перорал йул билан ва аэрозоль ҳолда, ингаляция қилиш йули билан. Беморлар 3 гуруҳга бўлинди. 1-гуруҳга қирган 10 нафар беморда АСК қўлланилмади. 2-гуруҳнинг 14 нафар беморларида АСК оддий, перорал усул билан қўлланилди. 3-гуруҳнинг 46 нафар беморларида АСК аэрозоль ҳолда ингаляция усули билан танага киритилди. Олинган натижалар шуни кўрсатдики, АСК қоннинг реологик хусусиятлари ва ивиш системаси курсаткичларига ижобий таъсир этиб, пировард натижада микроциркуляциянинг яхшиланишига олиб келар экан. Бунинг натижасида беморларнинг клиникада даволаниш жараёни ўртача 3,0 кунга қисқарди.

Nadzhimitdinov L. T., Usmanov A. N.

Aerosolic introductions of acetylsalicylic acid in complex therapy in patients with diabetic gangrene of foot.

It was studied effect of acetyl-salicylic acid (ASA) on blood reologic property and coagulation system of 70 patients with «diabetic foot». It was used two ways introduction of ASA : per oral (2 – group) and by inhalation - 3 - group (6-8 mg/kg in 50 ml distilled water). In the control group (1) patients didn't get ASA therapy.

As showed our results ASA causes prolongation of blood coagulative time, plasma recalcification time and reologic index (blood and plasma viscosity) in comparison with the control group.

ASA decreased blood and plasma viscosity, prolonged blood coagulation time and improved microcirculation and may be recommended into complex therapy of diabetic gangrene.

Введение.

В настоящее время по данным ВОЗ в мире насчитывается более 100 млн. лиц страдающих сахарным диабетом, в пределах Республики Узбекистан их около 70000 [4]. Одним из частых и тяжелых осложнений сахарного диабета является «диабетическая стопа», которая развивается в 10-12% случаев и приводит к потере конечности, инвалидизации больных [3]. Ежегодно в Узбекистане производится до 1300-1400 ампутаций нижних конечностей по поводу диабетической гангрены [3].

В патогенезе развития диабетической гангрены стопы ведущую роль играют степень поражения микрососудов (микроангиопатии), нарушения реологических свойств крови, системы гемостаза [1]. В изменении реологических свойств крови наблюдается изменения свойств тромбоцитов и увеличения их способности к агрегации, что приводит к нарушению микроциркуляции. В связи с этим применение антиагрегантов в лечении больных с диабетическими гангренами являются обоснованным и перспективным.

Материалы и методы исследования.

Целью настоящего исследования явилось изучение реологических свойств крови, изменения в системе гемостаза и их связь с клиническим течением болезни после различных способов введения ацетилсалициловой кислоты [АСК] больным. АСК вводили в организм двумя путями: ингаляционно, через верхние дыхательные пути в виде аэрозоли (предварительно растворив ее в дозе 6-8 мкг/кг массы тела в 50,0 мл дистиллированной воды), предложенной Наджимитдиновым С.Т. [1990] и обычным, пероральным путем в аналогичной дозе. Аэрозольное введение АСК проводилось с помощью аппарата ИП-4. Преимуществом данного метода введения препарата является простота, надежность, отсутствия нежелательных, побочных действий от

применения АСК на слизистую оболочку желудка (образования острых язв, кровотечений, перфораций и т.д.) и создание за короткое время высокой концентрации препарата в плазме крови.

Реологические свойства крови, характеризующиеся вязкостью крови и плазмы измеряли с помощью вискозиметра ВК-4. У всех больных исследовали показатели свертывающей системы крови путем определения коагулограммы.

Обследовано 70 больных с диабетическим гангренами, из них 28 (40%) мужчин и 42 (60%) женщин. Диабет легкой формы отмечен у 10 (14%), средней тяжести у 43(62%), тяжелой степени у 17 (24%) больных. У всех больных диагностирован 11 тип диабета. Диабетический анамнез до 5 лет отмечен у 29 (41%), от 5 до 10 лет – у 26 (37%), до 15 лет и более – у 15 (22%) больных. У 3 (4%) больных сахарный диабет выявлен в клинике впервые. Возраст больных в основном колебался от 60 до 70 лет. У всех больных имелись разные сопутствующие заболевания: ИБС, постинфарктный кардиосклероз, гипертоническая болезнь, эмфизема легких и т.д.

Больные были разделены на 3 группы. В 1-ую группу вошли 10 (14%) больных, в комплексное лечение которых АСК не включалась. 2-ую группу составили 14 (20%) больных, которые принимали АСК обычным, пероральным путем в сочетании с комплексной терапией. 3-ую группу составили 46 (66%) больных, которым проводилась комплексная терапия в сочетании аэрозольным введением АСК. Больные были идентичны по возрасту, диабетическому анамнезу, тяжестью течения сахарного диабета и распространенностью гнойно-некротического процесса. Кожную температуру на передней поверхности в нижней трети голени измеряли с помощью электротермометра ТПЭМ-1. Комплексное лечение включало оперативное лечение, направленное на удаление гнойно-некротическо-

го очага (экзартикуляции пальцев стоп с иссечением некротизированных сухожилий, ампутации стоп по Шопару, Лисфранку, на уровне голени, бедра), коррекцию углеводного обмена, антибиотикотерапию с учетом чувствительности микрофлоры, дезинтоксикационно-инфузионную терапию, сердечно-сосудистые препараты, ангиопротекторы, витамины. Антикоагулянты прямого и непрямого действия не назначались.

Вязкость крови, плазмы, коагулограмму, измерение кожной температуры на нижних конечностях исследовали при поступлении больных в клинику, в процессе лечения и перед выпиской из стационара.

Показателями нормы служили данные, полученные в исследовании крови 16 здоровых доноров.

Полученные результаты и их обсуждение.

При поступлении вязкость крови во всех 3-х группах больных было выше нормы в среднем на 1,4 раза, вязкость плазмы в среднем на 1,6 раза [таблица 1].

1-Таблица

Показатели реологических свойств крови у больных с диабетическими гангренами

Показатели	норма	1-группа	2-группа	3-группа
Вязкость крови, мПас	4,6±0,2	6,4±0,3	6,4±0,2	6,4±0,2
		6,0±0,4	5,6±0,4	5,4±0,3
		5,5±0,4	5,0±0,3	4,8±0,2
Вязкость плазмы, мПа с	1,8±0,1	2,9±0,2	2,9±0,2	2,9±0,2
		2,7±0,2	2,4±0,2	2,3±0,2
		2,5±0,2	2,2±0,2	2,0±0,1

Примечание: верхний ряд – показатели при поступлении, средний ряд – в процессе лечения, нижний ряд – перед выпиской. Полученные данные статистически достоверны по отношению к норме (p<0,05).

Показатели коагулограммы у всех больных были перемещены в сторону гемокоагуляции, что выражалось в укорочении времени свертываемости крови в среднем в 1,48 раза, времени рекальцификации плазмы на 2,14 раза, увеличении толерантности плазмы к гепарину в 1,51 раза, содержания фибриногена в 2 раза, снижения фибринолитической активности в 1,37 раза. Количество тромбоцитов в капиллярной крови было выше нормы в среднем в 1,35 раза, скорость агрегации тромбоцитов увеличилась в 1,56 раза (Таблица 2). Кожная температура в нижней трети голени оказалась ниже нормы в среднем на 1,6°С.

В процессе лечения в 1-группе больных отмечалось некоторое снижение вязкости крови в среднем на 7% и плазмы в среднем на 7,5% по сравнению с исходным показателем. В дальнейшем эта

тенденция продолжалась и перед выпиской показатель вязкости крови оказалась выше нормы в среднем на 1,2 раза и плазмы на 1,38 раза. Показатели коагулограммы также менялись в процессе лечения и перед выпиской отмечено удлинение времени свертывания крови в среднем в 1,33 раза, времени рекальцификации плазмы в 1,54 раза, снижения уровня фибриногена в 1,1 раза, повышения фибринолитической активности крови в 1,04 раза. Количество тромбоцитов в капиллярной крови также имело тенденцию к снижению и составило перед выпиской в среднем в 1,1 раза ниже исходного уровня, скорость агрегации тромбоцитов также снизилась в 1,1 раза по сравнению с исходными данными. Кожная температура повысилась в среднем на 0,2°С.

Во 2-группе больных в процессе лечения вязкость крови снизилась в 1,14 раза, а перед выпиской на 1,28 раза по сравнению с исходным показателем. Показатели коагулограммы также подверглись существенным изменениям в процессе лечения и перед выпиской отмечено удлинение времени свертываемости крови в 1,4 раза, времени рекальцификации крови в 1,6 раза, снижения толерантности плазмы к гепарину в 1,44 раза, уровня фибриногена в 1,15 раза, увеличения фибринолитической активности крови в 1,03 раза по сравнению с исходными показателями. Количество тромбоцитов снизилось в 1,2 раза, скорость агрегации тромбоцитов в 1,4 раза по сравнению с исходными данными. Кожная температура повысилась в среднем на 0,5°С.

В 3-группе больных вязкость крови имел тенденцию к более быстрому снижению в процессе лечения и перед выпиской составил в 1,33 раза ниже исходного уровня, вязкость плазмы также снижался составляя перед выпиской в 1,45 раза ниже исходного уровня. Из показателей коагулограммы более выраженно изменилась время свертываемости крови, которая удлинилась в 1,64 раза по сравнению с исходным показателем. Время рекальцификации плазмы увеличилась в среднем в 1,72 раза, содержание фибриногена уменьшилось в 1,17 раза, фибринолитическая активность увеличилась в 1,27 раза. Толерантность плазмы к гепарину снизилась в 1,45 раза по сравнению с исходными данными. Количество тромбоцитов в капиллярной крови снизилось в среднем в 1,24 раза, скорость агрегации тромбоцитов уменьшилась в 1,4 раза. Кожная температура повысилась в среднем на 0,8°С.

Таким образом, включение АСК в комплексное лечение больных с диабетическими гангренами приводила к улучшению реологических свойств крови, выражающихся в уменьшении вязкости крови и плазмы, а также к положительному сдвигу показателей коагулограммы, повышению кожной температуры в нижних конечностей. В большей степени это выражалось, когда АСК вводилась в организм в виде аэрозоли путем ингаляции и в мень-

2-Таблица

Показатели свертывающей системы крови у больных с диабетическими гангренами.

Группы Показатели	норма	1-группа
ВС, мин	5,5±0,4	3,6±0,4 4,8±0,3
ТПГ, мин	4,3±0,3	6,2±1,1* 6,2±0,5
ВРП, сек	92,0±5,0	53,3±6,2* 82,2±12,4
Ф, г/л	3,0±0,5	5,7±1,1* 5,2±0,7*
ПТИ, %	80,0 ±10,0	89,2±9,6* 87,3±7,4*
ПТВ, сек	35,0±5,0	29,1±4,4* 31,2±2,9*
ФА, %	11,0±4,0	7,8±2,8* 8,1±3,8*
Тр, x10	214,0±18,0	286±13 264±10

Примечание: ВСК-время свертываемости крови, ТПГ – толерантность плазмы к гепарину, ВРП- время рекальцификации плазмы, Ф – фибриноген, ПТИ –протромбиновый индекс, ПТВ –протромбиновое время, ФА –фибринолитическая активность, Тр- тромбоциты. В числителе результаты полученные до лечения, в знаменателе – после лечения.

* - полученные результаты статистически недостоверны по отношению к норме ($p>0,05$).

шей степени, когда АСК вводилась пероральным путем. Важно отметить, что исследование проводилось с исключением из комплекса лечения антикоагулянтов прямого и непрямого действия. В этом отношении мы согласны с мнением Ибрагимова Н.К., Авакова В.Е. [1998], о том, что при аэрозольном введении АСК действует, как, антикоагулянт прямого действия.

Улучшение реологических свойств крови, показателей коагулограммы у больных с диабетическими гангренами привели к улучшению микроциркуляции, что в конечном итоге выражалось в ускорении клинических признаков выздоровления, заключающиеся в уменьшении болей и отеков, сокращении сроков очищения ран от гнойно-некротических тканей и эпителизации. Среднее пребывание больных в стационаре 2-3-группы по сравнению с 1-группой больных уменьшилось в среднем на 3,0 койко-дней.

Безопасность неоднократного применения, высокая эффективность, простота, доступность аэрозольного введения АСК позволяет рекомендовать данный путь введения препарата для широкого применения в комплексном лечении диабетических гангренов.

Выводы.

1. При аэрозольном введении АСК, являющие-

ся сильным антиагрегантом, действует и как антикоагулянт прямого действия и у больных с диабетическими гангренами наблюдаются улучшение реологических свойств крови, положительные сдвиги в системе гемостаза, приводящие в конечном итоге к улучшению микроциркуляции.

2. Сочетание аэрозольного введения АСК в комплексном лечении больных с диабетическими гангренами приводит к улучшению клинических показателей и сокращает пребывание больных в стационаре.

Литература

1. Ефимов А.С. Диабетическая ангиопатия. Киев.-1989. 256с.
2. Ибрагимов Н.К., Аваков В.Е. Аэрозольное введение аспирина при длительной искусственной вентилиции легких. // Мед. Журнал Узбекистана.-№ 2.-с.16-18.
3. Каримов Ш.И., Бабаджанов Б.Д. Диабетическая стопа – как хирургическая проблема. // 1 Конгресс ассоциации хирургов им. Н.И.Пирогова. – Ташкент.-1996. С.29-30.
4. Туракулов Я.Х., Мухамедов В.Н. Распространенность сахарного диабета в Узбекистане. // «2-Международный Конгресс диабетологов Центральной Азии. Тез. Докл. – Ташкент, 1996. – С.12.

Ф.Г.Назыров,
Х.А.Акилов,
Б.К.Алтыев,
М.М.Акбаров,
М.Э.Каримов

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ, ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРИКТУР И НАРУЖНЫХ СВИЩЕЙ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Научный центр хирургии им.акад.В.Вахидова
(и.о.дир. - д.м.н.Х.А.Акилов) МЗ РУз.

Назыров Ф. Г., Акилов Х. А., Алтыев Б. К., Акбаров М. М., Каримов М. Э.

ЎТ ЙЎЛЛАРНИНГ ОПЕРАЦИЯ ДАВОМИДА ШИКАСТЛАНИШИ СЎНГГИ СТРИКТУРАЛАРИ ВА ТАШҚИ ЎТ ОҚМАЛАРНИНГ ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ.

Мақолда ўт йўллари операция давомидаги шикастланиши ва чандиқли торайиши бўлган 260 беморнинг таҳлили келтирилган. Ўт йўллари шикастланиши ва чандиқли торайишига холецистэктомия (231), ошқозон резекцияси (18) ва жигардан эхинококкэктомияси даврида (11) ўт йўллари ятроген шикастланиши ва нотўғри найчаланиши сабаб бўлган. Операциядан олдинги даврда ҳамма касалларга суюқли ва электролит мувозанати бузилишининг коррекцияси, жигар-буйрак етишмовчилигини профилактикаси ва доволаш, ҳамда анаэроб инфекция билан кураш тадбирлари олиб борилган ва шу тадбирлар операциядан кейинги даврда ҳам давом этирилган.

260 бемордан 23 тасида (8,8%) қайта тиклаш ва 237 тасида (91,2%) реконструктив операциялар амалга оширилган. Қайта реконструктив операция қилиш лозим бўлган рецидив стриктуралар 29та (11,2%) беморда кузатилган.

Ҳар хил операциядан сўнги асоратлар 103та (40,8%) касалда кузатилган ва 15 бемор (5,8%) ўлган. Ўлимнинг асосий сабаблари анастомоз чокининг етишмовчилиги, йирингли холангит ва холангиолитик абсцеслар ва интоксикация, жигар-буйрак етишмовчилигидир.

Nazirov F.G., Akilov Ch.A., Altiev B.K., Akbarov M.M., Karimov M.E.

TREATMENT AND DIAGNOSTICS OF INTRAOPERATIVE LESIONS, POSTTRAUMATIC STRICTURES AND EXTERNAL FISTULAS OF BILE DUCTS

In the report the analysis of surgical treatment of 260 patients with intraoperative injuries and scarry strictures is presented. The causes of injuries and forming of scarry strictures of bile ducts are: iatrogenic injuries and the wrong choledoch drainage in cholecystectomy (231), the stomach resection (18) and hydatidectomies from the liver (11). In preoperative period in all patients the water - electrolytic balance disturbances correction, the hepatic - renal insufficiency treatment and profilaxis and the struggle with anaerobic infections are conducted, and these measures are continued in postoperative period.

In 260 patients 23 (8,8%) of reparative and 237 (91,1%) of reconstructive operations have been performed. Stricture recurrence which needs in repeated surgical interventions is in 29 (11,2%). The different postoperative complications are observed in 103 (40,8%). 15 patients died (5,8%). The main causes of death were: incompetence of anastomosis suture, intoxication, hepatic - renal insufficiency connected with purulent cholangitis and cholangiolitic hepatic abscesses.

Несмотря на успехи, достигнутые в лечении больных с желчнокаменной болезнью, у 15-20 % больных холецистэктомия не приносит облегчения (1,3,4,10,14). По сообщениям ряда авторов, интраоперационные повреждение внепеченочных желчных протоков встречается в 0,2-2,3% всех операций на желчных путях и при резекциях желудка (6,8,11,16). Посттравматические стриктуры и наружные свищи желчных протоков наблюдаются в 4-18% случаях среди больных с постхолецистэктомическим синдромом и в основном являются результатом интраоперационных повреждений желчных протоков (3,5,8,9,12).

После реконструктивных операций по поводу повреждений, посттравматических стриктур и наружных свищей желчных протоков летальность достигает 8,3-40 %, а частота рецидивов- 10-12% (2,5,10,13,15).

Материал и методы

Мы располагаем опытом хирургического лечения 260 больных в возрасте от 16 до 79 лет с интраоперационными повреждениями и посттравматическими рубцовыми стриктурами желчных протоков, оперированных повторно в нашем отделении с 1976 по 1999 гг /мужчин было 85, женщин - 175/.

Одним из определяющих факторов ведения больных, госпитализированных для повторного хирургического вмешательства, являлось состояние пациентов, которое определялось как тяжелое в 37,8% случаев и средне-тяжелое в 62,2% случаев. Тяжесть состояния была обусловлена нарушением

водно-электролитного баланса, диспротеинемией, снижением иммунологической резистентности и истощением пациентов.

Больные поступали на повторное хирургическое вмешательство в сроки от 6 суток до 3 лет после первичной операции из различных лечебных учреждений Центральной Азии и г. Ташкента с клиникой механической желтухи, холангита и с наружными желчными свищами.

С учетом тяжести состояния больных и срока после первой операции определялась тактика и объем предоперационной подготовки, которая заключалась в коррекции гиповолемии, диспротеинемии. Если состояние пациентов позволяло, проводился более полный объем предоперационной подготовки, направленной на восстановление показателей гомеостаза, метаболизма, подавление роста анаэробной инфекции, которой в последние годы придается важное значение /1,7,11,16/.

В комплексную диагностическую программу включили ультразвуковое исследование (УЗИ) печени и желчных путей, ретроградную холангиопанкреатографию (РПХГ), чрескожную чреспеченочную холангиографию (ЧЧХГ), фистулографию, компьютерную томографию (КТ), биохимические и бактериологические исследования. Во время операции производилась интраоперационная телехолангиоскопия и графия.

Ведущую роль в диагностике интраоперационных повреждений и посттравматических рубцовых стриктур билиарных протоков занимала РПХГ, позволяющая установить локализацию стриктуры, ее протяженность и степень сужения протока, нали-

чие сочетаний стриктуры с резидуальным камнем, а также со стенозирующим папиллитом большого дуоденального сосочка (БДС).

Повреждения желчных протоков и образование рубцовых стриктур возникали при холецистэктомии, а также после неправильного дренирования желчных протоков у 231 (88,8%) больных, при резекции желудка у 18 (7,0%) и при эхинококкэктомии из печени у 11 (4,2%) пациентов.

Характер и объем восстановительного и реконструктивного этапа оперативного вмешательства определялись видом и уровнем повреждения желчных протоков, а также временем, прошедшим с момента первичной операции. Если устранение повреждения дистального отдела общего желчного протока не представляет особых сложностей и обычно завершается наложением холедоходуодено- или холедохоэнтероанастомоза, то ликвидация высоких стриктур и свищей желчных протоков представляет значительно большие технические трудности.

При повторном хирургическом вмешательстве выявлены: пересечение и прошивание гепатико-холедоха и его ветвей (128), пристеночная или полная перевязка холедоха в области впадения пузырного протока (76), рубцовые стриктуры раннее наложенных билиодигестивных анастомозов (38), повреждение и прошивание общего желчного протока при резекции желудка (18).

В 37 (14,7%) наблюдениях повреждение желчных протоков обнаружено во время первой операции, однако не было устранено из-за недостаточной квалификации хирурга или тяжести состояния больного. У 177 (70,2%) наблюдениях симптомы повреждения появились на 2-10-е сутки после операции. У 38 (15%) пациентов признаки рубцовой стриктуры раннее наложенных билиодигестивных анастомозов появились в течение 3-х лет после первичной операции. У 58 (23,0%) больных преобладали симптомы желчного перитонита, в 31(12,3%) случаев выявлены подпеченочные гнойники. 112 (44,4%) больных поступили с картиной быстро нарастающая механической желтухи и холангита, 62 (23,8%) с клиникой стойких наружных желчных свищей.

При наличии показаний к экстренному оперативному вмешательству (желчный перитонит, нарастающая механическая желтуха) выполняли его в первые сутки и в минимальном объеме, ограничиваясь наружным дренированием желчных протоков, санацией и дренирование брюшной полости (за исключением, снятие швов из холедоха, ушивание небольших дефектов). Восстановительные и реконструктивные вмешательства проводили через 6-8 недель после первой операции.

Характер и объем хирургического вмешательства определяли после тщательной ревизии желчных протоков, определения уровня, протяженности стриктуры и состояние соседних органов.

С целью восстановления адекватного желчеоттока применяли операции двух видов: восстановительные и реконструктивные. Восстановительные операции были выполнены у 23 (8,9 %) пациентов.

Из них первичный циркулярный шов на Т-образном дренаже или на дренаже Вишневецкого (8), билиобилиарное анастомозирование по типу «конец в конец»(7), с рассечением протока в продольном направлении и сшивании его в поперечном в сочетании с холецистэктомией (4), пластика обширного дефекта на передней стенке холедоха стенкой тощей кишки (4).

Реконструктивные операции выполнены нами у 237 (91.1 %) больных, заключающиеся в создании различных типов анастомозов.

Наиболее распространенным хирургическим вмешательством было наложение широкого билиодигестивного анастомоза. Оно выполнено у 180 больных (Табл.1). Анастомоз со здоровыми тканями желчных протоков накладываем или выше имеющегося рубца, или после его иссечения. При необходимости производим осторожную препаровку тканей в области ворот печени и продлеваем разрез на долевые печеночные протоки, добиваясь значительного увеличения диаметра анастомоза. Обязательным условием подобных вмешательств является сопоставление слизистых протока и анастомозируемого отдела кишечника. Эти положения подтверждают и данные, полученные другими авторами. При облитерации имеющихся билиодигестивных соустьев вначале производим выделение из сращений передней стенки анастомозированной с желчными протоками кишки максимально близко к области анастомоза. После этого поперечным разрезом вскрываем кишку и находим анастомоз, расширяя его продольным разрезом с последующей реконструкцией. Это позволяет оставить рубцовую ткань только на небольшом участке задней стенки, образованного анастомоза, которое формируется за счет неизменных тканей кишки и желчных протоков.

У больных с распространением стриктуры на долевые желчные протоки и с наружными желчными свищами, когда воспалительные изменения не позволяют наложить широкое соустье, приходится использовать каркасные дренажи, из которых мы отдаем предпочтение управляемым (сменным) транспеченочным дренажам (Табл. 2).

При этом возможно проведение дренажа как через один из долевых протоков, так и через оба (в зависимости от локализации стриктуры). Подобные вмешательства выполнены у 21 больных. При необходимости пожизненного или в течение довольно продолжительного времени нахождения каркасного дренажа в области стриктуры используем сквозное его проведение через еюностому, образованную на участке выключенной для анастомоза тощей кишки.

У 16 больных при формировании анастомоза с двенадцатиперстной кишкой применяли погружные транспеченочные дренажи. В последние годы для замены которых используем эндоскопический контроль с захватом погружного конца дренажа петлей Dormia или полипэктомическим электродом. Данная методика позволяет надежно сменить дренаж даже при извитом ходе образованного им канала, в то же время облегчается уход за дренажом в связи с отсутствием второго конца, около которого нередко поступает кишечное содержимое.

Результаты и обсуждение

Анализ отдаленных результатов у больных с каркасным дренированием и осложнений, возникающих в отдаленном периоде, показал, что оптимальным является срок стояния 1.5–2 года. За это время происходит полное созревание рубца и наступает эпителизация свищевого хода.

Количество предшествующих операций превосходит количество больных с повреждениями, посттравматическими стриктурами и свищами желчных протоков в связи с тем что 24 пациентам корригирующие операции были выполнены дважды, а 5 больным – трижды в результате неудовлетворительных исходов имевших место ранее вмешательств. В послеоперационном периоде всем больным проводили по показаниям коррекцию нарушения водно-электролитного баланса, лечение и профилактику печеночно-почечной недостаточности, борьбу с анаэробной инфекцией. У 26 больных с гнойным холангитом кроме указанной терапии, нами применялась лазеротерапия и экстракорпоральная детоксикация, включая биогемосорбцию. В ближайшем послеоперационном периоде наблюдалось 103 случая различных осложнений, что составило 40.8%. Следует отметить, что чаще наблюдалось развитие 2–3 осложнений у одного больного. В результате возникших осложнений умерли 15(5.9%) больных. В отдаленном периоде от печеночно-почечной недостаточности умерли 17(6.7%) больных. У 29(11.5%) потребовалось выполнение повторных и третичных по счету корригирующих вмешательств вследствие рестеноза, что не может удовлетворить хирургов. Данные обстоятельства послужили основанием для разработки и внедрения более щадящих рентгеноэндоскопических вмешательств при стриктурах и свищах желчных протоков, которые выполнены у 59 больных (Табл. 3). К ним относятся: эндоскопическая папиллосфинктеротомия /ЭПСТ/ при рубцовой стриктуре дистального отдела холедоха, реканализация стриктуры после диатермокоагуляции и бужирование под рентгенотелевизионным контролем; эндоскопическая баллонная дилатация и реканализация области стриктуры на «потерянном» дренаже, который приобретает свойства управляемого дренажа в связи с возможностью эндоскопической его замены.

Подобные вмешательства при стриктурах и свищах желчных протоков весьма перспективны для практической хирургии. Однако надо учесть, что для их выполнения необходимы определенные условия: небольшая протяженность стриктуры, наличие частичной ее проходимости, совершенное владение техникой рентгенологических и эндоскопических эндобилиарных манипуляций.

Анализ отдаленных результатов оперативной коррекции стриктур желчных протоков показал, что хорошие результаты получены при реканализации стриктур на каркасных дренажах, а наиболее благоприятные – при наложении широкого, диаметром более 20 мм, анастомоза без использования каркасного дренирования.

Рентгеноэндоскопические вмешательства чаще применяются как предварительные, позволяющие вывести больного из критического состояния и подготовить его к плановой полостной операции. Более самостоятельное значение они имеют при наружных желчных свищах, обусловленных патологическими изменениями дистального отдела холедоха, и при стенозах холедоходуodenальных соустьев, когда с помощью папиллотомической петли удается выполнить реконструкцию анастомоза с санацией желчных протоков. Такое вмешательство было успешным у 21 наших больных.

В результате проведенного комплексного лечения и повторных корригирующих вмешательств хороших и удовлетворительных результатов удалось достичь у 78,6% больных. Более детальный анализ отдаленных результатов показал, что они зависят от уровня поражения желчных протоков, количества предшествующих оперативных вмешательств и сроков коррекции.

Таким образом, причиной интраоперационных повреждений, образования рубцовых стриктур и наружных свищей желчных протоков являются тактические и грубые технические ошибки при первичных операциях, чаще при холецистэктомии.

При наличии выраженной желтухи, холангита, диспротеинемии, анемии и нарушении электролитного баланса, лечение больных с интраоперационными повреждениями и рубцовыми стриктурами желчных протоков требует полноценной, интенсивной предоперационной подготовки, направленной на устранение выявленных нарушений.

Для восстановления нормального оттока желчи следует выполнять восстановительные и реконструктивные операции, основными из которых являются билиобилиарные и билиодигестивные анастомозы, а при высоких повреждениях для профилактики стенозирования анастомозов необходимо применение каркасного дренирования.

Реконструктивные операции у данной категории больных должны выполняться в специализированных отделениях высококвалифицированными специалистами еще до развития тяжелых осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиев М.А., Сейсембаев М.А., Алиев Р.М., Наржанов Б.А. Хирургия постхолецистэктомических заболеваний. Алматы., Медицина, 1996. С.39-46.
2. Арипов У.А., Прохорова И.П., Алиджанов Ф.Б., Тангриев Ж.Х. Результаты восстановительных и реконструктивных операций на билиарной системе. Матер.Респ.конф.» Вопросы реконструктивной и восстановительной хирургии» Ташкент. 1994. С.48-49.
3. Вечерко В.Н., Минин В.В., Хацко В.В., Шаталов В.Ф. // Хирургия.-1995.-№ 5.-С.67-69.
4. Гальперин Э.И., Кузовлев Н.Ф., Карагулян С.Р. Рубцовые стриктуры желчных протоков. -М. 1982. 240 с.
5. Гальперин Э.И., Кузовлев Н.Ф. Рубцовые стриктуры печеночных протоков и области их слияния (стриктура О) //Хирургия. 1995. N 1. С.26-31.
6. Кузовлев Н.Ф. Рубцовая стриктура печеночных протоков (стриктура О). Прецизионный желчнокишечный анастомоз без дренажа каркаса // Анналы хирургической гепатологии. 1996. №1. С.108-114./
7. Милонов О.Б., Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии. - М.,1990. С.208-277.
8. Ничитайло М.Е., Скумс А.В. Лечение больных с повреждениями желчных протоков при традиционной и лапароскопической холецистэктомии //Анналы хирургической гепатологии. 1999. № 1. С.49-55.
9. Тоскин К.Д., Старосек В.Н., Тринческу А.Е. Варианты дренирования при реконструктивных и восстановительных операциях по поводу высоких стриктур и травм желчных путей //Хирургия.-1990. №10. -С.75-78.
10. Федоров И.В., Сигал Е.И., Одинцов В.В. Эндоскопическая хирургия / Под.ред. Савельева В.С. ГЭОТАР.М.: Медицина,1998. 351 с.
11. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Ничитайло М.Е., Доманский Б.В. Хирургия печени и желчевыводящих путей. - Киев., 1993. -С.320-490.
12. Mc.Donald M.L.,Farnell M.B., Nagorney D.M. et al. Benign biliary strictures: repair find outcome with a cantemporary approach //Surgery.1995.V.118. № 4. P.582-590.
13. McMahon A.J.,Fullarton Q., Baxter J.N., O'Dwyer P.J. Bileduct injury and bile leakage in laparoscopic cholecystectomy //Br.J.Surg. 1995.V.82.P.307-313.
14. Rossi R.L., Tsao Y.I. Biliary reconstruction // Surgical Clinics of North America.1994. V.74. N4. P.825-841.
15. Terblanche J.,Worthley C.S.,Spence R.A.I.,Krige J.E.I. High or low hepaticojejunostomy for bile duct strictures? //Surgeri.1990.V.108. № 5. P.828-834.
16. Tocchi A.,Costa Q.,Lepre Z. et al. The long-term outcome of hepaticojejunostomy in the treatment of benigne bile duct strictures //Ann.Surg.1996.V.224. № 2. P.162-167.

ОБЪЯВЛЕНИЕ

Согласно приказа МЗ РУз №225 от 12.04.99, в целях развития служб анестезиологии и экстренной медицинской помощи в республике, 5-6 октября 1999 г. в г. Ташкенте будет проведен 1 съезд анестезиологов-реаниматологов Узбекистана с международным участием.

Программа съезда:

1. Проблемы медицинских катастроф и экстренной медицинской помощи.
2. Анестезиология и интенсивная терапия в акушерстве и педиатрии.
3. Актуальные проблемы интенсивной терапии.
4. Новое в анестезиологии и реаниматологии.

Оргкомитет расположен по адресу:

700007, Ташкент, ул. Паркентская, 51, Ташкентский институт усовершенствования врачей.

Тел.: (371-2) 68-17-44, 68-23-07, 68-25-49.

Факс: 68-26-55.

E-mail* mirodil@hotmail.com.

Приглашаем к участию спонсоров.

Ф.Г. Назиров,
Х.А. Акилов,
А.И. Икромов

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАДИОЛОГИЧЕСКИ
КОНТРОЛИРУЕМЫХ ЛЕЧЕБНЫХ И ДИАГНОСТИЧЕСКИХ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ОБЪЕМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ
ПЕЧЕНИ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.**

*Научный Центр хирургии им.акад. В.Вахидова
(и.о.дир. - д.м.н. Акилов Х.А.) МЗ РУз.*

Ф.Г. Назиров, Х.А. Акилов, А.И. Икромов

ЖИГАР ВА ОШКОЗОН ОСТИ БЕЗИНИНГ ХАЖМЛИ КАСАЛЛИКЛАРИДА КОМПЬЮТЕР ТОМОГРАФИЯ ВА УЛЬТРАСОНОГРАФИЯ НАЗОРАТИ ОСТИДА ДИАГНОСТИК ВА КАМ ИНВАЗИВ БУЛГАН ДАВОЛАШ МУОЛАЖАЛЛАРИНИ КИЕСИЙ БАХОЛАНГАН

Мазкур ишда жигар ва ошкозон ости безининг хажмли касалликлариди компьютер томография ва ультрасонография назорати остида диагностик ва кам инвазив булган даволаш муолад\жалари киесий бахоланган. Хаммаси булиб 128 та интервенцион радиологик назоратланувчи корин бушлигидати муолажа тахлил килинган. Компьютер томография (КТ) ва ултратовуш сканер (УТС) назорати остида ингичка игна ердамида аспирацион биопсия бажаришнинг спецификлиги юкори эканлиги аникланган. КТ ва УТС нинг патологик учокнинг структурасига, жойлашишига ва улчамига караб, икала текширув услубида, хам афзаллик ва етишмовчилик томонлари аникланган.

F. G. Nazirov, H. A. Akilov, A.I. Ikramov

COMPARATIVELY EVALUATION FROM RADIOLOGICAL CONTROLLED DIAGNOSTIC AND TREATMENT INTERVENTIONS OF LIVER AND PANCREATIC TUMORS

It had been done comparatively evaluation diagnostic and invasion treating manipulation above a CT and Ultrasonic control when a tumor of liver and pancreas have a place. Total as a result it had been analyzed 128 intervention manipulations above control of radiology in abdomen. It found increasing of meaning specificity when it had been done aspiration thin needle biopsy aspiration above CT and Ultrasonic control. It defined able of CT and Ultrasonic in dependence with localization, size and structure of pathologic hearth, advantages and defects of this research methods.

Внедрение в клиническую практику таких современных методов обследования, как ультразвуковое сканирование (УЗС) и компьютерная томография (КТ), значительно расширило возможности более точной диагностики ряда заболеваний и разработки новых, менее травматичных способов лечения (1, 3).

Несмотря на постоянное совершенствование уже существующих, и поиск новых методов визуализации, вопросы дифференциальной диагностики злокачественных и доброкачественных процессов, морфологической верификации патологических очагов остаются нерешенными (3, 4, 8). Это связано с тем, что современные радиологические методы исследований, обладая высокой чувствительностью не имеют адекватной специфичности к тем или иным нозологическим формам заболеваний (5, 6). Развитие интервенционных методов под радиологическим контролем, с последующим гистологическим изучением материала позволяет увеличить специфичность методики и определить дальнейшую тактику лечения (1, 2, 7).

В настоящее время примерно одинаковое развитие получили интервенционные вмешательства как под контролем УЗС так и КТ. Однако, недостатки и преимущества этих методов при различных заболеваниях, особенности выполнения манипуляций остаются недостаточно изученными и дискуссионными. Это определило актуальность выбранной темы исследования.

В Научном Центре Хирургии им. акад. В.Вахидова с начала 90-х годов достаточно широко используются в практике методы прицельной пункционной биопсии и дренирования патологических очагов под ультразвуковым контролем. С внедрением в последнее время методов КТ визуализации появилась возможность для сравнительного анализа этих вмешательств

в хирургической клинике.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Всего нами анализировано 68 диагностических и 60 лечебных вмешательств. Объектами исследования были печень, поджелудочная железа, поддиафрагмальное и подпеченочное пространства. Характер и результаты исследований пункционного материала и лечебных манипуляций представлены в таблицах 1 и 2 соответственно.

Инвазивные вмешательства под УЗС контролем проводились на аппаратах фирмы Aloka 630 SSD и Aloka 500 SSD на серо-шкальной шкале в режиме реального времени.

Вмешательства под КТ контролем выполнялись на томографе 3 поколения фирмы Siemens Somatom ARTX.

Тонкоигольные биопсии осуществлялись набором пункционных игл Chiba диаметром 8-22 G, а для дренирования использовались специальные стилет-катетеры фирмы Cordis.

Мазки для цитологического исследования готовили из биопсийного материала путем выполнения отпечатков на стеклах с последующим окрашиванием их по Романовскому. При достаточном количестве материала выполняли гистологические исследования.

Методика выполнения вмешательств под КТ контролем была следующей. Для выполнения прицельной биопсии выбирали одну из томограмм, где очаговое образование наиболее близко располагалось к поверхности тела. С помощью светового луча, встроенного в Гентри и рентгенконтрастных маркеров на поверхности тела больного отмечалась локализация томографируемого слоя. После этого на экране монитора рассчитывались угол и глубина введения иглы от изображения одного из маркеров к центру пункции.

тируемого либо дренируемого очага. Глубину введения иглы отмечали с помощью расположенного на ней ограничителя. При соблюдении правил асептики после местной анестезии производили прицельную пункцию образования. Контрольную томограмму получали на уровне кончика иглы, что позволяло точнее определить зону, из которой аспирируется материал.

Для чрескожного дренирования использовались специальные самофиксирующиеся катетеры типа malescot и pig-tail. Под местной анестезией в месте, выбранном на КТ, производили разрез кожи 0,5-1 см и через него в очаг на заданную глубину вводили стилет-катетер. Стиллет удаляли, а катетер фиксировали к коже.

Для выполнения интервенционных вмешательств под контролем УЗС применялось полипозиционное и полипроекционное исследование органа, с последующей разметкой очага на кожу и определением наиболее оптимальной точки для пункции по самой короткой дистанции.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При сравнительном анализе результатов выявлено достаточно высокая информативность чрескожной аспирационной биопсии при обоих видах радиологического контроля. При этом удалось не только дифференцировать характер новообразований, но и определить морфологическую структуру опухоли (первичный гепатоцеллюлярный рак, метастатический очаг, цистаденома и т.д.). (таблица № 1).

Таблица №1

РЕЗУЛЬТАТЫ ТОНКОИГОЛЬНЫХ АСПИРАЦИОННЫХ БИОПСИЙ ПОД КОНТРОЛЕМ КТ И УЗС

ДИАГНОЗ	количество исследований	КТ	УЗС
Абсцесс печени	11	5	6
Метастаз	9	5	4
Гепатоцеллюлярный рак	15	8	7
Рак головки поджелудочной железы	12	10	2
Киста поджелудочной железы	6	3	3
Подпеченочный абсцесс	9	3	6
Поддиафрагмальный абсцесс	6	2	4
ВСЕГО	68	36	32

Нами выявлено, что при образованиях печени размерами свыше 30 мм оба используемых метода примерно равноценны и информативность составила для КТ - 87 % и для УЗС - 85 %. В этих случаях применение ультразвука (который имеет преимущества доступности, скорости принятия решений в реальном масштабе времени, относительной простоты исполнения по сравнению с КТ) считаем более оправданным и целесообразным.

При образованиях печени диаметром менее 30 мм компьютерная томография (обладающая возможностью послойной аксиальной визуализацией тканей, математического измерения угла и глубины пункции, более точного изображения структур на пути введения иглы) имеет значительные преимущества перед ультразвуком (рис.1).



Рис.1. Тонкоигольная биопсия очагового образования области ворот печени под контролем компьютерной томографии. Контрольная томограмма на уровне кончика биопсийной иглы (1), введенной в очаг (абсцесс) (2).

В среднем для получения достаточного для установки диагноза материала требовалось 1-2 пункции. Однако в случаях, когда изображение образования не вызывало особых сомнений в диагнозе, а данные тонкоигольной биопсии не соответствовали этому, осуществлялся забор материала иглой более толстого диаметра для гистологического анализа. При этом у 3 пациентов диагностирована гепатоцеллюлярная карцинома, а в 1 случае метастаз лимфосаркомы средостения.

Следует отметить, что данные компьютерной томографии, на аксиальных сканограммах которой более точно дифференцируется сегментарное строение печени, позволили обосновать и определить возможность выполнения обширных и предельно допустимых резекций печени у 5 больных с первичным гепатоцеллюлярным раком, входивших ранее в группу "неоперабельных". В 2 случаях при больших опухолях, томография, при которой выявлена интактность левой доли печени, стала опорным методом в определении объема предполагаемой резекции (гемигепатэктомии)(рис.2).



Рис. 2. Компьютерная томограмма больного А., 54лет. Больших размеров опухоль правой доли печени (1). Определяется свободная междолевая щель (2) , интактная левая доля печени (3).

При выполнении биопсий поджелудочной железы под УЗС контролем нередко отмечались ошибки в диагностике и осложнения, что связано с трудностями визуализации контуров железы вследствие наложения желудка и кишечника. Поэтому с внедрением методов КТ исследования и отработки техники пункции, вмешательства на поджелудочной железе проводили только под КТ контролем. При этом выполнялись пункции как через переднюю брюшную стенку, так и транслумбальные пункции. Всего выполнены исследования у 12 пациентов и

информативность метода составила 84,4%. В 2 случаях при опухолях головки поджелудочной железы диагноз дооперационно не был верифицирован цитологически.

Лечебные вмешательства выполнены у 60 больных (таблица № 2)

Объект исследования	ДИАГНОЗ	Количество манипуляций	КТ	УЗС
печень	АБСЦЕСС	9	3	6
	ГЕМАТОМА	7	3	4
	ОСТАТОЧНАЯ ПОЛОСТЬ:			
	ОСЛОЖНЕННАЯ	18	7	11
	НЕОСЛОЖНЕННАЯ	14	6	8
	КИСТЫ	7	3	4
ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА	КИСТЫ ХВОСТА И ТЕЛА	5	3	2
ВСЕГО:		60	29	31

При этом особый интерес представляют случаи пункционно-аспирационных тонкоигольных манипуляций. Эта методика отработана нами в основном для послеоперационного ведения больных эхинококкозом печени при неадекватном дренировании остаточной полости. Лечебный эффект достигался путем аспирации жидкостного компонента и отмывания остаточной полости растворами антибиотиков с целью предотвращения инфицирования остаточной полости. Эта методика использована у 14 пациентов, во всех случаях с хорошими результатами. При этом манипуляции проводились после уточнения локализации очага на УЗИ и далее в 8 случаях под контролем УЗС и в 6 случаях - КТ. Всего для ликвидации полости выполнялось от 3 до 5 пункций. У 4 пациентов наряду с антибиотиками в полость вводилась склерозирующая смесь (96% этиловый спирт и 5% раствор йода). Особых различий в выполнении манипуляций под контролем КТ или УЗС не выявлено в связи с чем считаем УЗС контроль более предпочтительным из-за преимуществ, указанных ранее. Только при расположении очагов в непосредственной близости от сосудистых структур печени (портальная и нижняя полая вены, печеночные артерии и вены), считаем целесообразным методику КТ контроля.

При очагах (кисты, абсцессы, гематомы) размерами более 5 см использовался метод чрескожного

дренирования под радиологическим контролем, а при больших (более 10 см) очагах выполнялось двухкатетерное дренирование. Диаметр и вид катетеров для дренирования определялся при предварительной пункции очага. Наличие жидкостного компонента позволяло ограничиться катетерами тонкого диаметра (1,95 G), а получение густого содержимого (гноя или сгустки крови) требовало использования катетеров диаметром 12 F и более. Такой способ дренирования обусловлен необходимостью удаления сгустков из полости различными способами, включающими в себя струйное размывание, вакуумную аспирацию, орошение растворами антипротеолитических ферментов. Несмотря на довольно большие сроки лечения (от 2 до 6 недель), такая тактика чрескожных вмешательств увенчалась успехом у всех больных.

Таким образом, проведенный анализ преимуществ и недостатков современных радиологических методов интервенционной диагностики и лечения в хирургической клинике показывает, что и КТ и УЗИ имеют свою нишу в этой области.

Использование того или иного метода радиологического контроля как при выполнении диагностических биопсий, так и лечебных малоинвазивных вмешательств должно определяться с учетом локализации, размеров патологического очага, а также преимуществ и недостатков, присущих компьютерной томографии и ультрасонографии.

Доступность и широкое распространение ультразвуковой аппаратуры, относительная техническая простота интервенционных вмешательств, возможность выполнения процедур в специально подготовленных помещениях (перевязочные, операционные), отсутствие радиационной опасности позволяют рекомендовать ультразвуковой радиологический контроль для широкого использования в клинической практике.

В этих условиях методы инвазивных вмешательств под контролем КТ могут рассматриваться как альтернативный вариант. В случаях труднодоступной локализации патологического очага, близком расположении сосудов, особенно для диагностических и лечебных пункций поджелудочной железы и некоторых отделов печени и подпеченочного пространства, компьютерная томография, имеющая ряд преимуществ перед УЗИ, должна быть методом выбора предстоящего интервенционного вмешательства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамов Н.Т., Андрианов С.Г., Леднев А.Г., Каверина Е.И. Комплексная ультразвуковая и компьютерно-томографическая диагностика заболеваний гепатопанкреатобилиарной области. // Вестник рентгенологии и радиологии. - 1990 - № 5-6 - С. 118-119. 2. Брискин Б.С., Карпов И.Б. Инвазивные вмешательства под контролем ультразвукового сканирования при заболеваниях органов брюшной по-

лости.// Клиническая медицина - 1990 - № 3 - С.25-26.

3. Котляров П.М., Матвеев Г.Н., Науменко А.З. Лучевая диагностика объемных поражений печени. // Вестник рентгенологии и радиологии. - 1990 - №1 - С.27-32.

4. Польшалов В.Н., Олещук Н.В. Пункционное склерозирующее лечение непаразитарных кист печени. // вестник хирургии им. И.И. Грекова. - 1997 - № 5 - С.78-80.

5. Astroem K.G., Ahistroem K.H., Magnusson A.N.

CT-guided transsternal core biopsy of anterior mediastinal masses./80th Scientific Assembly and Annual Meeting-1994-P.181.

6. Dondelinger R. CT guided percutaneous biopsy./ J.Belge Radiol.-1982-Vol.65-P.227-243.

7. Haaga J. R. New Techniques for CT-Guided Biopsies /Amer.J. Roentgenol.-1979-Vol.133-P.633-641.

8. Husband J.E., Golding S.Y. The role of computed tomography-guided needle biopsy in oncology service./ Clin.Radiology 1983-Vol.34-P.255-260.

Назырова Л.А.,
Иванчина Э.А.

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДИПРИВАНА КАК КОМПОНЕНТА ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ.

*НЦХ им. акад. Вахидова В.В.
(и.о.дир.-д.м.н.Акилов Х.А.)МЗ РУз*

Назырова Л.А., Иванчина Э.А.

АБДОМИНАЛ ЖАРРОХЛИГИДА ДИПРИВАННИНГ УМУМИЙ АНЕСТЕЗИЯ ТАРКИБИЙ КИСМИ СИФАТИДА ИШЛАТИЛИШ-НИНГ КЛИНИК ТАЖРИБАСИ.

Абдоминал амалиётларида "Зенека" фирмаси (Англия) томонидан ишлаб чиқарилган "ДИПРИВАН" препарати билан олиб борилган анестезиялар урганилди. Препаратнинг асосий хусусиятлари бу тез ва киска вақт ичида гипнотик эффектни ҳосил қилиш, ҳуши ва мушакларининг кучи тикланишига олиб келиш.

Текширувга ҳар-хил қорин бўшлиғи аъзолари ҳасталиклари билан 90 беморлар киритилди. Наркозга индукция қисми рогипнол, диприван (Д) ва мускурон препаратлари билан ўтказилди, трахея интубациясидан сунг, наркоз Д томчи ўсулида юбориб туриш билан таъминланди. Д препарати кулланилгандан сунг қон босимининг киска муддатга пасайиши, ва бу ҳолатнинг ўз-ўзидан йўқолиши кузатилди. Юрак ўриши мароми ўзгармади. Асосий огриксизлантириш давомиди гемодинамик ҳолат ўзгармади. Д препаратининг кулланилиши тугагандан сунг, 8 дақиқадан кейин беморлар шифокор бўйруғи билан кузларини очдилар. 10 дақиқадан сунг (амалиётдан кейин) беморларнинг ҳуши ва мушакларнинг кучи тикланди ва интубацион трубка олинди.

Ҳулоса қилиб, шуни айтиш керакки Д препарати умумий наркозга гипнотик эффектни ҳосил қилувчи аъло даражадаги препаратдир.

Nasirova L. A., Ivanchina E. A.

THE CLINICAL EXPERIENCE OF USE OF DIPRIVAN FOR TOTAL ANAESTHESIA IN ABDOMINAL SURGERY.

In recent years the intravenous hypnotic with ultra-short efficacy - diprivan is widely distributed and used.

Diprivan is characterized by quick induction and accelerated elimination. Its using is more advantageous in outpatient practice and for short time surgical operations.

Diprivan was used by authors as component of anaesthesia in 90 patients underwent abdominal surgery. Induction into narcosis and supporting anaesthesia were carried out by diprivan combined with narcotic analgetics and myorelaxants. The adequate anaesthesia and quick and easy awakening have been observed.

Thus, diprivan may be recommended as component of anaesthesia for abdominal surgery.

Ключевые слова: абдоминальная хирургия, гипнотик ультракороткого действия диприван.

В последние годы, особенно за рубежом, широкое распространение в анестезиологической практике получил препарат диприван (пропофол), синтезированный в 1976г. английским концерном ICI. Диприван (Д)- внутривенный анестетик быстрого и кратковременного действия, что допускает легкий контроль за анестезией и выход из нее(4). Основные характеристики - это быстрая индукция, хороший гипнотический эффект, возможность сочетания с анальгетиками и мышечными релаксантами, а также почти полное отсутствие кумуляции. Метаболизируется в печени, причем ведущая роль в метаболизме принадлежит не функциональному состоянию этого органа, а скорости печеночного кровотока. В виде неактивных метаболитов экскретируется через мочевыводящие пути (2).

Механизм действия препарата, как и большинства средств для внутривенной анестезии, не известен. Однако доказано, что имеет место ингибирование ГАМК-медиаторной трансмиссии (3).

По времени наступления гипнотического эффекта Д мало отличается от альтизена или сомбревина. Однако, из-за высокой гистаминогенности сомбревин не рекомендован к применению в большинстве развитых стран.

Клиническая эффективность Д во времени меньше, чем у этомидата и тиопентона и возрастает пропорционально увеличению скорости его введения и, стало быть, его дозы. Д не обладает выраженной анальгетической способностью, а лишь снижает порог болевой чувствительности, как, например, большинство атарактиков и транквилизаторов

(2). Весьма ценным качеством Д является его способность вызывать мягкую центральную миорелаксацию. У Д отсутствует раздражающее действие на ткани, случайная экстравазация препарата приводит лишь к незначительным реакциям (5). Гиповентиляционный эффект Д не столь значителен и может волновать анестезиолога лишь при необходимости сохранения спонтанного дыхания. Точное дозирование препарата, как правило, позволяет избежать связанных с этим проблем, даже при сочетании Д с анальгетиками (2). Влияние Д на сердечно-сосудистую систему обусловлено снижением общего периферического сопротивления сосудов, как и большинства средств для внутривенной анестезии. При использовании Д в дозах 1,5-2 мг/кг отмечается незначительное снижение систолического и более значительное - диастолического давления, причем имеется четкая прямо пропорциональная зависимость между степенью его снижения и возрастом пациента, а также темпом введения препарата (2,3). Пробуждение характеризуется быстрой активизацией психомоторных функций и восстановлением ясного сознания больного, что доказывает уникальность Д по сравнению со всеми известными анестетиками и гипнотиками. Его применение выигрышно особенно в амбулаторной практике и при кратковременных операциях, где большое значение имеет быстрое восстановление адекватного дыхания и сознания пациентов. А это означает, что практически вся "малая" хирургия и диагностические манипуляции, требующие анестезии - сфера применения Д.

Клиническое использование этого препарата постоянно расширяется, растет его популярность в педиатрии и в других областях хирургии, так как он обеспечивает такие задачи анестезиологического пособия, как адекватная анестезия, комфортные условия пробуждения, предупреждение тошноты, рвоты, мышечной дрожи и т.д., а также возможно более быстрая активизация пациентов (3). В связи с этим, нами представлен опыт применения Д как компонента общей анестезии в абдоминальной хирургии.

Материалы и методы.

Обследовано 90 больных (41 мужчина, 49 женщин) в возрасте от 21 до 65 лет, весом от 50 до 90 кг с хирургической патологией органов брюшной полости (язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, вентральные грыжи, хронический калькулезный холецистит), которым выполнялись различные по объему операции - резекции желудка, грыжесечения, лапароскопические и лапаротомные холецистэктомии. По классификации ASA лишь 7 больных соответствовало III уровню, остальные - I и II. У 15 пациентов отмечена артериальная гипертензия (систолическое артериальное давление до 180 мм рт.ст.), у 6 - хронический бронхит в стадии ремиссии, остальные пациенты были без существенной сопутствующей патологии.

Через 30-40 минут после использования стан-

дартной премедикации антигистаминными и седативными препаратами проводилась индукция в наркоз реланиумом 5-10 мг, тест-дозой ардуана, диприваном $2,3 \pm 0,3$ мг и дитилином 100-200 мг, интубировалась трахея и больные переводились на искусственную вентиляцию легких по полуоткрытому контуру респиратором РО-6Н воздушно-кислородной смесью. Поддержание анестезии осуществлялось непрерывной инфузией Д аппаратом "Lineomat" (Германия) в дозе 5-6 мг/кг/час с фракционным введением фентанила 0,003-0,004 мг/кг/час, ардуана 0,05 мг/кг/час. Раствор Д готовился непосредственно перед употреблением разведением Д в 200 мл 5% раствора глюкозы. Контроль за адекватностью анестезии, помимо оценки общепринятых клинических признаков и гемодинамики (определение артериального давления - систолического АДс, диастолического АДд и частоты сердечных сокращений ЧСС), включал электрокардиомониторинг, исследование кислотно-щелочного состояния, парциальное давление кислорода PO_2 , углекислого газа PCO_2 , капиллярной крови, пульсоксиметрию. Восстановление сознания, дыхания, нейромышечной проводимости оценивалось по четырехбалльной шкале Дама (1).

Исходные параметры гемодинамики составляли: АДс - $150 \pm 3,9$ мм рт.ст., АДд - $90,0 \pm 3,0$ мм рт.ст., ЧСС - $85,3 \pm 2,9$ уд/мин. Сразу после индукции Д отмечено ожидаемое (согласно инструкции к применению препарата) снижение АДс на $23,1 \pm 1,8\%$, АДд на $18,9 \pm 2,9\%$ по сравнению с исходными цифрами, ЧСС практически не изменялась. Однако в течение 1-3 минут гемодинамика стабилизировалась спонтанно до АДс - $140,4 \pm 2,6$ мм рт.ст., АДд - $85,5 \pm 3,2$ мм рт.ст. Интубация трахеи и перевод больных на ИВЛ осуществлялись без особых гемодинамических сдвигов, АД вернулось на исходные цифры, ЧСС не изменялась, PO_2 составило $125 \pm 5,3$ мм рт., насыщение гемоглобина кислородом HbO_2 - $99,9\%$ ст., PCO_2 - $30 \pm 2,7$ мм рт.ст.

Результаты. На фоне непрерывной инфузии Д отмечалось стабильное течение анестезии по всем исследуемым параметрам, однако у 60% пациентов потребовалось введение атропина (0,3-0,5 мг), так как через 15-20 минут от начала анестезии ЧСС у них снижалась на $27,5 \pm 1,9\%$. В отдельных случаях (у 5 больных) приходилось дополнительно вводить нейролептические препараты (дроперидол в средней дозе $5,1 \pm 0,2$ мг) в связи с наличием у них исходной артериальной гипертензии и тенденцией к повышению АД во время операции.

Оперативные вмешательства в среднем продолжались $90,5 \pm 8,9$ минут, средняя скорость инфузии Д составила $5,9 \pm 0,9$ мг/кг/час. Во всех случаях (при оценке анестезии по трехбалльной системе) была выставлена "хорошая" оценка, осложнений не наблюдалось. Инфузию Д прекращали за 5 минут до окончания операции, и уже через $8,5 \pm 0,3$ мин. пациенты открывали глаза по команде врача и выполняли простые команды (пожатие руки,

поднятие головы и др.), т.е. были полностью ориентированы во времени и месте нахождения. Все пациенты экстубированы через $9,5 \pm 2,4$ минуты после наложения швов на кожу и восстановления мышечного тонуса и сознания до 4-х баллов по шкале Дама. Показатели гемодинамики и газообмена соответствовали исходным величинам. Ближайший послеоперационный период протекал без психического дискомфорта, тошноты, рвоты, галлюцинаций, возбуждения и дрожи.

Выводы.

1. Многокомпонентная анестезия на основе непрерывной инфузии дипривана обеспечивает адекватную анестезию при операциях на органах брюшной полости.

2. Быстрое и комфортное восстановление сознания и спонтанного дыхания в раннем послеопера-

ционном периоде.

3. Может быть широко рекомендована в абдоминальной хирургии.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Гочашвили Н.Д. Патологические изменения при транспортировке больных из операционной в отделение интенсивной терапии и их профилактика. Афтореф. дисс. канд. мед. наук - М., 1989г.

2. В.В. Лихванцев, В.В. Субботин "Применение дипривана в комплексе анестезиологической защиты при лапароскопических операциях" // Вестник интенсивной терапии, 1995г. - с.6-8

3. В.Н. Мизиков "Диприван (Пропофол): Фармакокинетика, фармакодинамика, применение" // Вестник интенсивной терапии, 1995г. - с.1-8

4. Reftery S.: Total intravenous anaesthesia. Current Opinion in Anaesthesiology 1991, 4:522-529.

*Паршин В.Д.,
Гудовский Л.М.*

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С РУБЦОВЫМИ СТЕНОЗАМИ ТРАХЕИ

*(Российский научный центр хирургии РАМН.
Директор – акад. РАМН Б.А. Константинов)*

К настоящему времени накоплен довольно большой опыт лечения хирургических заболеваний трахеи. Достигнутые успехи стали возможными благодаря достижениям хирургии, анестезиологии, реаниматологии и внедрению в широкую клиническую практику оптиковолокночной эндоскопической техники. Основными показаниями к операциям на трахеи являются опухоли и рубцовые стенозы. Статистика свидетельствует об отсутствии тенденции к снижению частоты возникновения рубцовых стенозов трахеи. Если в первой половине нашего века основными причинами их образования были инфекционные заболевания (скарлатина, корь, туберкулез, сифилис, дифтерия, тиф и др.), то в дальнейшем этиология рубцовых поражений трахеи изменилась. В конце 40 годов значительную роль в пато-

генезе играла травма шеи, что было обусловлено боевой травмой в годы Великой Отечественной войны. На современном этапе в подавляющем большинстве случаев рубцовые стенозы имеют ятрогенную причину и связаны с широким внедрением в реаниматологическую практику при лечении острой дыхательной недостаточности длительной искусственной вентиляции легких (ИВЛ) и трахеостомии (Тарасов Д.И. и соавт., 1992; Зенгер В.Г. и соавт., 1991, Юнина А.И., 1972). Ситуация усугубляется еще и тем, что в результате увеличивающихся случаев техногенных аварий, автокатастроф, производственных и военных травм отмечается абсолютный рост числа тяжелых травм, и что особенно важно - черепно-мозговых. Развитие современной сердечно-сосудистой хирургии связано с использова-

нием во время операции на открытом сердце и аорте методов искусственного кровообращения, применения циркуляторного ареста, что при неблагоприятном течении послеоперационного периода может потребовать длительной ИВЛ. Создание и использование современных термопластичных интубационных и трахеостомических трубок полностью не смогли решить данную проблему. Частота возникновения стенозов трахеи при проведении реанимационных мероприятий, сопровождающихся длительной ИВЛ через оротрахеальную или трахеостомическую канюлю, по разным крупным статистикам, варьирует весьма широко - от 0,2 до 25 % (Самохин А.Я., 1992; Фоломеев В.Н., 1986). Основные этиологические причины рубцовых сужений трахеи можно сформулировать следующим образом: 1.чрезмерное давление раздутой манжетки или трубки на стенку трахеи; 2.патологическая подвижность трубки, приводящая к травме трахеи;

3.высокая стома и применение сложных лоскутных способов вскрытия трахеи при трахеостомии; 4.нагноение раны в области трахеостомии; 5.использование устаревших и малопригодных трубок; 6.инфекция; 7.нарушение микроциркуляции при шоке и других патологических состояниях организма; 8.длительность ИВЛ; 9.дефекты ухода; 10.неоправданный отказ от первичного межтрахеального шва и выполнение трахеостомии при травме трахеи. При развитии стеноза всегда имеет место изъязвление трахеи, хондрит и локальная трахеомалияция, степень выраженности которой различна (Перельман М.И., 1972; Pearson F.G., 1995).

Сроки появления клинических проявлений стеноза трахеи варьируют от нескольких дней до многих месяцев (L.Couraud et al., 1987; Перельман М.И. 1972).

Диагностика рубцовых стенозов трахеи в настоящее время хорошо разработана. Могут возникать трудности при установлении диагноза лишь на начальных этапах заболевания. Жалобы пациента на затрудненное дыхание в сочетании с указанием на имевшую место травму шеи или проведение в прошлом ИВЛ, трахеостомии всегда должно настораживать на возможность рубцовой окклюзии дыхательных путей. Выполнение диагностической трахеоскопии позволяет уточнить диагноз. Неоправданное превентивное назначение бронхолитиков в этих случаях может иметь кратковременный эффект и в дальнейшем приводить к ухудшению состояния, декомпенсации дыхания, стридору, угрозе асфиксии. В диагностике патологии трахеи ранее придавали существенное значение контрастной трахеографии. Теперь при наличии качественных обычных и компьютерных томограмм, эти методы в значительной степени потеряли свое диагностическое значение. Перспективным является уточнение диагноза без рентгеновского облучения и в любой плоскости посредством магнитно-резонансной томографии. Основным методом диагностики продолжает оставаться эндоскопически. Он позволяет

не только уточнить степень, локализацию, характер стеноза, выраженность воспалительного процесса со стороны слизистой, но и предпринять экстренное расширение просвета трахеи при угрозе асфиксии. Достигнутые успехи в этой области стали возможными благодаря совершенствованию аппаратуры и инструментария, применения новых методик воздействия на ткани, а также росту мастерства специалистов. Выбор между эндоскопической и открытой операцией определяется индивидуально в зависимости от многих факторов и, в первую очередь, - от анатомических особенностей патологии и от того какими способами лечения владеет тот или иной специалист.

Успех лечения больных с рубцовыми сужениями трахеи во многом зависит от правильной тактики на различных этапах оказания медицинской помощи. Систематическое эндоскопическое наблюдение за пациентами, перенесших дыхательную реанимацию, редко вызывает необходимость неотложной терапии острой дыхательной недостаточности при развитии рубцового стеноза. Диагноз стеноза трахеи в фазе грануляционного сужения позволяет вовремя предпринять хирургическое или эндоскопическое лечение, получить лучшие результаты и в более короткие сроки. При острой дыхательной недостаточности при критическом сужении показано экстренное эндоскопическое одномоментное расширение просвета трахеи (Becker H.D., 1987, L.Couraud et al., 1987).

Материалы и методы.

Пациенты и диагностика. С 1963 по 1998г в отделении хирургии легких и средостения (1963-1981гг — акад.М.И.Перельман, 1981-1989гг — проф. Ю.В.Бирюков; с 1989г. — д.м.н. Л.М.Гудовский) Российского научного центра хирургии РАМН находились на лечении 297 больных с рубцовыми стенозами трахеи в возрасте от 9 до 74 лет. Среди них было 182 пациента мужского пола и 115 - женского. Наиболее часто рубцовый стеноз трахеи возникал в результате трахеостомии (175 больных). Реже стеноз был постинтубационного (63), посттравматического (18) и идеопатического (12) генеза, либо после операций на трахее (17). Сочетание нескольких патогенетических факторов отмечено у 12 человек. Таким образом, в 90% случаев стеноз имел ятрогенную этиологию. С функционирующей трахеостомией были госпитализированы 143 (48,1%) пациента. У 94 (32%) больных при поступлении отмечался стридор. Потребовались экстренные лечебные мероприятия, в основном эндоскопические. Поражение трахеогортанной области диагностировали у 82 больных, шейного отдела трахеи - у 78, а грудного - у 73 больных. Реже патологический процесс локализовался в шейно-грудном отделе (у 42 больных). Стеноз подскладочного отдела гортани сочетался со стенозом шейно-грудного и грудного отделов трахеи соответственно у 11 и 8 больных. У 3 пациентов в патологический процесс были

Таблица №1

Этиология рубцового стеноза трахеи

Этиология стеноза	Абс. число больных	%
Посттрахеостомический	175	58,9
Постинтубационный	63	21,2
Посттравматический	18	6,1
После операций на трахее	17	5,8
Идиопатический	12	4,0
Сочетание нескольких этиологических факторов	12	4,0
ИТОГО	297	100,0

вовлечены бифуркация трахеи, оба главных бронха и подскладочный отдел гортани. Использование в широкой клинической реаниматологии и анестезиологии современных термопластичных трубок в последнее десятилетие позволило практически исключить образование стеноза у каудального конца канюли, что часто имело место в результате применения пластмассовых или металлических трубок.

В настоящее время алгоритм обследования больных со стенозами дыхательных путей довольно хорошо разработан. Ведущая роль принадлежит эндоскопическому исследованию. В сочетании с контрастной трахеографией, обычной и компьютерной томографией оно позволяет достаточно точно определить локализацию, степень сужения, состояние трахеобронхиального дерева. Информативна и заслуживает более широкого применения магнитно-резонансная томография трахеи. Она позволяет уточнить не только топiku стеноза, но и выраженность перитрахеального компонента рубцового процесса. При резком затруднении дыхания диагностическую трахеоскопию заканчивали лечебной процедурой, направленной на расширение и поддержание просвета дыхательных путей на период обследования или подготовки к операции.

Лечение.

В настоящее время при рубцовых стенозах трахеи возможны различные виды лечения. К хирургическим относятся циркулярные резекции суженного отдела с восстановлением дыхательной трубки путем выполнения межтрахеального анастомоза по типу «конец-в-конец», этапные реконструктивно-пластические операции с формированием проствета на различных трубках. Эндоскопическое лечение направлено на расширение просвета трахеи и поддержание его на протяжении определенного времени. Это достигается бужированием, электрорассечением, лазерной фотокоагуляцией рубцов, использованием эндотрахеальных стентов.

Анестезия. Анестезиологическое обеспечение

операций к настоящему времени довольно хорошо разработано (Wilson R.S.1987). Важнейшая роль в анестезии и вентиляции принадлежит использованию методик тотальной внутривенной альтернирующей анестезии, позволяющих применять гипероксические дыхательные смеси. Метод вентиляции - «шунт-дыхание» до недавнего времени был доминирующим способом обеспечения газообмена при резекции и реконструкции трахеи и бронхов. Эта методика подразумевает введение армированной интубационной трубки в дистальный отрезок дыхательных путей со стороны операционного поля. Однако, это требует перерыва вентиляции для выполнения хирургических манипуляций. В последнее время достойное место в анестезиологическом обеспечении операций на трахеи и бронхах заняла методика высокочастотной искусственной вентиляции легких (ВЧ ИВЛ), используемая, главным образом на основном этапе операции. Чередование методик внутривенной и ингаляционной анестезии, традиционной объемной и ВЧ ИВЛ согласно виду и этапу хирургического вмешательства позволяет нивелировать дефицит оксигенации на всех этапах реконструктивно-пластических операций на трахее и бронхах и обеспечивает стабильное состояние кровообращения большого и малого круга. ВЧ ИВЛ представляет широкие возможности для управления вентиляцией и газообменом на этапе резекции и реконструкции трахеи и с этой точки зрения не имеет альтернативы.

Хирургическое лечение. Основным радикальным методом лечения рубцового стеноза трахеи является циркулярная резекция (Grillo H.C.,1995). Первые успешные циркулярные резекции грудного отдела трахеи были выполнены Mateu в 1951г. и Clagett в 1952г (Харченко В.П., 1983). К настоящему времени техника этих операций довольно хорошо разработана и описана (Перельман М.И., 1972; Grillo H.C., 1987).

Таблица №2

Виды операций при рубцовом стенозе трахеи

Виды операций	Число операций	Из них с летальным исходом
Циркулярная резекция	66	8
Этапная трахеопластика	332	3
Окончатая резекция трахеи или рассечение трахеи с аутопластикой хрящом	2	1
ИТОГО	400	12

В РНЦХ РАМН у больных с рубцовыми стенозами произведено 66 подобных операций с прямым трахеальным анастомозом по типу “конец-в-конец” (Табл.2).

У одного пациента произведена окончательная резекция трахеи, а у другого — рассечение стеноза в сочетании с аутопластикой образовавшегося дефекта аутохрящом.

Внедрение в практику современных эндоскопических методов расширения просвета трахеи позволило в последние 15 лет отказаться от экстренных резекций, выполнение которых сопряжено с повышенным риском развития осложнений и летальных исходов. При этом данные палиативные эндоскопические вмешательства следует выполнять не более 2-3 раз, после чего ставить показания к резекции. Многократное, до нескольких десятков раз бужирование и эндоскопическое иссечение рубцовых тканей представляется не только малоэффективным и неоправданным, но приводит к повреждению стенки трахеи, прогрессированию рубцового процесса. Оперативный доступ определяли локализацией и протяженностью патологического процесса, наличием в анамнезе трахеостомии, конституциональными особенностями шеи и грудной клетки. У 30 больных использовали изолированный шейный доступ, у 20 — шейный и стернотомию, у 4 — шейный и заднюю торакотомию, у 11 — заднюю торакотомию, а у 1 — боковую торакотомию. Протяженность резекции варьировала от 3 до 13 хрящевых полуколец трахеи. Наиболее часто резецировали 4-7 полуколец. Во всех случаях при выполнении циркулярной резекции трахеи производили широкую мобилизацию краниального и каудального отделов дыхательных путей, что позволяло избежать чрезмерного натяжения между краями трахеи в области анастомоза. С этой же целью фиксировали шейный отдел позвоночника в положении сгибания. Для этого накладывали 2 кожных шва между кожей нижней челюсти и верхней 1/3 грудной клетки на срок 7-10 дней после операции. Важное значение имеет качество шовного материала. От используемых ранее лавсановых, орсиленовых, проленовых нитей в настоящее время отказались. Оптимальными для межтрахеального анастомоза считаем рассасывающиеся атравматические нити 3-0 Vicryl polyglactin (Ethicon), а также монофламентные нити PDS polydioxanone (Ethicon). Применение современного шовного материала позволяет избежать развитие грануляций вокруг лигатур и как следствие рестеноза.

При протяженном стенозе этапная трахеопластика с формированием просвета на различных стентах отличается меньшей летальностью и поэтому выполнялась чаще (Багиров М.М. и соавт., 1990; Бирюков Ю.В. и соавт. 1986; Зенгер В.Г. и соавт., 1991; Перельман М.И., Королева Н.С., 1988). Основными принципами этих операций следует считать широкое рассечение стеноза, иссечение из

просвета дыхательных путей рубцовых тканей, формирование стойкой трахеостомы, введение адекватной трубки, на которой в дальнейшем будет формироваться новый просвет трахеи. Этапные реконструктивные операции показаны при невозможности выполнения циркулярной резекции: при протяженных стенозах шейного, шейно-верхнегрудного отделов трахеи, сочетании поражения трахеи и подскладочного отдела гортани, а также в случаях общего тяжелого состояния или неадекватного поведения пациента. В среднем для создания нового стойкого просвета трахеи и гортани было необходимо 2-3 этапные операции. Для этого потребовалось в среднем 1,5 — 2 года. Завершающим этапом данного лечения является устранение образовавшейся трахео- или трахеоларингостомы. Размеры подобного дефекта определяются протяженностью рассеченного стеноза, степенью выраженности сопутствующей трахеомалии. Малые дефекты устраняли путем пластики с использованием местных тканей шеи и верхней 1/2 грудной стенки и раскроем их в различных комбинациях. Обширные дефекты трахеи, превышающие 4х2см, ликвидировали при помощи сложной кожно-хрящевых лоскутом, которые создавали путем предварительной имплантации опорной ткани (хрящ, костный фрагмент) в мягкие ткани шеи в области трахеостомы. У наших пациентов мы использовали как аутохрящ, так и лиофилизированный фрагмент гомокости. Предпочтение следует отдавать аутохрящу. С 1996 года в РНЦХ РАМН разработана и применена у 8 пациентов оригинальная методика устранения обширных окончательных дефектов трахеи при помощи реваскуляризированного лучевого кожно-костного аутотрансплантата (Гудовский Л.М. и соавт., 1997). Данный микрохирургический лоскут размещали в трахеальном дефекте таким образом, что его кожная часть была обращена в просвет трахеи и выполняла роль слизистой, а фрагмент лучевой кости располагали вертикально, обеспечивая жесткость вновь созданной стенки. Реваскуляризацию осуществляли путем анастомозирования лучевой артерии и комитантной вены аутотрансплантата с лицевыми артерией и веной при помощи операционного микроскопа с увеличением x12 крат.

Эндоскопическое лечение. В настоящее время трахеобронхиальная хирургия невозможна без современной эндоскопии. Мы проводим лечение в тесном сотрудничестве с бронхологами (Р.С.Саркисян, М.А.Русаков). Показания к эндоскопическому лечению рубцовых стенозов трахеи можно сформулировать следующим образом: угроза развития асфиксии, когда требуется экстренное расширение просвета дыхательных путей; в качестве подготовки перед выполнением радикальной хирургической операции; при наличии противопоказаний к открытой операции (протяженный стеноз грудного отдела трахеи, тяжелое общее состояние больного, неадекватное поведение пациента, отказ

больного от другого вида лечения). Кроме этого, эндоскопическое вмешательство целесообразно использовать при необходимости транспортировки санитарным транспортом больного в специализированное лечебное учреждение. Выполнение в этих случаях трахеостомии нежелательно, т.к. оно приводит к увеличению протяженности стеноза и затрудняет дальнейшее радикальное лечение (Becker H.D.et al., 1987, Couraud L.et al., 1987). Эндоскопические операции обеспечивают расширение просвета трахеи различными способами. Их характер представлен в табл. №3.

Таблица 3

Варианты эндоскопического лечения при рубцовом стенозе

Варианты лечения	Число операций	%
Введение стента	77	40,7
Бужирование	68	36,0
Фотокоагуляция	21	11,1
Электрорассечение	14	7,4
риодеструкция	6	3,2
Ультразвуковое деструкция	3	1,6
ИТОГО	189	100

Одномоментное расширение просвета трахеи любыми эндоскопическими способами имеет хороший непосредственный результат. Однако, в отдаленные сроки практически всегда возникает рестеноз. В связи этим в последние годы оно, как правило, дополняется длительной дилатацией стеноза на стенке. Перед протезированием трахеи производят ее бужирование, либо электрорассечение стеноза. В качестве трубчатых стентов-эндопротезов у 67,9% пациентов использовали самофиксирующиеся эндопротезы. При введении последних в зону стеноза фиксация осуществляется за счет силиконовых выступов на наружной поверхности стента. Максимальная длина протеза используемых нами достигала 6 см, внутренний диаметр - 14 мм, наружный с учетом выступов - 20 мм. У остальных больных использовали участки термопластичной трубки, фиксируемые под кожей к мягким тканям шеи нерассасывающейся нитью, проведенной через просвет эндопротеза. Диаметр его подбирали в соответствии с конституциональными особенностями пациента. Максимальная длина этих протезов была 9 см. В ряде случаев, особенно на первых этапах применения метода, в ближайшем послеоперационном периоде отмечали дислокацию самофиксирующегося эндопротеза. С накоплением клинического опыта данное осложнение стало встречаться

реже. Профилактикой дислокации является адекватный выбор эндопротеза. Данное осложнение устраняли реэндопротезированием трахеи аналогичным стентом большего диаметра, либо применив другой тип эндопротеза. Длительность эндопротезирования определяли индивидуально. Спустя 8-10 месяцев эндопротез обычно удаляли через эндоскоп. Этот срок мы считаем вполне достаточным для формирования просвета трахеи. Более длительное стентирование нецелесообразно. При рестенозе трахеи после удаления эндопротеза показано радикальное хирургическое лечение или повторное эндопротезирование на длительный срок.

Результаты.

Послеоперационные осложнения отмечены после 98(16,8%) хирургических и эндоскопических операций. В ближайшем послеоперационном периоде умерли 15(5,1%) пациентов. Наиболее частой (у 5) причиной смерти у оперированных больных было аррозийное кровотечение из прилежащих сосудов в трахеобронхиальное дерево. После эндоскопического бужирования, осложненного разрывом стенки трахеи, пневмотораксом, пневмомедиастинумом, кровотечением умерли 3 пациента. У 2 других больных причиной смерти была несостоятельность анастомоза, у 2 - тромбозомболия легочной артерии, у оставшихся 3 - гнойный медиастинит без несостоятельности анастомоза, острый гипоксический отек головного мозга, случайная перевязка ствола легочной артерии. Среди осложнений преобладали гнойно-воспалительные: нагноение раны (33), медиастинит (8), пневмония (4). Другими осложнениями были рестеноз анастомоза (9), парез возвратных нервов (3), внутриплевральное кровотечение. Эндоскопическое лечение в 10 случаях осложнилось смещением стента, в 2 - разрывом трахеи, в 2 - пневмотораксом, в 2 - пролежнем стенки трахеи эндопротезом с формированием трахеопищеводной, в 1 - трахеобезымянной артериальной фистулы. Свищи были ликвидированы повторным хирургическим вмешательством.

Отдаленные результаты изучали при последующем амбулаторном или стационарном обследовании пациентов, а также по телефону или почте. Выздоровление достигнуто у 74,5% пациентов. Хроническими канюленосителями остаются 8 больных. У 19 пациентов с обширным рубцовым стенозом грудного отдела трахеи сохраняются стенты. Качество жизни пациентов (отсутствие одышки, удовлетворительная толерантность к физическим нагрузкам) лучше у больных, перенесших циркулярную резекцию. После этапных реконструктивных операций, когда сохраняется рубцовая деформация, стеноз 1-2 степени, могут отмечаться вышеперечисленные жалобы. Мы считаем просвет трахеи 8-9 мм удовлетворительным. Это подтверждается клиническими данными и функциональными исследованиями внешнего дыхания. Максимальный срок

эндопротезирования трахеи среди наших больных составил 9 лет. Эндопротезирование пациенты хорошо переносят. Поддерживаемый стентом просвет дыхательных путей обеспечивает компенсированное дыхание. Часть больных приступили к работе, 1 пациентка родила. Однако, все пациенты подлежат постоянному диспансерному наблюдению с целью своевременной диагностики осложнений (образование грануляций, чрезмерное скопление секрета на стенках стента).

Таким образом, большинство рубцовых стенозов трахеи имеют ятрогенную этиологию. Хирургический метод лечения является методом выбора. Предпочтение следует отдавать циркулярной резекции суженного отдела трахеи. Этапные реконструктивные операции показаны при протяженных стенозах шейного и шейно-грудного отделов трахеи, при вовлечении в патологический процесс гортани. Эндоскопическое лечение следует рассматривать как временную меру в предоперационном периоде. В качестве самостоятельного метода оно может быть применено при противопоказаниях к открытым операциям. Гнойно-воспалительные осложнения и несостоятельность трахеального анастомоза являются наиболее частой причиной послеоперационных осложнений и летальных исходов.

Литература:

1. Багиров М.М., Росновский А.В., Реконструктивная хирургия трахеи. — 1-й Международный конгресс сердечно-сосудистых и торакальных хирургов, 1990, Рига, стр.7.
2. Бирюков Ю.В., Королева Н.С., Зенгер В.Г., Самохин А.Я. — Применение Т-образной силиконовой трубки в хирургии трахеи. — Методические рекомендации, М., 1986, 15 стр.
3. Гудовский Л.М., Миланов Н.О., Трофимов Е.И., Паршин В.Д. Использование ревааскуляризованного лучевого лоскута для пластического устранения обширного дефекта трахеи.- Грудная и сердечно-сосудистая хирургия, 1997, №4, стр.70-73.
4. Зенгер В.Г., Наседкин А.Н. Повреждение гортани и трахеи. 1991, с.216.
5. Перельман М.И., Королева Н.С. Реконструктивная хирургия трахеи и бронхов. — В кн.: Современные достижения реконструктивной хирургии. М., 1988, стр.27-29.
6. Перельман М.И. Хирургия трахеи, М., “Медицина”, 1972, 208с.
7. Самохин А.Я. Хирургическое лечение рубцовых стенозов трахеи. Автореф. на соиск. уч.степени докт.мед.наук, М., 1992.
8. Зенгер В.Г. Наседкин А.Н. Повреждения гортани и трахеи. М., “Медицина”, 1991, 216 с.
9. Юнина А.И. Травмы органов шеи и их осложнения. М., “Медицина”, 1972, 208 с.
10. Фоломеев В.Н., Антонова Н.А. В кн.: Современные методы диагностики и лечения оториноларингологических заболеваний. М., 1986, с. 80-81.
11. Харченко В.П., Чхиквадзе В.Д., Брюсов П.Г. Реконструкция и пластика трахеи после обширных резекций. Хирургия, 1983, №4, с.19-23.
12. Becker H.D., Blersch E., Vogt-Moykopf I. Urgent treatment of tracheal obstruction. In:International trends in general thoracic surgery. Edited by H.C.Grillo, H.Eschapasse. 1987, Vol.2, p. 13-18.
13. Couraud L., Hafes A. Acquired and non-neoplastic subglottic stenoses. In:International trends in general thoracic surgery. Edited by H.C.Grillo, H.Eschapasse. 1987, Vol.2, p. 39-60.
14. Grillo H.C. Tracheal surgery. In.: Ravitch M, Steichen F, eds. Atlas of general thoracic surgery. Philadelphia: WB Saunders, 1987: p.293-331.
15. Grillo H.C., Mathisen D.J., Wright C.D. Postintubation tracheal stenosis. Tretment and results. J. Thoracic and cardiovase. Surg., 1995, V.109, №3, p.486-493.
16. Pearson F.G. Postintubation injury. In: Thoracic Surgery. Edited by F.G.Pearson 1995, p. 251-265.
17. Wilson R.S. Anesthetic management for tracheal reconstruction. In.: Major challenges. International trends in General Toracic Surgery. Philadelphia: WB Saunders, 1987: p.3-12.

Рахманов Р.К.,
Нарчаев Ж.А.,
Абдурахманов Х.К.,
Юлдашев П.Х.,
Мурадов А.Ю.

Современные принципы лечения диабетической стопы.

(Кафедра хирургических болезней (зав. каф. проф. Р.К.Рахманов) стоматологического факультета 1-ТашГосМИ).

Ж.А.Нарчаев, Х.К.Абдурахманов, П.Х.Юлдашев, А.Ю.Муратов.

ДИАБЕТИК ГАНГРЕНАДА ЗАМОНАВИЙ ДАВОЛАШ УСУЛИ КИСКАЧА БАЕН.

Макола муаллифлари томонидан кандли диабетда оекларда учрайдиган йирингли некротик асоратлари булган 137 та бемор текширилган ва даволанган. 97 беморга сон артерияси ичига дорилар юбориш, жарохатлар соҳасига ультратовуш кавитациясини утказиш ва усимликдан олинган янги протеолитик фермент кулланган. Натижада сон ампутацияларини сони 7.6% га, даволаш муддати 22 ± 4 кунга кискарган.

R.K.Rakhmanov, J.A.Narchaev, Kh.K.Abdurakhmanov, P.Kh.Yuldashev, A.Yu.Muratov

MODERN PRINCIPLES OF DIABETIC FOOT TREATMENT

137 patients with diabetes mellitus complicated with pyo-necrotic lesions of the lower extremities were examined. 97 of them were treated by combination of conventional methods and intraarterial administration of preparations, ultrasound cavitation of the wound and local application of a new proteolytic Kukumazim enzymatic preparation. The group of patients presented lower rate of upper amputations (7.6%). The duration of stay in hospital was reduced to a mean 22 ± 4 days.

Авторами обследованы 137 больных сахарным диабетом, на фоне которого развились гнойно-некротические осложнения нижних конечностей. 97 больным в сочетании с традиционной терапией проведены интраартериальное введение лекарственных препаратов, ультразвуковая кавитация ран, местное применение нового протеолитического фермента Кукумазима. В этой группе больных число высоких ампутаций конечностей уменьшено до 7.6%, сокращены сроки, лечения больных до 22 ± 4 койко-дня.

Неуклонный рост заболеваемости сахарным диабетом во всем мире обозначил эту проблему как одну из самых актуальных не только в медицинском, но и в социальном плане. На сегодняшний день число пациентов, страдающих сахарным диабетом, составляет около 4% от всего населения земного шара. По данным И.И.Дедова в 1991 году в России было зарегистрировано 2 млн. Больных сахарным диабетом, в то же время истинное их число в 4-5 раз больше, т.е. 8-10 млн, человек, и это свидетельствует о том, что фактическая распространенность сахарного диабета среди лиц мужского пола в возрасте 20-69 лет в 1,6-4 раза выше регистрируемой по обращаемости.

Больные сахарным диабетом требуют постоянного контроля и лечения с целью предотвращения осложнений заболевания и последующей инвалидности. Типичным и наиболее опасным для жизни осложнением сахарного диабета является поражение сосудов нижних конечностей с развитием гнойно-некротических процессов. Так если за последние 90 лет смертность от диабетической комы уменьшилась с 47,7% до 1,2%, то от сосудистых осложнений возросла с 21,1% до 77% (3). В США, где приблизительно 5% населения страдает сахарным диабетом у 3% из них производят ампутации нижних конечностей, что составляет более 30000 ампутаций ежегодно. Число больных умерших диабетической гангреной увеличилось в 22 раза по сравнению с атеросклеротической гангреной и достигает до 27% (3,4).

По мнению Д.И.Кривицкого (1987) в клиническом течении гнойно-воспалительного процесса в мягких тканях у больных диабетом можно выделить четыре характерные особенности: 1. Отсутствие ярко выраженных проявлений заболевания; 2. Выраженная склонность к быстрому локальному прогрессированию гнойно-воспалительного процесса и некрозов; 3. Тяжелое состояние больных, связанное с декомпенсацией диабета и общими проявлениями хирургической инфекции; 4. Влияние поздних осложнений диабета и сопутствующих заболеваний на течение и исход хирургической инфекции.

Целью нашей работы является улучшение результатов комплексного хирургического лечения гнойно-некротических осложнений нижних конечностей на фоне сахарного диабета.

Материал и методика исследования.

Основу настоящей работы положен клинический материал обследования и комплексного хирургического лечения 137 больных с гнойно-некротическими осложнениями нижних конечностей на фоне сахарного диабета, выполненной в клинике кафедры хирургических болезней стоматологического факультета 1-ТашГосМИ на базе центральной клинической больницы ГАЖК "Ўзбекистон темир йуллари" с 1994 года по настоящее время. Возраст больных от 30 до 74 лет мужчин - 95, женщин - 42, длительность диабета от 6 месяцев до 20 лет. 12 больным диагноз сахарного диабета был установлен впервые у нас в клинике. Всем больным кроме общеклинических исследований, определяли сахар крови и мочи, биохимические анализы крови, рентгенологические исследования, реовазографию.

По проведенному лечению больных распределяли на 2 группы: 1 - группа 40 больных получавшие традиционное лечение, 2 - группа 97 больных, которым проводился комплекс лечебных мероприятий разработанной у нас в клинике.

Для изучения кровотока в нижних конечностях 80 больным мы проводили реографические исследования аппаратом 4-РГ-1А. Для регистрации ре-

ограмм нижних конечностей использовали следующие отведения: продольная реография голени (круговые электроды накладывали на проксимальные, дистальные части голени) и реографию стопы (проксимальный электрод находился на н/3 голени, дистальный на 1-пальце). Расшифровка кривых производилась с помощью параллельно регистрируемых электро и фонокардиограмм и дифференциальной реограммой отражающей скорость изменения изучаемого процесса во времени.

Анализ реограмм включая качественную и количественную характеристику. Количественный анализ реовазограмм включал вычисление амплитудных, временных и скоростных параметров кривой. Изучены следующие показатели количественной характеристики реовазограмм: - реовазографический индекс (РИ) ; - амплитудно-частотный показатель (АЧП) ; - время распространения реовазографической волны (ВРРВ) ; - период максимального кровонаполнения (ПМК); - период расслабления сосудистой стенки (ПРСС); - отношение периода восходящей к периоду нисходящей кривой ; - дикротический индекс (ДИ).

При наличии остеоартропатий, а также для уточнения поражения костей при гнойно-некротических процессах 43 больным в различные сроки лечения проведены рентгенологические исследования.

Традиционная терапия заключалась в коррекции углеводного, белкового, жирового обмена, улучшение микроциркуляции и реологического свойства крови, витаминотерапии, антибиотикотерапии, лечение сопутствующей патологии. Комплекс лечебных мероприятий кроме вышеописанной медикаментозной терапии, включал внутриартериальное введение лекарственных препаратов (ВАП), ультразвуковую кавитацию антисептиков (УЗК), местное применение нового ферментного препарата растительного происхождения - Кукумазим. Ниже приводится схема комплексных лечебных мероприятий при диабетических гангренах нижних конечностей.

Преимущества ВАП заключается в следующем:

Внутриартериальным введением достигается короткий путь доставки препарата в очаг поражения, минуя паренхиматозные органы (печень, почки, головной мозг). При этом препарат не подвергается разрушению, частично экскреции почками, желчью, дыханием, исключается гепато и нефротоксичность препаратов при острой почечно-печеночной недостаточности. Мы применяли одномоментный (пункционный) способ ВАП лекарственных препаратов. В состав лекарств входили: диоксидин 1% - 10,0, параверин 2% - 2,0, новокаин 0,5% - 5,0, никотиновая кислота 1% - 1,0. ВАП применен нами у всех 97 больных в среднем по 7-8 раз. УЗК применен нами 70 больным, в среднем 5-6 раз. УЗК способствует диффузному проникновению антисептика (хлоргексидин 0,25% р-р или диоксидин 0,5% - 1% р-р) в область перифокального воспаления в глу-

бину до 3-4 см. Для УЗК пользовались аппаратом УРСК2-8 т.

Схема комплексного лечения ангиопатии и гнойно-некротических осложнений нижних конечностей на фоне сахарного диабета.

1.	Коррекция обменных нарушений	Антидиабетические препараты, адекватная витаминотерапия, белковые препараты
2.	Коррекция нарушений свертывающей системы, реологии крови, микроциркуляторное руслососудистая терапия	Реомакродекс, реополиглюкин, тринтал, салкосерил, доксиум, антикоагулянты, УФО, ВЛО, ВАП.
3.	Антибактериальная терапия	ВАП, УФО, ВЛО, УЗ, антибиотики с учетом чувствительности.
4.	Оперативное лечение	Вскрытие флегмоны, некроэктомия, экзартикуляция пальцев с пересечением сухожилий в пределах здоровых тканей, ампутации.

С 1994 г.в нашей клинике впервые в лечении гнойно-некротических осложнений нижних конечностей на фоне сахарного диабета применяется новый ферментный препарат растительного происхождения Кукумазим, разработанный сотрудниками института химии растительных веществ АН РУз. Кукумазим в отличие от других аналогичных препаратов животного происхождения, обладает выраженным протеолитическим, фибринолитическим, противовоспалительным действиями. Препарат применяли местно, в виде примочек, предварительно

растворив 10 мг порошка в 10 мл 0,5% р-ра новокаина у 68 больных П-группы у которых гнойно-некротические процессы на стопе протекали по типу влажной гангрены.

Результаты лечения оценивали по следующим критериям:

- отличный - когда удалось купировать воспалительный процесс без оперативного вмешательства.

- хороший - при котором удалось отграничить некротический процесс, перевести его в локальный, сухой некроз, с последующей некрэктомией и экзартикуляцией пальцев.

- удовлетворительный - когда не удастся купировать некротический процесс и на фоне нарастающей влажной гангрены производится ампутации конечности на уровне средней и верхней трети бедра с дальнейшим выздоровлением больного.

- не удовлетворительный - восходящая влажная гангрена конечности, с крайне тяжелым состоянием больного, выраженной интоксикацией, острой недостаточностью жизненно важных органов с последующим летальным исходом после ампутации конечности.

Результаты лечения приведены ниже в таблице № 1

Результаты лечения больных диабетической гангреной нижней конечности

Таблица № 1

№	Результаты лечения	I группа	II-группа
1.	Отличный	9(22,5%)	31 (31,6%)
2.	Хороший	21(52,5%)	59 (60,8%)
3.	Удовлетворительный	6 (15%)	6 (6,2%)
4.	Не удовлетворительный	4 (10%)	1 (1,4%)
	И Т О Г О :	40 (100%)	97 (100%)

Результаты исследования.

В ходе исследования реовазографии при поступлении больных в обеих группах мы наблюдали разное снижение магистрального кровотока с нарушением коллатерального кровообращения, повышением тонуса сосудистой стенки, об этом свидетельствовали снижение РИ до $0,009 \pm 0,02$ ($P < 0,01$), АЧП - $0,31 \pm 0,03$ ($P < 0,01$), ДИ - $0,28 \pm 0,05$ ($P < 0,05$) у больных I-группы показатели реовазографии оставались сниженными даже в конце лечения. У больных II-группы в конце лечения отмечалась некоторая нормализация показателей РВГ -

удлинилась РИ до $0,19 \pm 0,01$ ($P < 0,05$), АЧП - $0,42 \pm 0,08$ ($P < 0,01$), ДИ - $0,28 \pm 0,02$ ($P < 0,01$).

Данные РВГ приведены в таблице № 2.

Показатели реовазографии больных диабетической гангреной стопы до и после лечения

№	Показатели	До лечения		После лечения	
		1-группа	2-группа	1-группа	2-группа
1.	РИ	$0,07 \pm 0,01^*$	$0,09 \pm 0,01^*$	$0,12 \pm 0,01$	$0,20 \pm 0,03^*$
2.	АЧП	$0,29 \pm 0,01^*$	$0,31 \pm 0,02^*$	$0,31 \pm 0,02^*$	$0,40 \pm 0,08^*$
3.	ВРРВ	$0,61 \pm 0,03^*$	$0,57 \pm 0,02^*$	$0,60 \pm 0,03$	$0,61 \pm 0,03^{**}$
4.	ПМ	$0,10 \pm 0,016$	$0,11 \pm 0,02$	$0,10 \pm 0,015$	$0,19 \pm 0,01^*$
5.	ПРСС	$0,19 \pm 0,03^*$	$0,18 \pm 0,02^*$	$0,21 \pm 0,01$	$0,31 \pm 0,05^*$
6.	ДИ	$0,26 \pm 0,07^*$	$0,21 \pm 0,05^*$	$0,30 \pm 0,01^{*-}$	$0,30 \pm 0,02^{**}$

Таблица № 2

ПРИМЕЧАНИЕ: * - $P < 0,05$. ** - $P < 0,01$

На фоне проводимого лечения 9 больным (22,5%) первой и 31 (31,6%) второй группы удалось купировать воспалительный процесс. Эти больные выписаны из стационара без операции в удовлетворительном состоянии 21 больному (52,5%) первой и 59 (60,8%) второй группы удалось перевести гнойно-некротический процесс из влажной гангрены в сухую, отлокализовать процесс пальцами стопы. Этим больным были произведены операции типа некрэктомии, экзартикуляции одного или двух пальцев. Учитывая тот факт, что у больных сахарным диабетом некротический процесс нижних конечностей распространяется по сухожильным фасциям, 30 больным 2 группы во время операции некрэктомия дополнительно пересекли сухожилия пальцев на уровне здоровых тканей. Из-за распространения гнойно-некротического процесса в виде влажной гангрены на стопу и голень, интоксикацию организма, 10 больным (25%) первой и 7 больным (7,6%) второй группы мы производили ампутацию конечности на уровне верхней трети бедра. Послеоперационная летальность составляла 12,7% (4 больных) 1 группы и 1,5% (1 больной) второй группы. Средняя продолжительность лечения составляла 1-группы 29 ± 6 , второй группы 22 ± 4 дня осложнений и побочных явлений при применении ВАП, УЗК, и кукумазима мы не наблюдали.

ВЫВОДЫ :

1. В лечении гнойно-некротических осложнений нижних конечностей на фоне сахарного диабета, наиболее эффективным и патогенетически обоснованным являются комплекс лечебных мероприятий с включением внутриаартериального введения лекарственных средств ультразвуковой кавитацией антисептиков и местного применения кукумазима.

2. Предложенная нами методика лечения с применением ВАП, УЗК и кукумазима приводит к скорейшему ограничению некротического процесса и уменьшению числа высоких ампутаций до 7,6%, снижению летальности до 1,5%, сокращению сроков лечения до 22±4 койко-дней.

Литература:

- 1) Дедов И.И. Клиническая фармакология и терапия - 1993 ;№ 3 стр.16-20.
- 2) Кривицкий Д.И., Шевчук М.М., Мухин В.П. Клиническая хирургия, 1987, № 7, 63-64.
- 3) Савельев Ю.С. Внутриаартериальная инфу-

зионная терапия больных с ишемическими синдромами при тромбооблитерирующих заболеваниях нижних конечностей в амбулаторных условиях. /Вестник хирургии, 1990, № 9, 131-135.

4) Светухин А.М., Амирасланов Ю.А., Митиш В.А., Комплексное хирургическое лечение инфицированных и гнойных ран. /1-Конгресс Ассоциация хирургов СНГ им. Н.И.Пирогова : Тезисы докладов, Ташкент, 1996 ; 47.

5) Шоф Н.А., Реука В.П., Арбузов И.А. Система для дыхательных внутриаартериальных инфузий. /Вестник хирургии, 1986 ; № 1, 71.

*Ш.Т.Салимов,
А.А.Абдурахманов,
М.П.Чориев,
Г.С.Адылова.*

**ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ
“ОСТРОГО ЖИВОТА” У ДЕТЕЙ.
ТашГосМИ II. Кафедра детской хирургии.**

Салимов Ш.Т., Абдурахманов А.А., Чориев М.П., Адылова Г.С.

БОЛАЛАРДА “ҚОРИННИНГ ЎТКИР КАСАЛЛИГИ”НИ ТАШХИСЛАШДА ЛАПАРОСКОПИЯНИ УРНИ.

Мақолада 1995 йилдан 1998 йилгача бўлган вақт ичида импаек 54 қорин бўшлиғи ўткир патологиясида 265та болада ўтказилган лапароскопик муолажасининг ҳулосалари қуриб чиқилган. Қилинган иш натижаларига болаларда қорин бўшлиғи ёпик жароҳати ва ўткир яллиғланиш касалликларида лапароскопиянинг диагностика усулигина эмас, балки даволловчи усули ҳам қўлланилган. Лапароскопия усули билан 44та болада қорин бўшлиғи аъзолари касалликлари инкор этилган, 9та беморда қорин бўшлиғи аъзоларининг бошқа касалликлари аниқланган, 20та беморда лапароскопик аппендэктомия қилинган, шулардан 12та болада чувалчангсимон ўсимта флегманоз ўзгарган, 6та беморда гангреноз ўзгарган ва 2та болада катарал ўзгарган ҳолда сероз перитонит билан кечган. 3та беморда лапароскопия қўлланилиши натижасида жигарнинг диафрагма юзасида катта бўлмаган ёрилишлар аниқланган, 15та беморда талок ёрилиши, 5та болада жигарнинг катта бўлган ёрилишлари, 159та болада эса хирургик даволанишда зарурият бўлмаган гематомалар аниқланган.

Болалар жароҳлиги амалиётида лапароскопик операция усуллари қўлланилиши олдinda катта имкониятларга эгаллиги туғрисида ҳулоса қилинган.

Salimov Sh.T., Abdurahmanov A.A., Choriev M.P., Adilova G.S.

LAPAROSCOPY IN DIAGNOSIS ACUTE ABDOMINAL PAIN IN CHILDREN.

This paper analyzes the experience of performing laparoscopic interventions in 265 children with acute abdominal pathology during 1995 to 1998. The methods of performing both diagnostic and therapeutically laparoscopy in children with inflammatory diseases and closed trauma in abdominal cavity are included in this review. Pathology of organs abdominal cavity is excluded in 44 children in laparoscopy, another abdominal diseases are revealed in 9 children, laparoscopic appendectomies are performed in 20 patients; in 12 children the appendix was phlegmanosis, in 6 children the appendix was gangrenous, and in 2 children it was catharrhal with serous peritonitis. Laparoscopy in 3 children revealed the small rupture in diaphragms surface of liver. In 15 patients they revealed the rupture of spleen, in 5 children the large liver ruptures, in 159 children the hemorrhages unneeded in surgical treatment are discovered. It is concluded that there are great prospects for using low-invasive laparoscopic interventions in practice of pediatric surgery.

Многие вопросы диагностики острой патологии органов брюшной полости у детей еще окончательно не решены, в связи, с чем поиск новых и усовершенствование существующих методов обследования является вполне закономерным. Правильная организация диагностических мероприятий при острых заболеваниях брюшной полости особенно у детей в значительной степени определяют качество экстренной хирургической помощи, так как в короткий срок необходимо решить вопрос необходимо ли оперировать или ограничиться консервативной терапией. От времени оказания неотложной помощи зависит исход операции, а порой и жизнь больного, поэтому своевременная диагностика приобретает особое значение. В тех случаях, когда общепринятыми методами обследования диагноз не возможно установить, тактика ведения

и лечения не решена, необходимы вспомогательные методы диагностики, позволяющие точно и быстро установить причину патологии. Нередко причинами диагностических ошибок становятся полиморфность и непостоянство клинической картины.

Появление в практике хирурга эндоскопической аппаратуры позволило сократить время для выявления причины острой патологии брюшной полости. Одной из причин приводящих к патологии брюшной полости является острый аппендицит, многообразием вариантов клинических проявлений у детей и наличие большого число заболеваний, при которых боли в животе имитируют острое воспаление червеобразного отростка, что делает диагностику при подобных состояниях весьма затруднительной. К сожалению методы классичес-

кой клинической и лабораторной диагностики не позволяют получить достаточно убедительные данные при диагностики острого аппендицита. Это нередко приводит к неоправданным аппендэктомиям, или запоздалым операциям, а, следовательно, к большому числу осложнений. В результате летальность по данным многих авторов [1,2] при аппендиците у детей остается на уровне 0,1-1,6%, достигая у больных с аппендикулярным перитонитом до 20%, а у каждого пятого ребенка перенесшего ненужную аппендэктомию, боли в животе сохраняются. Нередко после операций выполненных по поводу катарального или простого аппендицита возникает спаечная болезнь брюшной полости.

В том числе сложным разделом экстренной хирургии у детей является диагностика закрытых повреждений органов брюшной полости. Отсутствие классических симптомов, характерных для закрытой травмы паренхиматозных или полых органов живота у детей, сочетанные повреждения, коллапс и шок создают значительные трудности при диагностике. При сочетанных повреждениях брюшной полости и костного скелета типичные признаки “острого живота” маскируются симптомами черепно-мозговыми повреждениями или наличием забрюшинной гематомой. Все это приводит к тому, что при сочетанных травмах ошибки в диагностике повреждений органов брюшной полости нередка и по данным различных авторов составляют от 25-30% до 47% [1,3,4]. Эти ошибки оказывают существенное влияние на прогноз и результаты лечения больных. Диагностическая лапаротомия больному, находящемуся в коматозном состоянии может не только оказаться нецелесообразной, но и послужить отягощающим фактором.

Залог успеха в лечении закрытых травм живота, является, прежде всего, своевременная диагностика характера повреждение и целенаправленная терапия. Часто в первые часы после травмы состояние больного не соответствует характеру повреждения органов брюшной полости: так при наличии признаков внутрибрюшного кровотечения - во время операции могут быть обнаружены лишь небольшие гематомы брыжейки, при которых не было необходимости выполнении экстренной операции и, наоборот, при крупных повреждениях органов брюшной полости состояние больного определенное время может оставаться относительно удовлетворительным. Применяемые в клинической практике с целью диагностики повреждений брюшной полости пункция брюшной полости и лапароцентез не всегда дают желаемый результат вследствие большого количества ложноположительных и ложноотрицательных результатов [4].

Внедрение в практику детской хирургии малоинвазивных лапароскопических оперативных методик позволяет оценить характер патологии в брюшной полости и забрюшинном пространстве, установить клинический диагноз, сформулировать

показания к открытому оперативному вмешательству, к консервативной терапии, ограничиться эндоскопическими мероприятиями.

Материалы и методы

В клиники детской хирургии II-ТашГосМИ за период с 1995 по 1998г. обратилось 2760 детей с жалобами на боли в животе. При первом осмотре острая хирургическая патология брюшной полости исключена у 1630 детей (59%), которые направлены на обследование и лечение к педиатру, другие дети были госпитализированы для дальнейшего наблюдения в хирургическое отделение. Все больные были разделены на две группы: первая группа дети с подозрением на острый аппендицит — 650 (57,5%), вторая группа - с закрытой травмой брюшной полости - 480 детей (42,5%). Наблюдение продолжали в течение 12 часов, регистрировали изменение клинической картины и лабораторных данных (L, Ht, Hb, Er). У больных первой группы за этот период наблюдения острое заболевание брюшной полости исключили у 300 детей (46%), а у остальных 350 детей (54%) сохранялись банальные боли в правой подвздошной области. Причем у 267 больных (76%) был установлен диагноз острый аппендицит, в связи, с чем была выполнена классическая аппендэктомия. Клиническая картина острого заболевания брюшной полости сохранялась у других пациентов, что потребовало, для уточнения причины болей в животе произвести диагностическую лапароскопию. Лапароскопию проводили под эндотрахеальным наркозом, что позволяло контролировать деятельность сердечно сосудистой системы. Инсуфляция газа в брюшную полость проводили со снижением скорости до 1,5-2,0л\мин и давление в брюшной полости не превышало 7-8мм.рт.ст.

Лапароскопию проводили используя эндохирurgical набор фирмы “Karl Storz” и MGB. Осмотр брюшной полости начинали с червеобразного отростка, затем осматривали другие отделы брюшной полости. Лапароскопия позволяла не только определить характер изменений червеобразного отростка, но и определить его расположение, наличие или отсутствие выпота в брюшной полости, его характер.

Результаты исследования и обсуждения.

Таким образом, после проведения лапароскопии у 44 детей (53%) острая патология брюшной полости была исключена. При осмотре брюшной полости, у этих больных обнаружена киста правого яичника у двух девочек (4,5%), они направлены к детскому гинекологу, у двух больных (4,5%) обнаружен изменение печени характерные для хронического гепатита, у трех - (6,8%) удалось визуализировать под капсульные кисты печени, у одного ребенка (2,2%) обнаружена киста селезенки, у одного мальчика (2,2%) найдены эхинококковые кисты корня брыжейки толстого кишечника. Всем детям, у которых обнаружены кисты, были выпол-

нены оперативные вмешательства в плановом порядке. У четырех детей (9%) при лапароскопии изменения червеобразного отростка носили вторичный характер, а вследствие мезоденита (из увеличенных лимфатических узлов был взят биопсийный материал и проведены морфологические исследования, выявили псевдотуберкулез у одного ребенка и инфекционный мононуклеоз - у трех), в связи с чем от проведения аппендэктомии мы воздержались. Патология червеобразного отростка обнаружена 39 детей, которым выполнена аппендэктомия. Причем у 10 детей (25%) расположение червеобразного отростка было атипичное, в связи с чем в 6 случаях (60%) выполнена открытая аппендэктомия, в остальных случаях произведена аппендэктомия лапароскопическим методом. У 20 больных (75%) выполнили лапароскопическую аппендэктомию (12 детей(60%) морфологически отросток был флегмонозным, у 6 больных (30%) — гангренозный и у двух (10%) детей - катаральный с серозным перитонитом). В остальных случаях лапароскопически выявить причину болей в животе не удалось.

Во второй группе больных поступивших в стационар с закрытой т.жхз-Отравмой брюшной полости было 480 детей. При осмотре у 85 больных (17%) внутрибрюшное кровотечение и разрыв паренхиматозных органов не вызывал сомнения, в связи с чем всем этим детям выполнена лапаротомия. У 13 больных (2,7%) с помощью УЗС установлен ушиб почек. У 200 (41%) детей данных за повреждения органов брюшной полости и внутрибрюшное кровотечение выявлено не было. У 8 детей (1,6%) установлен разрыв полого органа и выполнена лапаротомия с ушиванием раны кишечника. У 182 пациентов (37%) произведена диагностическая лапароскопия, в связи с тем, что у этих детей сохранялась клиническая картина острой патологии брюшной полости. Осмотр брюшной полости начинали с верхнего этажа и затем продолжали осмотром кишечника. При лапароскопии у трех детей (1,6%) выявлены небольшие разрывы диафрагмальной поверхности печени с кровотокающими сосудами, которые были коагулированы. У 15 больных (8,2%) выявили разрыв селезенки вы-

явили у 15 больных (8,2%) и у 5 детей (2,7%) обнаружены разрывы печени со значительными кровотечениями, которые потребовали выполнения лапаротомии. Во всех этих случаях была выполнена лапаротомия. У всех остальных 159 детей(87%) обнаружены субсерозные гематомы брыжейки петель тонкого кишечника передней брюшной стенки, которые нами расценены как не нуждающиеся в оперативном вмешательстве. Полученные данные соответствуют данным литературы, в которых освещаются вопросы лапароскопических методов обследования и лечения при острой патологии брюшной полости у детей [1,3,4]. Однако нельзя считать полученные данные абсолютно достоверными, в связи с тем, что проведено незначительное количество подобных вмешательств, нет достаточного опыта в выполнении лапароскопий по поводу “острого живота” у детей.

Выводы

Таким образом, использование лапароскопии в диагностике “острого живота” у детей являясь малоинвазивным, информативным методом исследования позволяет значительно повысить диагностику острых патологий брюшной полости. Накопление технического опыта, совершенствование лапароскопического оборудования и инструментов, несомненно, приведут к значительному повышению роли лапароскопии в различных областях как экстренной, так и плановой детской хирургии

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильев Р.Х. Комбинированная лапароскопия- М.: Медицина, 1975.
2. Долецкий С.Я., Щитинин Э.А., Арапова А.В. Осложненный аппендицит в детском возрасте- М.: Медицина, 1980.
3. Дронов А.Ф., Поддубный И.В., Дедов К.А., Даренков И.А. Лапароскопическая хирургия у детей: достижения и перспективы // Детская хирургия.- 1997.-№ 1.- С.13-17.
4. Исаков Ю.Ф., Дронов А.Ф., Поддубный И.В. Достижения лапароскопической хирургии у детей // В кн. Первый конгресс ассоциации хирургов имени Н.И.Пирогова: тезисы докладов и сообщений.- Ташкент, 1996.- С.126-127

Сатвалдиева И.А.,
Агзамходжаев Т.С.

Изменение вегетотонуса при различных методах послеоперационного обезболивания у детей.

(Ташкентский педиатрический медицинский институт)

The changes of autonomic nervous system balance using different method of postoperative analgesia in children.

One of the fastest component of pain reaction is a reconstruction of CVS functions. It depends on the function of autonomic nervous system and it changes.

We examined different methods of postoperative analgesia and its influence on the condition of autonomic nervous system in children and evaluated an adequacy of analgesia.

The differences arisen in regulatory systems to of hemodynamics metabolism and energetic system.

They are the earliest predictive signs of the disease worsening.

We observed results of cardiointervalography in 269 children aged from 4 to 15 years. All patients were allocated in to 6 groups.

The results of the examination showed that postoperative epidural anesthesia with local anesthetics, non-narcotic analgetics "Baralgin" with "Clonidin", epidural anesthesia with narcotic analgetics and acupuncture analgesia had a significant impact on sympatic branch of autonomic nervous system. It confirmed an efficacy of our analgesic interventions

Болаларда операциядан сунг хар хил огриксизлантириш усуллари натижасидан келиб чикадиган вегетотонус узгаришлар.

Операциядан кейинги огрик синдромини кандай кечишини оператив кузатувда хал килиш хеч кандай шубха тугдирмайди ва бу куп холатларда юкори информатив синамаларни тугри танлашга боглик.

Иш максоди: операциядан кейинги огриксизлантиришнинг хар хил усулларини боланинг ВНС фаолиятига таъсирини урганиш ва огриксизлантириш адекватлигини бахолош.

Бошқарув системасида юзага келувчи огишлар гемодинамик, метаболлик, энергетик бузилишларга олиб келади ва бу уз навбатида бемор учун ёмон окибатли, эрта прогностик белги булиши мумкин. 269 -та 4-15 ёшгача булган болалар кардиоинтервалография усули билан текширилди. Огриксизлантириш усулидан келиб чиккан холда беморлар 6 гурухга булинди. Текширувлар натижаси шуни курсатдики, яъни операциядан кейинги наркотик аналгетиклар, ЭА махаллий анестетиклар, баралгин, клофелин билан биргаликда, ЭА наркотик аналгетиклар ва иглорефлексотерапия билан огриксизлантирилганда ВНС симпатик кисмини активлигини яккол пасайиши кузатилди ва бу огриксизлантиришни эффективлигини тасдиқлади.

Решение задачи оперативного наблюдения за течением послеоперационного болевого синдрома не вызывает никаких сомнений и во многом зависит от выбора высокоинформативных тестов (2,9). Особую сложность представляет оценка боли в клинике у детей вследствие несовершенства коммуникативных способностей и ряда других причин, обуславливающих неадекватное сообщение о боли (5,7,8). Это затрудняет проведение эффективного обезболивания в послеоперационном периоде. Словесное описание боли у детей находится под влиянием множества демографических и психологических факторов. В связи с ограниченными возможностями субъективных оценок боли у детей всё большее число авторов приходит к мнению о необходимости комплексного изучения боли (2,7,8).

Одним из самых быстро реагирующих компонентов болевой реакции является перестройка функций сердечно-сосудистой системы, которая зависит от состояния функционирования вегетативной нервной системы (ВНС) и его изменений. Математический анализ ритма сердца позволяет определить степень напряжения регуляторных механизмов, а следовательно, даёт возможность охарактеризовать выраженность болевой реакции и степень аналгетического действия препаратов, применяемых для послеоперационного обезболивания (3,4). Отклонения, возникающие в регулирующих системах, предшествуют гемодинамическим, метаболическим, энергетическим нарушениям и, следовательно, могут являться наиболее ранними прогностическими признаками неблагополучия пациента (1,6,9).

Цель работы:

Исследовать влияние различных методов пос-

леоперационного обезболивания на состояние функционирования вегетативной нервной системы у детей и оценить эффективность обезболивания.

Материал и методы:

Исследованы 269 детей в возрасте от 4 до 15 лет, после плановых операций на органах брюшной полости, грудной клетки, забрюшинного пространства, костно-мышечном аппарате. Для исключения остаточного влияния наркотических препаратов, исследование начинали через сутки после операции, при наличии послеоперационного болевого синдрома. Больные были разделены на 6 групп, в зависимости от метода послеоперационного обезболивания. Для объективной оценки степени аналгетического действия препаратов для послеоперационного обезболивания, в каждую группу входили пациенты с одинаковой по характеру и объёму хирургической патологией.

1-я группа- 48 больных, обезболивание проводилось дипидолом (в/м, 0,3 мг/кг, в целях уменьшения респираторно-депрессивного эффекта). Исследование проводили на 4-х этапах: до обезболивания, через 30 минут после обезболивания, через 2 часа, через 3 часа.

2-я группа- 45 больных, обезболивание проводилось баралгином (в/в, 30-50 мг/кг). Исследование проводили на трёх этапах: до обезболивания, через 30 минут после обезболивания, через 1 час.

3-я группа- 44 больных, обезболивание проводилось в/венным введением клофелина (2мкг/кг) и баралгина (20 мг/кг). Исследование проводили на 5 этапах: до обезболивания, через 30 минут, через 2 часа, через 4 часа, через 6 часов.

4-я группа- 40 больных, обезболивание прово-

дилось введением лидокаина (5 мг/кг) в эпидуральное пространство (ЭП). Исследование проводили на 3-х этапах: до обезболивания, через 30 минут, через 1 час.

5-я группа-46 больных, эпидуральная аналгезия (ЭА) проводилась лидокаином (5 мг/кг) в комбинации с морфином (1-2 мг). Исследование проводили на 6 этапах: до обезболивания, через 30 минут, через 1 час, через 2 часа, через 6 часов, через 12 часов.

6-я группа - 46 больных, обезболивание проводилось применением классической акупунктуры. Точки воздействия подбирались в зависимости от операционного доступа, использовались точки тех каналов, которые пересекались операционным разрезом и точки общего воздействия. Общее количество игл - 8-10, тип тормозного метода введения. Исследование проводили на 4 этапах: до обезболивания, через 30 минут, через 1 час, через 2 часа после сеанса акупунктуры.

При поступлении больного в отделение реанимации и интенсивной терапии и в течении всего периода наблюдения осуществлялся мониторный контроль с оценкой показателей частоты сердечных сокращений (ЧСС), артериального давления (А/Д), частоты дыхания (ЧД). До исследования пациентам проводили лечение, направленное на коррекцию волевых, гидродинамических и белковых отклонений (при необходимости). В течении исследования проводили инфузионную терапию по стандартной схеме.

Кроме этого, изучались показатели центральной гемодинамики, функции внешнего дыхания, показатели метаболизма, интерпретация которых не вошла в данную статью.

Изучение анальгетического действия препаратов производилось на основании клинических данных, а также определения и последующей оценке изменений функций ВНС методом кардиоинтервалографии (КИГ) с математическим анализом ритма сердца (МАРС). Запись КИГ с МАРС включала расчёт следующих показателей: моды (M_0)- наиболее часто встречающаяся длительность кардиоцикла, с; амплитуды моды (AM_0) - число кардиоциклов, равных по продолжительности моде, %; вариационный размах (DX)- разность между максимальной и минимальной длительностью кардиоинтервала, с; индекс напряжения (ИН) - интегральный показатель, отражающий степень централизации управления сердечным ритмом, т.е. показывающий степень выраженности напряжения адаптационно-регуляторных механизмов организма.

Полученные данные обработаны с использованием методов математической статистики.

Результаты исследования и их обсуждение:

У 82,1% пациентов 1 группы спустя 10-15 минут после обезболивания дипидолом отмечался выраженный седативный эффект с резким сниже-

нием интенсивности болевого синдрома. Отмечалась довольно выраженная психо-эмоциональная заторможенность. Уже через 30 минут АД имело тенденцию к снижению на 7,3%, ЧСС на 11,2%, ЧД снижалась на 19,3%. Однако, эти изменения носили недостоверный характер. Через 2 часа после обезболивания у 14,2% больных сохранились боли при движении, пальпации и откашливании; практически все пациенты отмечали полное отсутствие боли в покое. Седативный эффект на данном этапе сохранялся у 67,8% больных. Со стороны гемодинамических показателей отмечалось дальнейшее снижение ЧСС на 14,1% (табл.1), АД на 8,9%, ЧД на 23% по сравнению с 1 этапом.

Динамика статистических параметров сердечного ритма у детей 1 группы ($M \pm m$)

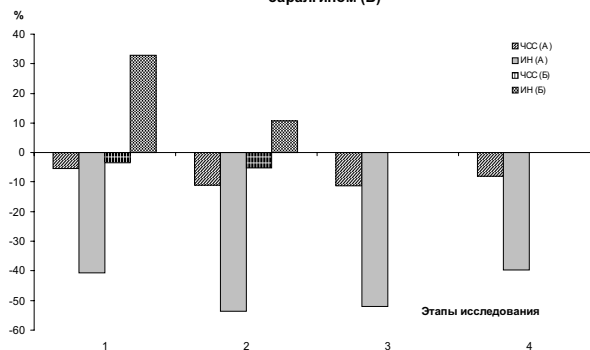
Этапы	ЧСС, мин	M_0 , с	AM_0 , %	DX, с	ИН, усл. ед
1.	120,60±9,16	0,50±0,04	23,10±2,11	0,12±0,03	253,20±10,9
2.	107,21±8,71	0,58±0,03*	22,06±1,92	0,14±0,02	171,08±85,0*
3.	103,75±8,73	0,58±0,02	22,05±2,01	0,15±0,05	154,00±80,7
4.	110,51±9,21	0,54±0,03	23,06±2,04	0,13±0,03	187,83±85,1

Таблица 1

Примечание: * - $P < 0,05$.

Анализ параметров КИГ показал снижение симпатико-адреналовой активности от 1 к 3 этапу исследования. Так, уже через 30 минут отмечалось уменьшение симпатических влияний: ИН, AM_0 на 32,3% и 8,7%. а M_0 и DX увеличивались на 13,2% и 15,3%

Изменения ЧСС и ИН у детей при проведении послеоперационного обезболивания клофелином в комбинации с баралгином (А) и баралгином (Б)



соответственно (табл 1, рис 1). Через 2 часа отмечалось дальнейшее снижение ИН на 10% по сравнению с предыдущим этапом. К 3 часу отмечалось возрастание ИН на 20,9%. ИН в значительной степени коррелировал со степенью выраженности анальгетического действия дипидолола, ИН был

высоким при развитии болевого синдрома и в последующем снижался при проведении обезболивания дипидолом и максимально уменьшался через 2 часа, а затем вновь имел тенденцию к возрастанию, отражая снижение уровня анальгетического действия дипидолола к 3 часам.

У 60% больных 2 группы после обезболивания баралгином через 30-40 минут отмечалось неотчётливое дремотное состояние. Больные на манипуляции болезненно реагировали. Дремотное состояние длилось в среднем 10-15 минут. Так, через 1 час после обезболивания только у 24% пациентов сохранялся поверхностный сон. Не отмечалось психо-эмоционального успокоения, дети были беспокойными, боялись проведения клинических тестов (КИГ, спирометрия). Через 30 минут у 44% больных сохранялись боли в покое, а у 88% - боли при движении, пальпации и откашливании. На данном этапе отмечалось снижение ЧСС на 3,3%, АД на 4,3%, ЧД на 3,9%. Эти изменения носили недостоверный характер. Через 1 час после обезболивания у 40% больных сохранялись боли в покое, у 88% - при движении, пальпации и откашливании. На данном этапе исследования ЧСС несколько снижалось на 4,8% (табл.2), АД на 6,6%, ЧД на 4,5% по сравнению с этапом некупированных болевых ощущений.

Динамика статистических параметров сердечного

Этапы	ЧСС, мин	МО, с	АМО, %	ДХ, с	ИН, усл. ед
1.	125,40±9,75	0,46±0,01	24,90±4,43	0,13±0,01	300,32±89,6
2.	121,40±10,1	0,47±0,02	26,50±6,62*	0,13±0,04	399,6±92,3*
3.	119,50±7,18	0,48±0,03	26,12±6,47	0,12±0,03	332,3±105,8

ритма у детей 2 группы (М±m)

Таблица 2.

Примечание: * - $P < 0,05$.

Параметры КИГ показали нарастание симпатoadренальной активности по сравнению с периодом некупированных болевых ощущений. Это позволяет судить о неадекватной защите организма от болевой реакции, что ведет к повышению тонуса симпатической нервной системы. Так, через 30 минут отмечалось нарастание ИН на 33%, АМО на 6,4% (рис.1). Через 1 час после обезболивания отмечалось незначительное снижение ИН на 19,6% по сравнению с предыдущим этапом, хотя по отношению к 1 этапу ИН оставался повышенным на 10,6%.

Таким образом, у пациентов 2 группы после обезболивания баралгином, отмечалось нарастание ИН, что отражало значительное напряжение механизмов регуляции сердечного ритма и позволяло говорить о наличии выраженной эмоционально-

болевой стрессовой реакции. Обезболивание баралгином не приводило к уменьшению (подавлению) эмоциональных и вегетативных, в частности гемодинамических проявлений боли.

Для улучшения метода послеоперационного обезболивания на основе ненаркотических анальгетиков - применен препарат центрального действия клофелин с отчётливым вегетокорригирующим действием, влияющим на ослабление как моторных и эмоционально-аффективных, так и гемодинамических ноцицептивных реакций. У 84% пациентов 3 группы спустя 15-20 минут после обезболивания отмечался отчетливый седативный эффект с резким снижением интенсивности болевого синдрома. Отмечалась выраженная психо-эмоциональная заторможенность. Уже через 30 минут у 80% пациентов отсутствовали боли в покое, у 69,8% - при движении, пальпации и откашливании. На данном этапе отмечалось снижение ЧСС, АД, ЧД на 14,7%, 10,4%, 13,4% соответственно. Через 2 часа после обезболивания боли в покое отсутствовали практически у всех больных, у 16,6% больных сохранялись боли при движении, пальпации и откашливании. Седативный эффект на данном этапе сохранялся у 81,3% больных. Со стороны гемодинамики отмечалось дальнейшее снижение ЧСС (табл.3), АД, ЧД на 17,1%, 11,3%, 16,6% соответственно по сравнению с 1 этапом. Через 4 часа после обезболивания у 15,9% пациентов сохранялись боли при пальпации, движении и откашливании. Гемодинамические показатели были стабильны и аналогичны предыдущему этапу. Через 6 часов после обезболивания отмечалось возобновление болевого синдрома в покое у 52,5% больных, при движении, пальпации и откашливании - у 61,3%. Наряду с этим отмечалось нарастание гемодинамических показателей и приближение их к исходным данным.

Этапы	ЧСС, мин	МО, с	АМО, %	ДХ, с	ИН, усл. ед
1.	126,40±8,30	0,46±0,01	31,40±3,45	0,08±0,03	521,75±176,56
2.	119,60±6,54	0,47±0,01	31,20±6,45	0,10±0,01	310,5±123,56*
3.	112,40±6,75	0,48±0,03	24,80±4,56	0,10±0,01	242,17±89,76
4.	111,70±8,76	0,51±0,01*	23,20±3,98	0,13±0,03*	255,41±98,67
5.	116,30±8,73	0,47±0,02	28,30±4,12	0,11±0,02	315,2±103,54*

Динамика статистических параметров сердечного ритма у детей 3 группы (М±m)

Таблица 3

Примечание: * - $P < 0,05$.

Параметры КИГ показали снижение симпатoadренальной активности от 1 к 4 этапу (табл.3, рис.1).

Так, уже через 30 минут после обезболивания у пациентов данной группы отмечалось достоверное снижение ИН на 40,5%. Через 2 часа отмечалось дальнейшее снижение ИН и DX на 22,1% и 20,6% по сравнению с предыдущим этапом, а по сравнению с исходом ИН и DX снижались на 53,6% и 21,1% соответственно. Через 4 часа отмечалось незначительное нарастание ИН на 5,4% по сравнению с предыдущим этапом. К 6 часу исследования, наряду с возобновлением болевого синдрома отмечалось нарастание ИН на 23,4%.

Таким образом, сочетание клофелина с баралгином даёт продлённый анальгетический и седативный эффект, благотворно влияющий на состояние ВНС. Клофелин усиливает действие баралгина и позволяет использовать последний в дозе 20 мг/кг для послеоперационного обезболивания, надёжно устраняет эмоционально-аффективные и гемодинамические ноцицептивные реакции.

У 75% пациентов 4 группы через 10-15 минут после эпидурального введения лидокаина отмечался выраженный седативный эффект со снижением интенсивности болевого синдрома. Наступало дремотное состояние, из которого они легко выходили при обращении к ним. Через 30 минут после обезболивания практически у всех больных отсутствовали боли в покое, у 20% - сохранялись боли при движении, пальпации и откашливании. На данном этапе отмечалось достоверное снижение ЧСС на 9,3%, АД на 10,2% в результате симпатической блокады, ЧД снижалось на 10,7%. Через 1 час после обезболивания у 35% больных сохранялся поверхностный сон, у 25% возобновились болевые ощущения в покое, и уже у 55% отмечались болевые ощущения при движении, пальпации и откашливании. На данном этапе, наряду с возобновлением болевого синдрома гемодинамические показатели нарастали: ЧСС на 1,9%, АД на 4,6%. Анализ параметров КИГ показал значительное снижение симпатико-адреналовой активности от 1 ко 2 этапу исследования. Так, через 30 минут после обезболивания отмечалось уменьшение ИН, AM_0 на 46,3% и 16,5% (табл.4). Через 1 час после обезболивания, отмечалось нарастание ИН и AM_0 на 82,2% и 6,8%. Так, ИН у пациентов 4 группы в значительной степени коррелировал со степенью выраженности анальгетического действия ЭА лидокаином.

Этапы	ЧСС,мин	МО,с	АМ ₀ ,%	DX,с	ИН,усл.ед
1.	140,15±15,14	0,48±0,07	26,46±6,20	0,11±0,04	534,1±241,7
2.	127,13±15,6*	0,51±0,04	22,09±5,13*	0,11±0,01	287,2±109,1*
3.	130,60±12,2	0,46±0,04	28,27±4,60	0,08±0,02	523,2±204,5

Динамика статистических параметров сер-

дечного ритма у детей 4 группы ($M \pm m$)

Таблица 4

Примечание: * - $P < 0,05$.

Для улучшения методики и проведения продолженного эпидурального обезболивания применен наркотический анальгетик - морфин гидрохлорид в сочетании с местными анестетиками. У пациентов 5 группы после эпидурального введения морфина в сочетании с лидокаином, через 5-10 минут отмечался выраженный седативный эффект, появлялись признаки общего системного действия опиатов - психо-эмоциональная заторможенность, сужение зрачка. Через 30 минут после обезболивания практически у всех пациентов отсутствовали боли в покое, у 20% сохранялись боли при движении, пальпации и откашливании. При этом отмечалось достоверное снижение ЧСС, АД, ЧД на 9,3%, 10,2%, 10,7%. Через 1 час после обезболивания у 75% больных сохранялся поверхностный сон. Двигательная активность была ограничена из-за седативного эффекта, зрачок оставался узким. Анализ параметров КИГ показал достоверное снижение симпатических влияний (ИН, AM_0). ЧСС и АД снижались на 6,4% и 5,8%. На данном этапе у 89% больных отсутствовали боли при движении, пальпации и откашливании. Через 2 часа после обезболивания все больные отмечали полное отсутствие боли в покое, а у 92% - отсутствовали боли при движении, пальпации и откашливании. Больные бодрствовали, движения совершались в полном объёме. Зрачок приобретал нормальную величину. ЧСС и АД оставались стабильными по сравнению с предыдущим этапом. Анализ параметров КИГ на данном этапе показал незначительное нарастание симпатических влияний, связанной с эмоционально-стрессовой реакцией детей, ослаблением общего систем-

Этапы	ЧСС,мин	МО,с	АМ ₀ ,%	DX,с	ИН,усл.ед
1.	142,25±16,4	0,47±0,06	32,41±5,61	0,10±0,02	561,29±179,18
2.	129,1±15,6*	0,51±0,01	24,55±4,61*	0,12±0,01	210,32±94,21*
3.	120,8±12,58	0,52±0,02	21,94±3,36	0,14±0,02	207,2±79,61
4.	121,8±13,21	0,50±0,01	26,17±4,51	0,12±0,01	274,26±101,15
5.	125,6±14,01	0,48±0,07	28,13±5,51	0,11±0,03	329,14±98,16
6.	134,1±15,81	0,46±0,01	29,43±5,62	0,09±0,04	432,4±176,11

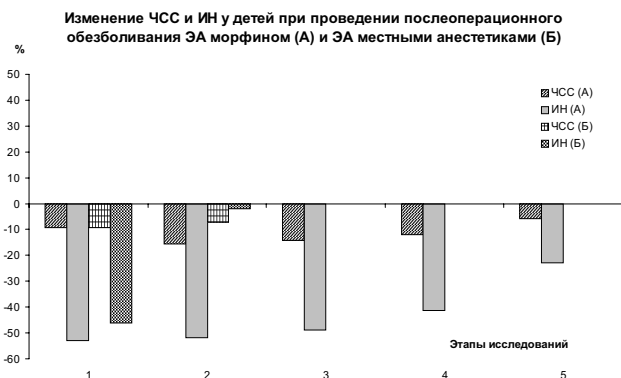
ного действия наркотических анальгетиков и преобладанием сегментарной анальгезии.

Динамика статистических параметров сердечного ритма у детей 5 группы ($M \pm m$)

Таблица 5

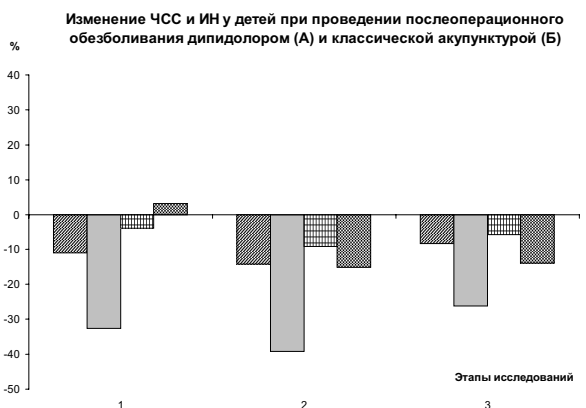
Примечание: * - $P < 0,05$.

Достигнутый обезболивающий эффект устойчиво сохранялся в последующие часы наблюдения



и только у 24% больных через 12 часов возобновились болезненные ощущения в послеоперационной ране. Эпидуральное введение морфина на фоне послеоперационного болевого синдрома сопровождалось длительным снижением активности симпатического отдела ВНС и кратковременным повышением тонуса парасимпатического отдела. С уменьшением признаков общего системного действия морфина активность парасимпатической нервной системы снижалась и восстанавливалось равновесие между обоими отделами ВНС.

Таким образом, пролонгированная ЭА морфином в сочетании с местными анестетиками адекватно



ватно защищает организм от ноцицептивной импульсации, длительно купируя болевой синдром, тем самым способствует более благоприятному течению послеоперационного периода, ранней и полной активизации больных, сокращает расход медикаментов.

У 72,4% пациентов 6 группы через 25-30 минут после начала сеанса иглорефлексотерапии отмечалось дремотное состояние. После извлечения игл дремотное состояние сохранялось в течении 1,5-2 часов. Через 30 минут после начала сеанса иглорефлексотерапии у 62,9% больных отмечалось уменьшение болевых ощущений в области после-

операционной раны. Через 1 час у 75,5% больных отмечено отсутствие боли в покое и у 56,2% - отсутствие боли при движении, пальпации и откашливании. Через 2 часа отмечалось возобновление болевого синдрома в покое у 32,6% больных, у 49% - возобновление боли при движении, пальпации и откашливании. Через 1 час после начала сеанса отмечалось снижение ЧСС, АД, ЧД на 4,6%, 4,9%, 6,7% соответственно. Через 2 часа ЧСС и АД незначительно повышались на 2,9% и 1,3%. ЧД прак-

Этапы	ЧСС, мин	МО, с	АМО, %	ДХ, с	ИН, усл. ед
1.	121,6±10,31	0,46±0,02	24,91±4,43	0,13±0,01	351,3±83,26
2.	116,42±9,24	0,47±0,03	25,51±6,65	0,13±0,03	362,0±172,3
3.	110,90±8,12	0,53±0,06	20,25±4,31	0,15±0,04*	298,1±101,9*
4.	114,0±10,57	0,52±0,05	20,03±8,16	0,14±0,03	302,16±91,44

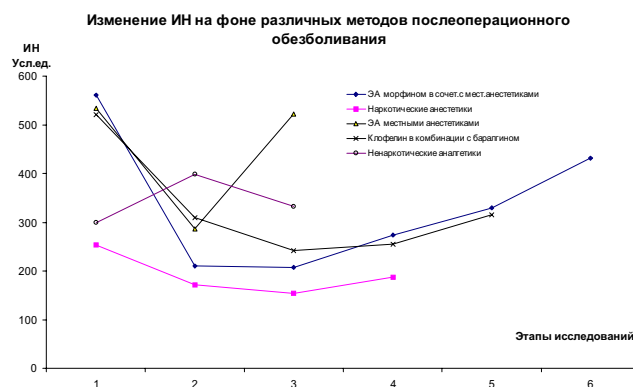
тически не изменялась.

Параметры сердечного ритма во время рефлексотерапии показали умеренное снижение симпатикотонии ВНС (табл.6).

Динамика статистических параметров сердечного ритма у детей 6 группы ($M \pm m$)

Таблица 6

Примечание: * - $P < 0,05$.



Так, через 30 минут отмечалось нарастание ИН на 3,1%. Однако, через 1 час отмечалось достоверное снижение ИН на 17,7%, ДХ увеличивался на 15,3%. Через 2 часа ИН оставался низким по сравнению с 1 этапом на 14%, а в сравнении с предыдущим этапом увеличивался на 1,3%. Достоверные изменения параметров сердечного ритма через 1 час после сеанса являются следствием ослабления тонуса симпатического отдела ВНС и подтверждают адекватность обезболивания. При этом величина ИН остается в пределах стресс-нормы, а диапазон его изменений свидетельствует о стабильном балансе между тонусом симпатической и парасим-

патической отделов ВНС.

Таким образом, параметры КИГ с математическим анализом ритма сердца дают возможность объективно охарактеризовать выраженность болевой реакции и степень аналгетического действия препаратов для послеоперационного обезболивания. Нейровегетативная стабильность, в свою очередь, приводит к улучшению показателей гемодинамики, дыхания и метаболизма в послеоперационном периоде.

Выводы:

1. На фоне послеоперационного обезболивания дипидолом, ЭА лидокаином, ЭА морфином в сочетании с лидокаином, клофелином в сочетании с баралгином и иглорефлексотерапии отмечалось достоверное снижение активности симпатического отдела ВНС, что подтверждало эффективность обезболивания.

2. У пациентов 3 и 5 групп обезболивание сопровождалось длительным снижением активности симпатического отдела ВНС, кратковременным повышением активности парасимпатического отдела ВНС, что было связано со степенью выраженности и длительностью аналгетического действия препаратов для послеоперационного обезболивания.

3. Продлённая ЭА морфином в сочетании с лидокаином, обезболивание дипидолом и обезболивание клофелином в сочетании с баралгином

обеспечивали оптимальные пределы характеристик ВНС и являлись приоритетными методами послеоперационного обезболивания.

4. Обезболивание баралгином сопровождалось повышением активности тонуса симпатического отдела ВНС, не приводило к уменьшению эмоциональных и вегетативных проявлений боли, что позволяло судить о недостаточной эффективности обезболивания.

Литература:

- 1.Баевский Р.М. Кириллов О.И. Клецкин С.З./ Математический анализ изменений сердечного ритма при стрессе.-М.-1984.
- 2.Беляев Д.Г. //Анест. и реаниматол. 1986- №1 - с.17-20.
- 3.Дьячкова Г.И. Щитинин В.Е.//Анест. и реаниматол. 1989- №4 с.42-44.
4. Хмелевский Я.М. Воронин Е.И. Чекин С.Ю. Иванов В.К. //Анест. и реаниматол. 1989- №4 с.53-57.
5. Abu-Saad H. // Pain - 1984- V. 19.-2, p.163-171.
- 6.Basselli G. Gerutti S. Civardi S. et al. //Comput biot. Med. 1988-V.18, 1, p.1-16.
- 7.Owens M.E. //Ibid-1984 -V.20,3. p.213-230
- 8.Thompson K.L. Varni I.W. //Ibid 1986 -V.25,3 .- p.283-296
- 9.Pagani M. Lombardi F. Gurretti S. et al. //Circulat. Res. 1986.-V. 59,2.- p.178-193.

*Шорустамов М.Т.,
Хамраев Ш.Ш.,
Рахматиллаев Ш.Н.*

**НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ
ПЕРЕЛОМОВ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ**
*Кафедра травматологии ортопедии, ВПХ с
нейрохирургией (науч.рук.- проф.Ш.Ш.Хамраев)
II-ТашГосМИ (ректор - Х.Я. Каримов).*

М.Т. Шорустамов, Ш.Ш. Хамраев, Ш.Н. Рахматиллаев.

ТОЗ СУЯКЛАРИНИНГ КОСАЧАСИНИ СИНИШИНИ ТАШХИСЛАШ МУАММОЛАРИ.

Тоз суяклари косочасини синишда ташхислаш мақсадида 46 беморга чуқур рентгенологик текширувлар ўтказилди. Бу эса тактик даволаш чораларини чуқурроқ ўрганишга ёрдам беради. Ташхислаш текширувлари натижасида 60,2% беморларда хирургик даволаш ва 39,8 консерватив усулда даволанди.

Shorustamov M.T., Hamraev S.S., Rahmatillaev S.N.

SOME ASPECTS OF DIAGNOSING THE FRACTURES OF FOSSA ACETABUTA

At fractures of oss acetabuli with diagnosis aim the rentgenologic researches were made up more deeper 1 specialised at 46 patients. Feather due this researches there were made up punctures and treatment of the patients. As the result of this researches 60,2 per cents of patients were operated and 39,8 percents had take the conservative treatment.

Частота дорожно-транспортных происшествий, а с ним количество и тяжесть травм опорно-двигательного аппарата, включая повреждение вертлужной впадины, за последние годы неуклонно растет.

При выборе тактики лечения дезориентируют встречающиеся до сих пор допускаемые ошибки в диагностике повреждений вертлужной впадины. Нераспознанные или обнаруженные с опозданием переломы сустава являются причиной быстрого прогрессирования анатомических, сосудистых, трофических расстройств во всех структурах и тканях области тазобедренного сустава приводящий к тяжелой инвалидности [1].

Материал и методы исследований.

Проведен клинико-рентгенологический анализ историй болезни 126 больных с переломами вертлужной впадины, из которых 80 больных составляли архивный материал, а 46 - собственный материал. Мужчин было 96 человек, женщин - 30. Возраст больных колебался от 17 до 78 лет. Наиболее типичным механизмом возникновения перелома вертлужной впадины были: направление удара по большому вертелу - 80 случаев, коленному суставу 32, по стопе - 4 и по неизвестным причинам они произошли у 4 больных.

Диагностика повреждений костных элементов тазобедренного сустава представляет известные трудности, поскольку впадина расположена в малодоступной для обследования области и клинические симптомы данной области (болезненность, затрудненное движение в тазобедренном суставе, укорочение, вынужденное положение конечности), не патогномичны, они могут встречаться и при других переломах костей таза. Кроме того, в связи с тяжестью общего состояния пострадавшего: нарушение сознания, шок - тщательное клиническое обследование не всегда возможно. Окончательный диагноз можно установить на основании рентгенографии и компьютерной томографии.

Результаты исследований и их обсуждение.

Анализируя результаты рентгенологических исследований больных с переломами вертлужной впадины (по данным архивного материала у 80 больных), которым была произведена стандартная передне-задняя рентгенограмма костей таза, а в ряде случаев только пораженного сустава, данные свидетельствуют, что основные ошибки диагностики и соответственно тактики лечения были связаны с тем, что существующая обычная передне-задняя, а также аксиальные проекции рентгеноисследований не отражали истинное расположение линии переломов вертлужной впадины.

С 1996 года на кафедре травматологии ортопедии ВПХ с нейрохирургией Второго ТашГосМИ, при переломах вертлужной впадины у 46 больных, рентгенологическое исследование проводилось в полипозиционных проекциях тазобедренного сустава.

При переломах горизонтальной ветви лонной кости у места образования вертлужной впадины, предлагаем дополнительную внутреннюю косую рентгенограмму костей таза. В ряде случаев косая внутренняя под углом 45° и обзорная рентгенография не всегда дает правильную картину распространения линии перелома на вертлужную впадину. При этом диагностируется только перелом лонной кости, что влечет за собой ошибку в тактике лечения, в отношении тазобедренного сустава.

Если на стандартной передне-задней рентгенограмме определяется двойная линия перелома заднего края или крыши вертлужной впадины рекомендуем наружную косую рентгенограмму под углом 45°.

При этом необходимо учитывать индивидуальные анатомические особенности костей таза, отличие мужского таза от женского выводится истинное смещение отломка в диапазоне от 45 до 48°. По данной методике у 12 больных нами выявлено смещение костных отломков, которым было показано оперативное лечение.

У больных с переломом задней стенки, крыши или заднего края вертлужной впадины признаки

заднего вывиха не всегда отчётливы, так как за счёт дефекта задней стенки или заднего края впадины головка может занимать менее вынужденное положение, скрывая истинную клиническую картину, что может ошибочно привести к накладыванию скелетного вытяжения по оси бедра. При этом не восстановленными остаются задняя стенка вертлужной впадины. В этих случаях необходима дополнительная наружная косая рентгенограмма под углом 45°00, на которой можно опеределить задний край впадины и отчётливо выделяется смещение головки к задней части, а также фрагмент заднего верхнего края впадины.

При сочетании перелома головки бедренной кости и края вертлужной впадины, просматривается перелом края, если его размер мал, так как основное внимание сосредотачивается на осколке головки бедра. В этих случаях необходима компьютерная томография вертлужной впадины, на которой выявляются внутрисуставные осколки, трудно и не всегда определяемые при обычной рентгенографии.

Изучая результаты рентгенисследований 80 больных с переломами вертлужной впадины только в передне-задней проекции в 97,5% случаев произведено консервативное лечение, в 2,5% случаев хирургическое лечение.

При полипозиционных исследованиях тазобедренного сустава 42 больным хирургическое лечение проводилось в 60,8% случаев и 39,2% случаях консервативное лечение.

При переломах вертлужной впадины применяют как консервативное, так и хирургические способы лечения, каждый способ лечения зависит от возраста больных, характера перелома, от сопутствующих повреждений, срока от момента травмы. Всем больным поступающим в приёмное отделение с переломами костей таза и вертлужной впадины после клинического осмотра необходима внутритазовая анестезия по Школьникову-Селиванову и только тогда надо начинать рентгенологическое обследование, иначе кроме передне-задней рентгенограммы из-за болей и тяжести общего состояния больного в косых проекциях рентгенографию производить тяжело, а в ряде случаев невозможно.

При переломах вертлужной впадины без смещения отломков или незначительным смещением накладывается скелетное вытяжение за надмышечковую область бедра, срок вытяжения 4-6 недель после адаптации костных отломков. Частичная нагрузка на конечность на костылях, а полная без

дополнительной опоры через 6-7 мес. При переломах дна вертлужной впадины с центральным подвывихом или вывихом головки бедренной кости дополнительно к вытяжению по оси бедра накладывается вытяжение по оси шейки бедра. С этой целью используется штопор Сиваша, металлический шуруп с циркляжной проволокой, спица Киршнера и др. В нашей практике применяется винт для бокового вытяжения по методике нашей клиники. Величина груза может достигать 8-10 кг, а затем по мере вправления вывиха уменьшаться от 3 до 5 кг. Вытяжение проводят в течение 6-8 недель после адаптации костных отломков. Частичная нагрузка через 6-8 месяцев, полное спустя 9 месяцев. При краевых переломах лечение зависит от положения головки бедренной кости и величины костного отломка. При подвывихе или вывихе бедра под общим обезболиванием необходимо сразу же после поступления больного в приёмное отделение вправить вывих. В случае, если отломок заднего края или крыши смещен и размеры его превышают 2,0 x 0,5 см, рекомендуем оперативное лечение остеосинтез металлическими шурупами задним доступом по Кохеру-Лангенбека. При застарелых переломах дна вертлужной впадины центральным вывихом головки бедренной кости, когда суставной хрящ на головке бедра отслоен у лиц молодого возраста, занимающихся физическим трудом, по нашему опыту предпочтительно артродезирование тазобедренного сустава. При застарелых переломах дна вертлужной впадины с центральным подвывихом или вывихом головки бедра у больных имеет место выраженная тугоподвижность и нарушается опороспособность конечности. В этих случаях отсутствии эффекта от комплексного консервативного лечения и наличие постоянного болевого синдрома наиболее целесообразно эндопротезирование тазобедренного сустава.

Выводы

Полипозиционная рентгенография тазобедренного сустава улучшает диагностику повреждения костных элементов тазобедренного сустава, тем самым позволяет правильно выбрать тактику как оперативного так и консервативного лечения больных.

ЛИТЕРАТУРА:

1. О.И.Рыбачук, В.С.Украинец, Л.П.Кукуруза, К.И.Катонин. Хирургическая тактика при повреждениях вертлужной впадины //Ортопедия травматология и протезирование. - 1995. - №1.- С. 17-21.

ОБМЕН ОПЫТОМ*Ш.Д.Ачилов***ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАПАРОСТОМИИ С
ПРОГРАММНОЙ САНАЦИЕЙ ПРИ ПЕРИТОНИТАХ
ЦВГ МО РУз**

В настоящее время установлено, что бурное течение распространенного перитонита обуславливает особую тяжесть в состоянии больных и сопровождается высокой летальностью, достигающей 50-70%.

Несмотря на применение различных способов оперативного вмешательства с санацией брюшной полости во время операции и послеоперационном периоде у больных с распространенными формами перитонита в 4,9-6,1% случаев приходится прибегать к релапаротомии. Во время операции ликвидировать источник перитонита не всегда представляется возможным из-за возникающих трудностей, вызванных деструктивными процессами в брюшной полости и нарушением взаимоотношений между органами. Даже самый тщательный интраоперационный лаваж не позволяет промыть все отделы брюшной полости.

Впервые Микулич при лечении перитонита предложил методику «открытого живота», которая в последующем не получила широкого распространения. Известный хирург - гинеколог Жан Луи Фор более 100 лет назад применил открытое лечение перитонита в гинекологии. Первая лапаростомия была выполнена Н.С.Макохой (1967). Начиная с середины 70-х годов, в зарубежной литературе стали появляться сообщения о лапаротомии или эвисцирации - открытом способе лечения перитонита.

Под словом лапаростомия следует понимать открытое ведение брюшной полости, а метод, связанный с временным ее закрытием и предусматривающий необходимость систематической ревизии, целесообразно именовать программной и управляемой релапаротомией. По данным зарубежных авторов из 118 больных, лечившихся методом лапаростомии, выжили более 50%. Это существенный прогресс, если принимать во внимание, что все эти больные по критериям тяжести перитонитов были инкурабельны.

Результаты применения лапаростомии при лечении перитонита оказались обнадеживающими. Лапаростомия в комплексном лечении распространенного перитонита, по нашим данным, раскрывает широкие возможности поиска перспективных направлений в снижении послеоперационных осложнений и летальности. Нами, для временного закрытия брюшной полости, были применены «молнии-застежки».

Сущность метода заключалась в следующем, широкой лапаротомии или релапаротомии края кожи подшивают узловыми швами к краям париетальной брюшины. Затем после ликвидации источника перитонита производили тщательное промывание брюшной полости растворами антисептика, антибиотика, дренировали подпеченочное, поддиафрагмальное пространство и малый таз. Предстерилизационную обработку «молнии-застежки» длиной 25-30 см осуществляли ручным способом и постоянное хранение осуществляли в растворе 0,5% хлоргексидина.

Для фиксации «молнии-застежки» полностью разъединяли, и обе части вшивали поочередно. Фиксацию разъемных частей производили по всей длине. При этом стремились к тому, чтобы зубчатые края молнии находились на одном уровне. После фиксации отдельных частей «молнии-застежки» на петли кишечника укладывали перфорированный целлофановый материал, над ним укладывали марлевые салфетки смоченные водорастворимой мазью или раствором фурациллина, чтобы исключить слипание раны и органов брюшной полости при соединении молнии, а также с целью профилактики механического повреждения замком «молнии» органов брюшной полости.

В последующем до купирования явлений перитонита производили программную санацию. Первую программную санацию производили через 24 часа, а в последующем, дальнейшую санацию программировали по течению процесса.

После введения больного в наркоз хирург производит обработку операционного поля и раскрывает «молнию-застежку», производит обработку раствором антисептика и ревизию краев раны, осторожно разделяет рыхлые сращения между краями рассеченной париетальной брюшины и прилежащей марлевой салфеткой, а затем последнюю также отделяют от прилежащих петель кишечника и большого сальника. Производится ревизия брюшной полости и промывается раствором антисептика с антибиотиками широкого спектра действия.

Во время санации брюшной полости особое внимание уделяется поддиафрагальному, подпеченочному, Дугласову пространству и межпетлевым участкам живота. Выполнение санации брюшной полости заканчивалось введением новокаина в брыжейку кишечника, после чего укладывали большой сальник по всей брюшной полости ограничи-

вая им свободную брюшную полость от раны передней брюшной стенки. В брюшную полость устанавливали перфорированный целофан с марлевыми салфетками и закрывали «молнию-застежку».

Нами обследованы 84 больных с распространенными формами перитонита, причинами которого послужили различные заболевания и травмы органов брюшной полости, у которых в комплексном лечении был применен метод лапаростомии.

Необходимо отметить, что непосредственная причина перитонита является одним из самых важных факторов, определяющих тяжесть течения, прогноз и особенности лечебной тактики. В таблице №1 представлено распределение больных в зависимости от причин вызвавших перитонит.

Таблица № 1.

Age Group	Percentage
11	11
4	4
27	27
1	1
84	84
48,8	48,8
13,0	13,0
4,8	4,8
32,2	32,2
1,2	1,2
100,0	100,0

Основной причиной возникновения гнойного перитонита была острая кишечная непроходимость и деструктивный аппендицит у 41 больных (48,8%), что связано с поздней обращаемостью больных и поздней госпитализацией и оперативным вмешательством. Среди причин перитонита ведущее место занимает также послеоперационный перитонит - 27 больных (32,2%). Высокий удельный вес указанных больных в наших наблюдениях объясняется их поступлением из других лечебных учреждений.

Травматические повреждения органов брюшной полости явились причиной развитием перитонита у 11 больных (13,0%). У 4 больных (4,8%) распространенный перитонит вызван перфоративными язвами желудка и 12 перстной кишки. Прочие заболевания послужили причиной перитонита у 1 (1,2%) больного.

Больные с послеоперационным перитонитом относятся к самой тяжелой категории и требуют применения всего арсенала современных методов лечения, детоксикации и антибактериальной терапии.

Состояние больных при поступлении расцени-

валось как крайне тяжелое у 61 (72,6%) больных.

Для больных поступивших в экстренном порядке характерна поздняя обращаемость за медицинской помощью.

В таблице №2 представлено распределение больных в зависимости от стадии перитонита.

Таблица №2.

Стадия перитонита	
Абс. число	%
Реактивная	
Токсическая	
Терминальная	
Итого	4
59	
21	
84	4,8
70,2	
25,0	
100,0	

Умерло 27 (32,1%) больных, что обусловлено, в основном, тяжестью состояния этих больных. Наибольшая разница показателей летальности отмечена в группе больных, оперированных с послеоперационными перитонитами.

Опыт применения лапароскопии в комплексном лечении больных с распространенными формами гнойного перитонита убеждает, что развитие тех или иных послеоперационных осложнений зависит в основном от возможности активного влияния на источник воспаления.

ВЫВОДЫ

1. Лапаростомия с программной санацией брюшной полости решает серьезную проблему профилактики грозных осложнений и показана в ситуациях, когда организм больного не смотря на интенсивное лечение, не может справиться с тяжелой интоксикацией.

2. Применение лапароскопии с программной санацией в комплексном лечении больных с распространенными формами гнойного перитонита позволяет уменьшить проявления полиорганной недостаточности и сократить послеоперационную летальность.

3. Полученные данные позволяют считать, что метод лапаростомии с программной санацией брюшной полости является наиболее активным хирургическим пособием на современном этапе развития хирургии и методом выбора у наиболее тяжелой категории больных.

М. М. Мирсаматов

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СПОСОБА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОБСТРУКЦИИ НИЖНЕЙ ПОЛОВИНЫ МОЧЕТОЧНИКА (Клиника 1 ТашГосМи - доц. Ходиев Х.С.)

М. М. Мирсаматов

Сийдик найнинг пастки кисми шикастланганидаги даволашни такомиллаштириш усули.

Сийдик найнинг пастдаги ярми турли сабаблари кўра шикастланиши ва уни даволашда 10 дан кўп усуллар қўлланиши, уларнинг салбий ва ижобий натижалари урологиянинг асосий муаммоларидан деб ҳисобланади. Мақолада маълум бўлган ва амалда қўлланиб келаётган даволашларга бирма-бир баҳо берилган ва Боари, Демел, Деревянколар қўллайдиган усулларнинг алоҳида ижобий томонлари борлиги кўрсатилган. Шу билан бир вақтда уларнинг усуларида ҳам камчиликлар, нуқсонлар борлигига эътибор берилган ва қўлланиб келаётган даволаш усули такомиллаштирилган. Янгидан яратилган усулда сийдик найнинг соғлом кисмини ковуқнинг олдини ёки ён деворига улаб қўйилмасдан, орқа деворга тикиб қўйиш тавсия этилган. Бунда қовуқни шакли сақланиб қолиши ва унинг (қовуқнинг) келажақда ишлаш қобилиятини камаймаслиги кўрсатилган. Муаллиф таклиф қилаётган усул билан 9 бемор даволанган ва 8 тасида ижобий натижа кузатилган. Шу билан бир вақтда 18 та Боари усули билан даволанганда 7 беморда (38,8%) салбий натижа бўлган, ва буйрак олиб ташланган. Мақоладаги қўлланган турли усуслар натижасига кўра муалифнинг фикрича Боари усулидан воз кечиш зарурлиги ва сийдик найнинг пастки ярми кисми шикастланганда таклиф қилинган янги усулдан фойдаланиш тавсия этилган. Мақолада 14 та мавзуга таълуқли адабиётлар, 3 та тавсия этилган даволаш усулини ифодаловчи суратлар кўрсатилган.

М. М. Mirsamatov

IMPROVING OF URETER LOW PART OBSTRUCTION SURGICAL TREATMENT

Stricture or obliteration low part of ureter is serious complication of gynecological, oncological, surgical and urological operations-so named iatrogenic complications.

There are ten methods of operations on that group of patients and the most effective is to restore the urine passage using the part of bladder wall for neoureter plastic, launched by Duamell or Van-goor-Boary. But after Boary operation the bladder part using for plastic sometimes comes to fibrotisation and Duamell operation can cause the bladder form deformation, after that detrusor contractility is destroyed.

The article informs about author modification of low part ureter plastic avoiding Boary and Duamell operation consequences. The author performed a modifying method of plastic on 9 patients and only once had recurrence of stricture. At the same time this complication took place on 7 from 18 patients after boary operation.

Актуальность проблемы:

Оказание помощи поражением тазового отдела мочеточника протяженностью более 6 см., представляет трудную задачу, и пока результаты всех видов пластических операций остаются неудовлетворительными (5, 8, 15).

Обструкция нижней половины мочеточника развивается, как правило, после его травмы при радикальном удалении женских половых органов или после операции на органах брюшной полости, малого таза, эндоурологических мероприятий: литотриакции, оптических литотрипсиях и т.д. (3, 10, 12, 13). Туберкулез органов мочеполовой системы, ретроперитонеальный фиброз, лучевая терапия органов малого таза иногда осложняется стриктурой тазового отдела мочеточника и могут привести к тем же последствиям, что и посттравматическая обструкция (1, 2, 7, 8). Лечение органических поражений нижнего отдела мочеточника, особенно протяженностью более 6 см., является чрезвычайно сложной задачей восстановительной хирургии в урологии (4, 5, 6, 15, 16). Согласно данным литературы, для нормализации пассажа мочи из почки в мочевой пузырь предложены многочисленные варианты операций, такие как замещение дефекта мочеточника синтетическими материалами, червеобразным отростком, маточной трубой, сосудами, пересадкой мочеточника от трупа, отрезком тонкой кишки и лоскутом, выкроенным из стенки мочевого пузыря по Боари, Грегуару, Демелю, Деревянко и т.д. (4, 8, 9, 11, 14).

Однако большинство из вышеперечисленных операций, кроме кишечной и лоскутной пластики, не нашли практического применения. Аутопересадка почки с уретероцистостомозом как надеждающая операция также не могла удовлетворить запросы урологов (5, 8, 13). В настоящее вре-

мя замещение нижней половины мочеточника длиной более 6 см. осуществляется, как правило, операцией по Боари или ее модифицированными вариантами - по Демелю или Деревянко (11, 16).

Согласно данным И. Р. Мартин (1998), с помощью операции по Боари, можно восстановить пассаж мочи в мочевой пузырь даже при полном поражении мочеточника, однако, по мнению абсолютного большинства урологов, все виды лоскутной практики не лишены недостатков (4, 5, 9, 14). Так, операция по Боари осуществляется формированием недостающего терминального отдела мочеточника на узком основании, что в отдаленном периоде приводит к гипо-и/или атрофии вновь «моделированного мочеточника» и все стремление урологов заканчивается печальным исходом.

Клинический материал и методы исследования.

С 1997 по 1998 годы нами наблюдались 21 больной со стриктурой или облитерацией нижней половины мочеточников (мужчин было 3, женщин 18). Причинами обструкции тазового отдела мочеточников (18 женщин), были последствия ятрогенной травмы во время экстерепии матки. Всего в 3-х случаях стриктура тазового отдела мочеточника развивалась в результате длительного нахождения камней в юкставезикальном отделе уретеры. Возраст больных был от 22 до 36 лет. Вид и протяженность мочеточника была уточнена после комплексного обследования больных с осуществлением внутривенной урографии, ретроградной уретерографии или уретеротелескопии. У всех больных наряду с поражением тазового отдела мочеточника диагностирован латентная фаза хронического пиелонефрита, уретерогидронефроз второй стадии.

Пластика Боари выполнена 18 раз. Из них в 6 случаях операция произведена с двух сторон с интервалом 4-6 месяцев. у 7 больных в отдельном пе-

риоде наблюдения за ними пришлось производить нефроуретерэктомию в связи с рецидивом стриктуры мочеточника на месте уретероцистонеостомии. Во всех случаях была констатирована выраженная гипотрофия стенки пузырного локуста, гистологическое исследование которого указало на фибротизацию.

У остальных 5 больных результаты пластики по Боари были удовлетворительными в сроки до 1-1,5 года наблюдения. Согласно данным литературы, операция Демеля или Деревянко в отличие от пластики по Боари отличается тем, что локуст из переднебоковой стенки пузыря выкраиваются на широком основании, что относительно хорошо сохраняет кровообращение и иннервацию детрузора (5, 6, 14). Однако, по данным И. М. Деревянко (1972, 1979), и при пластике по Демелю мочевого пузыря грубо деформируется и после операции приобретает вид «песочных часов», что приводит к нарушению функции детрузора. На наш взгляд, аналогичным образом деформируется форма мочевого пузыря и при пластике по И. М. Деревянко. Кроме того, по методике данного автора нередко приходится прибегать к низведению почки на 4-6 см., что в последующем может привести к гипертензии из-за нарушения почечного кровотока.

Учитывая недостатки пластики по Демелю и Деревянко, частые (38,8 %) осложнения после операции по Боари, мы для лечения нижней половины мочеточника видоизменили локустную операцию и пассаж мочи из почки в мочевой пузырь осуществляем следующим образом: над лоном дугообразным разрезом послойно обнажаем переднюю стенку мочевого пузыря и производим его экстраперитонизацию по Юнгу. Полость пузыря вскрываем поперечным разрезом длиной 4-5 см. на месте экстраперитонизации. Разрез продлеваем с 2-х сторон вниз и вбок (рис.1). Затем верхний край стенки пузыря берем на две кетгутовые держалки и заднюю стенку подтягиваем вверх таким образом, чтобы создать условие пересадки мочеточника в пузырь без натяжения. По показаниям боковые разрезы на передней стенке пузыря продлеваем для свободного подтягивания залней стенки в сторону мочеточника (рис.2). Следующим этапом осуществляем уретероцистонеоанастомоз по антирефлюксной методике. Затем края передней стенки пузыря подтягиваем вверх и края стенок пузыря ушиваем двухрядными кетгутовыми швами (рис.3). Предварительно оставляем уретеропиелостому, терминальный конец которой выводим наружу через уретру. На месте уретероцистонеостомы края задней стенки на протяжении 1,5-2 см. ушиваем двухрядными кетгутовыми швами. Мочеточник дополнительно фиксируем к задней стенке пузыря у самой верхушки. В мочевом пузыре на 7-8 дней оставляем постоянный уретральный катетер Фолея.

В случае благоприятного послеоперационного лечения уретеропиелостоме удаляем на 6-7 сутки и через 1-2 дня уретральный катетер извлекаем

из пузыря. Перед удалением катетера производим цистогамму. На которой, обычно, форма пузыря грубо не деформируется и пузырно-мочеточниковый рефлюкс отсутствует. На разработанный метод пластики нижней половины мочеточника нами зарегистрировано «Рацпредложение» (№ 2061, 16.03.98).

По выше описанной методике оперированы 9 больных. В ближайшем послеоперационном периоде выздоровление наступило у 6, выделение мочи из точечного свища с места уретероцистонеостомии имело место у двух и у одного больного наблюдался рецидив стриктуры мочеточника в терминальном его отделе. После консервативных мероприятий свищи закрылись полностью спустя 1-1,5 месяца, нормальный пассаж мочи восстановлен после кишечной пластики, произведенной по поводу рецидива стриктуры. При наблюдении за оперированными больными в период 3-18 месяцев констатировали атаки пиелонефрита от 2 до 5 раз, что купировались после консервативной терапии. Таким образом, в результате оперативного лечения 21 больного с повреждением нижней половины мочеточника, выздоровление наступило у 13 и рецидив стриктуры у 8 человек. После пластики по Боари отрицательный результат наблюдался в 7 случаях и только у одного больного, операция по Демелю осложнилась облитерацией мочеточника на месте уретероцистонеостомии.

Наш опыт лечения 21 больного с повреждением тазового отдела мочеточника и данные литературы по восстановительной хирургии в урологии по этому вопросу позволили заключить о том, что замещение дефекта терминального отдела мочеточника пузырным локустом, выкроенный на узком основании почти в 58% случаев заканчивается рецидивом стриктуры на месте уретероцистонеоанастомоза и фибротизацией стенок вновь сформированного мочеточника, что способствует окончательной гибели почечной ткани из-за прогрессирования гидронефротической трансформации и воспаления верхних мочевых путей.

ВЫВОДЫ:

1. Пластика по Боари должна быть изъята из арсенала органосохраняющих операций, как малоэффективный способ лечения в отдаленном периоде наблюдения рассматриваемой группы больных.

2. Предлагаемый нами способ восстановления пассажа мочи из почки в мочевой пузырь как альтернатива пластике по Демелю и Деревянко должен быть широко использован в повседневной практике.

3. Преимуществом модифицированного варианта замещения дефекта мочеточника более 6 см. является то, что уретероцистонеостомия осуществляется без натяжения и не производя низведения почки вниз на 4-6 см., основанием локуста остается широкая задняя стенка пузыря, после операции его форма и функция детрузора грубо не нарушаются.

Схематическое изображение модифицированного варианта пластики мочеточника по Демелю

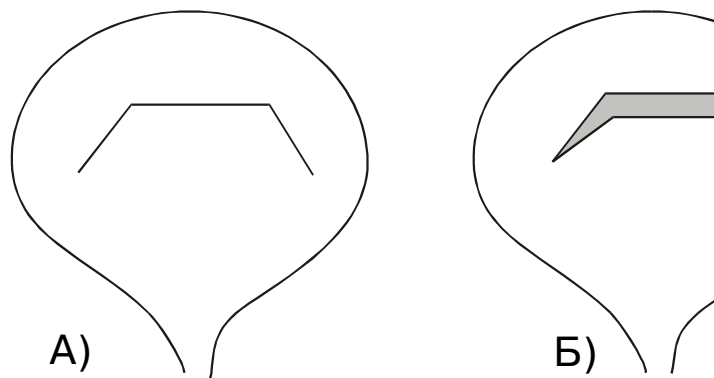


Рис.1 Поперечно-боковые косые разрезы на экстраперитониз участке передней верхней стенки пузыря (А); полость пузыря

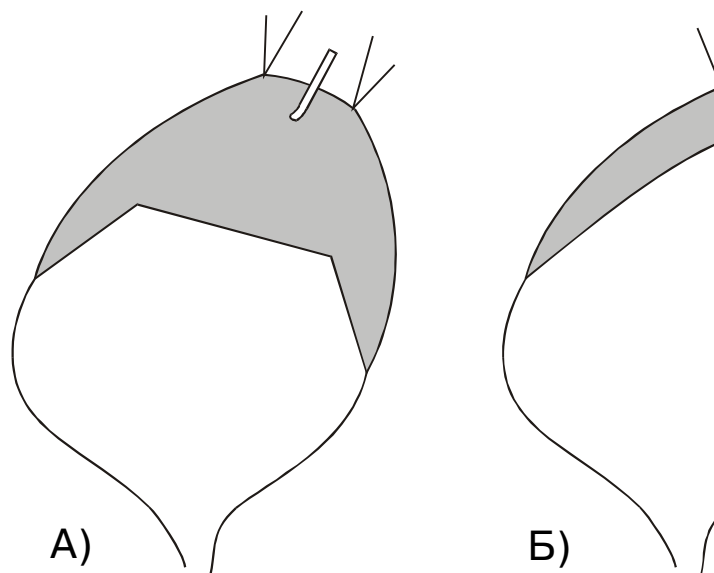


Рис.2 Лоскут задней стенки пузыря приподнят вверх, мочеточник в область вершины лоскута (А); лоскут нижней стенки пузыря цистонеоанастомоза (Б).

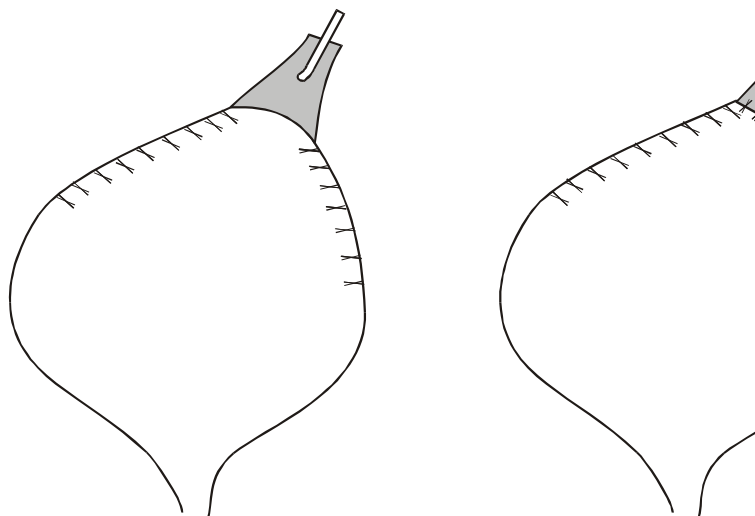


Рис.3 Внешний вид мочевого пузыря после цистоуретеронео

ЛИТЕРАТУРА:

1. Абдурасулов Д.М. «Диагностика множественных опухолевых поражений органов пищеварения и мочевой системы». Ташкент, 1980 г., 326 с.
2. Бургеле Т., Симич П. «Риск мочеточниково-пузырных повреждений в хирургии живота и таза». Бухарест, 1972 г., 164 с.
3. Василевская Л. Н. «Гинекология. М.», 1985 г. с. 384-388.
4. Деревянко И.М. «Рубцовые сужения нижней половины мочеточников» Ставрополь, 1973 г. 116 с.
5. Деревянко И.М. «Обструкция мочеточников». Ставрополь, 1979 г. 187 с.
6. Джарбусинов Б. У., Топсилбаев А. «Сравнительная оценка испытанных методов уретероцистостомии / Ант. проблемы урологии.» Бишкек, 1998 г., с. 172-175.
7. Жукова М.И. «Травмы и хирургические заболевания органов таза и половых органов». 1969 г., 385 с.
8. Кан Д. В. «Восстановление тазового отдела мочеточника». М., 1965 г., 117 с.
9. Кан Д. В. «Кишечная пластика мочеточника». М., 1968 г., 118 с.
10. Кремлинг Х., Лутцаер Р., Хайнц Р. «Гинекологическая урология и нефрология». М., 1985 г., 560 с.
11. Мартин И., Резник, Эндро К. Новик. «Секреты урологии». С-П., 1998 г., с. 290-293.
12. Морозов А. В. «Применение «внутреннего» дренирования почки в ургетном лечении состояний, обусловленных суправезикальной обструкцией»./ «Урология и нефрология». 1984 г., №3., с. 13-16.
13. Лопаткин Н. А., Морозов А. В. «Применение «стента» при оперативных вмешательствах на почке и мочевых путях»// «Урология и нефрология». 1984 г., №6., с. 3-8.
14. Ли В. В., Мирсаматов М. М. «Наш опыт конечной пластики мочеточника» // «Сб. докладов II Конгресса урологов Казахстана», Алма-Ата, 1995 г., с.85-86.
15. Токсинбаев А. «Оперативное лечение мочеточниково-влагалищных свищей»// «Материалы II Конгресса Урологов Казахстана» Алма-Ата. 1995 г., с. 39-40.
16. Токсинбаев А. «Ятрогенные мочеполовые свищи: Авторефер. дис... доктора мед. наук», Алма-Ата, 1997 г.
17. Пытель Ю. А., Золотарев Н. Н. «Неотложная урология». М., 1985 г., 118 с.

Т.С. Саламов,
Ф.Н. Назиров

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ДИНАМИЧЕСКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ И РАННЕЙ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ КУЛЬТИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ.

Т. С. Саламов, Ф. Н. Назиров

«ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ ДАВРДА ДИНАМИК ИЧАК ТУТИЛИШИ ВА 12 Б. ИЧАК ЧУЛТОФИ ЭРТА ЕТИШМОВЧИЛИГИ ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОЗИ КРИТЕРИЯЛАРИ»

Муаллифлар томонидан 12 б. ичак яраси туфайли даволанган 470 беморни жаррохлик даволаш натижаси тахлил қилинган. 37 (7,8%) беморда динамик ичак парези, 17 (3,6%) эса 12 б. ичак чултоғи эрта етишмовчилиги қўзғатилган. Муаллифлар томонидан ретроспектив тахлил асосида улар орасида дифференциал диагноз критериялари тузилган. Клиника шароитида уни қўллаб яхши натижалар олинган.

Salomov T. S., Nasirov F.N.

CRITERIA FOR DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF POSTOPERATIVE INTESTINAL OBSTRUCTION AND EARLY DUODENAL STUMP FAILURE.

The authors analyzed the results of surgical treatment of 470 patients with duodenal ulcer. Of them in 37 (7,8%) patients the enteroparesis was noted in the postoperative period, and in 17 (3,6%) ones the duodenal stump failure was found.

On the basis of retrospective analysis the authors developed differential diagnostic criteria for postoperative enteroparesis and duodenal stump failure. The application of this method in the clinical practice allowed the authors to achieve favorable and courageous results.

Частота несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки (ДПК) встречается 4,4% случаев (С.С. Юдин 1955 и др., С.В. Кривошеев и соавт. 1956; Ш.Н. Каримов 1995г.). В клиническом течении несостоятельности культи ДПК различают два варианта:

1. Бурное течение с клиникой перфорации полого органа и ограниченного или диффузного перитонита;

2. Микронесостоятельность культи ДПК с местным перитонитом и со стертой клиникой перфорации.

Если диагностика и тактика лечения первого варианта в литературе достаточно освещена и известна клиницистам, то диагностика и лечение второго варианта затруднительна. Второй вариант по течению напоминает послеоперационную динамическую кишечную непроходимость (парез кишечника), которая может быть обусловлена как операционной травмой, так и исходной гиповолемией, анемией, нарушением электролитного обмена при осложнениях язвенной болезни желудка и ДПК (стеноз привратника, кровотечение, перфорация язвы и др.).

В доступной литературе четких дифференциально-диагностических критериев между ранним послеоперационным парезом кишечника и несостоятельностью культи ДПК мы не встретили.

Материал и методы.

С целью улучшения ранней диагностики указанных осложнений, во избежание необоснованных релапаротомий, нами проведен ретроспективный анализ результатов различных операций на желудке у 470 больных оперированных в нашей клинике по поводу ЯБДПК в период 1991-1994 гг.. Ранний послеоперационный парез наблюдался у 37 (7,8%), несостоятельность культи ДПК у 17 (3,6%). Из 37 больных 5 были повторно оперированы в раннем послеоперационном периоде с подозрением на несостоятельность культи, однако последний во время операции не подтвердился; был диагностирован выраженный послеоперационный парез ки-

шечника, и им проведена назоэнтеральная интубация кишечника. Из 17 больных с несостоятельностью культи ДПК, 13 были оперированы в первые 6 часов на фоне разлитого перитонита, 4 оперированы после соответствующей подготовки по поводу ограниченного перитонита.

Результаты исследования. Статистическая обработка имеющегося материала выявила что, несмотря на внешнюю схожесть симптомоватики послеоперационного пареза кишечника и несостоятельности культи ДПК, они несколько отличаются друг от друга. На основании этих отличий нами была разработана дифференциально-диагностическая тестовая таблица.

Обсуждение.

В период 1995-1996 гг. различные операции на желудке выполнены у 391 больного (в том числе у 121 с назоинтестинальным дренированием и ранним зондовым питанием). Несмотря на одинаковые меры по стимуляции кишечника у 116 развился послеоперационный парез кишечника различной степени выраженности (у 71-умеренно выраженное в течение первых двух суток; у 29 - в течение 3-4 суток и 16 - до 7 суток). В этой группе больных назоинтестинальное дренирование не проводилось. Среди больных этой группы выраженной клиникой пареза кишечника не наблюдали.

У больных с выраженной клиникой послеоперационного пареза кишечника используя разработанную нами дифференциально-диагностическую тестовую таблицу у 4-х больных до истечения дуоденального содержимого через дренаж была заподозрена несостоятельность культи ДПК. Они были оперированы в экстренном порядке (во всех случаях предоперационный диагноз был подтвержден). Им проведено дренирование области культи ДПК по Топчибаеву и Беркутову с назоинтестинальной интубацией (последняя была применена с целью декомпрессии кишки и раннего энтерального кормления). Все больные выздоровели. Признаков несостоятельности культи ДПК можно разделить на две группы: 1. Ранние — п/о парез кишечника,

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО
ПАРЕЗА КИШЕЧНИКА И НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ КУЛЬТИ ДПК.**

Клинико-инструментальные данные	Послеоперационный парез к
1. Жалобы больного	Умеренно выраженные, постоянн эпигастрии), периодически усиливаю живота, тошнота, 1-2 кратная рвота. Ды поверхностное из-за мете-оризма. И постепенно прогрессируют с пере операции.
2. Внешний вид больного и кожных покровов	Кожа и видимые слизистые бледн заострены, взгляд спокойный, несмот кожи не изменен (особенно в рай
3. Характер болей	по всему животу, постепенно ус
4. Икота	Имеется
I. РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИ	
5. Вид языка	Обложен белым налетом, в.
6. Рвота	Появляется через 12-24 часа застой
7. Осмотр живота	Умеренно равномерно вздут, участвус
8. Пальпация живота	Болезненность по ходу после опер напряжение мышц отсутс
9. Перкуссия живота	Тимпанит во всех зонах брюшн
10. Аускультация кишечника	Повышенное кишечное ворж

повышение температуры и показателей ЛИИ, ади-
намия, боли усиливающиеся при вдохе. 2. Поздние
— появление выделения из дренажной трубки, при
УЗИ и рентгеноскопии брюшной полости, жидкость
и газ под куполом диафрагмы, положительные сим-
птомы раздражения брюшины.

Выводы. Таким образом, нам представляется, что
использование разработанных тестовых критериев
во многом облегчают дифференциальную диагно-
стику послеоперационного пареза кишечника и не-
состоятельности культи ДПК и учитывая различ-
ную тактику лечения при них, оказывает неоцени-
мую услугу в своевременном определении дальней-
шей тактики ведения подобных больных. Разрабо-

танные критерии оценки приемлемы не только у
больных с несостоятельностью культи ДПК, а лю-
бого полого органа брюшной полости.

Литература.

1. Кривошеев С.В., Рубашов С.М. “Резекция же-
лудка при язвенной болезни”. Кишинев 1956 г. — с.
359.
2. Юдин С.С. “Этюды желудочной хирургии” М.
Медгиз. 1955 г. с. 264.
3. Каримов Ш.Н. “Ранние послеоперационные
осложнения у больных гастродуоденальными кро-
вотечениями. В кн.: “Актуальные проблемы клини-
ческой и экспериментальной хирургии”. Бишкек,
1995 г. с. 58-59

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

Бабаджанов К.Б.,
Сабиров М.,
Алимов Б.,
Мадримов И.

**О РЕДКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ МИКСОМЫ СЕРДЦА -
ДИАГНОСТИКА И УСПЕШНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ
ЛЕЧЕНИЕ**

*Кардиохирургическое отделение (зав.-к.м.н. Бабаджанов К.Б.). Хорезмской областной больницы №1 (гл.вр.-
к.м.н. Хусаинов Б.Р.)*

По данным М.А.Нечаенко [2], Б.В.Петровского с соавторами [3], Y.Sezai [6] частота выявления первичных новообразований сердца составляет 0,03-0,05 % всех аутопсий, а в кардиохирургических клиниках 0,8-1,2 % от общего числа госпитализированных [3-4]. В 75 % наблюдениях из них обычно обнаруживают доброкачественные новообразования и, в основном, миксомы сердца. Последние хотя и считаются доброкачественными опухолями, однако в клиническом аспекте они представляют серьёзную и реальную опасность для жизни больного, ибо миксома, нередко баллотируя между предсердием и желудочком, может вызвать обтурацию атриовентрикулярного отверстия с последующим синкопальным синдромом [3,8]

«Излюбленным» местом локализации миксом являются полость левого (примерно 83 % от всех описанных наблюдений) или правого (до 10 %) предсердий; значительно реже они располагаются в правом желудочке (2,5 %); крайне редко, можно сказать как казуистика, миксомы обнаруживаются в стволе легочной артерии [1] или в левом желудочке [3,5,7]. В доступной литературе последних лет мы обнаружили всего 39 сообщений о миксомах левого желудочка [4]. Учитывая редкость подобных сообщений приводим наше наблюдение.

Больной Р., 22-х лет, поступил в отделение с жалобами на одышку в покое, сердцебиение, слабость; считает себя больным в течении последних 2-х лет, в анамнезе отмечает частые обморочные состояния. При поступлении состояние среднетяжелое. Вдоль левого края грудины, с максимальным звучанием на верхушке, систолический и диастолический шумы, усиливающиеся при перемене положения тела. Пульс 80 ударов в минуту, АД 110/70 мм рт.ст. Анализ крови без изменений, ускорена СОЭ. На ЭХОКГ - в полости левого желудочка локализуется объемное образование размерами 8,6х4,0 см, которое прикрепляется к средней части межжелудочковой перегородки и частично пролабирует своим основанием в аорту. С предварительным диагнозом миксома левого желудочка 15.01.99. из трансстернального доступа в условиях гипотермического искусственного кровообращения (116 мин) и фармако-холодовой кристаллоидной кардиopleгии (56 мин) выполнена операция (к.м.н. К.Б.Бабаджанов). После стандартного подключения к АИК

и достижения температуры 26оС поперечным разрезом вскрыта аорта - удалить миксому из этого доступа не удастся, т.к. ножка опухоли расположена в глубине; в бессосудистой зоне левого желудочка, ближе к верхушке, произведена продольная венстрикулотомия - выявлено новообразование округлой формы с участками плотноватой и желеобразной консистенции, крупнобугристой поверхностью, коричневатой-красной окраски, размерами 8,5х4,5 см; опухоль заполняет почти всю полость левого желудочка, окутывает заднюю папиллярную мышцу митрального клапана, но не прорастает в нее; верхний полюс миксомы пролабирует в просвет аорты; отсечена ножка, расположенная у основания папиллярной мышцы, место обработано йодом и спиртом; опухоль удалена одним блоком, без фрагментирования. Ушиты разрезы левого желудочка и аорты. Макропрепарат - опухоль представляет собой мягкоэластическое и местами желеобразное образование с крупнобугристой поверхностью, разрезами 8,5х4,5 см красно-бурого цвета (рис.); гистология - миксома эндокарда. При контрольном обследовании через 3 мес. жалоб нет, состояние удовлетворительное, над сердцем шумы не выслушиваются. На ЭХОКГ размеры сердца в норме, фракция выброса ЛЖ 76 %, объемных образований в полостях сердца не обнаружено.

Приведенное наблюдение подтверждает данные литературы [3] об особой опасности естественного течения миксом с развитием приступов синкопе. Этот симптомокомплекс, обусловленный переходящим вклиниванием подвижной опухоли в одно из клапанных отверстий сердца (в нашем наблюдении - в клапан аорты) встречается не так уж редко, в среднем 30 %, и может стать причиной внезапной смерти. Следовательно, тезис о необходимости экстренной операции при миксомах, особенно подвижных, не только оправдан но и жизненно необходим. Трудно не переоценить и роль эхокардиографии, которая уже в амбулаторных условиях позволила нам поставить правильный диагноз и выполнить своевременную операцию. Что касается самой техники операции, то мы, стремясь соблюсти онкологический принцип радикальности, вынуждены были прибегнуть к левожелудочковой венстрикулотомии; через аортотомию или левую атриотомию, как это рекомендуется в литературе

[2,3,8], удалить опухоль левого желудочка вместе с субэндокардиальной основой её ножки не представлялась возможной. Таким образом, своевременная диагностика миксомы сердца и последующее её радикальное удаление вполне доступная задача и даёт неплохие результаты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Макоева Л.Д., Почечуева Г.А., Москалева М.И. «Редкий случай миксомы ствола легочной артерии». Кл.мед., 1991, N 9, с.74-75.
2. Нечаенко М.А., Шереметьева Г.Ф., Бобков В.В. «Диагностика и лечение миксом правого желудочка сердца». Клин.мед., 1989, N 6, с.83-87.
3. Петровский Б.В., Константинов Б.А., Нечаенко М.А. «Первичные опухоли сердца». М., Мед., 1997, с.152.
4. Ishikawa K., Hoshino S., Iwya F et al. «Left ventricular myxoma». Kyobn-Geka, 1996, v.49, N 12, p.1014-1017.
5. Samdarshi T.E., Mahan E.F., Nanda N.C. et al. «Transesophageal echocardiographic diagnosis of left ventricular myxoma». J.Thorac.Cardiovasc.Surg., 1992, v.103, N 3, p.471-474.
6. SeZai Y. «Tumors of Heart». Thorac. cardiovasc.Surg., 1990, v.38, special Issue., p.201-204.
7. Todoric M., Jablanov J., Albreht M. et al. «Neposredni resultati hirarskog lecenja intrakardijalnih miksoma n 45 bolesnika». Vojnosanit-Pregl., 1993, v.50, N 4, p.353-358.
8. Ueno Y., Ohkubo K., Yamazaki F. et al. «Left ventricular myxoma - case report». Kyobu-Geka, 1990, v.38, N 9, p.1479-1482.

МИРКАМОЛ МИРСАМАТОВИЧ МИРСАМАТОВ

(туғилган кунининг 60 йиллигига)

Миркамол Мирсаматович Мирсаматов 1939 йил 10 майда Тошкент шаҳрида туғилди. 1957 йил Тошкент шаҳридаги 82-ўрта мактабни тугатгач Тошкент давлат тиббиёт институтининг даволаш факультети-га ўқишга кирди. Институтни 1963 йилда аъло баҳолар билан тугатиб, шу институтда илмий - педагогик кадрлар тайёрлаш учун қолдирилди. Шу даврдан клиник ординатура ва аспирантурада ўқий бошлади.

ШОКИР НИЯМЕТОВИЧ ХОДЖАЕВ

Заслуженный врач Республики Узбекистан, кандидат медицинских наук, Хирург высшей категории. Родился 2 апреля 1929 года в городе Ургенч в семье служащего. В 1947 году окончил 10 классов с медалью. Поступил в ТашГосМИ, который окончил в 1953 году. Общую хирургию, госпитальную хирургию и субординатуру по хирургии проходил на кафедре руководимой Заслуженным деятелем наук, профессором Масумовым Содиком Алиевичем. Трудовую деятельность начал хирургом-ординатором Хорезмской областной больницы. С декабря 1953 по декабрь 1958 года заведовал Ургенчским Горздравотделом. С января по 1 июня 1959 года проходил переподготовку на рабочем месте на кафедре профессора Масумова С. А. по «Актуальным вопросам грудной и брюшной хирургии».

С января 1959 г по сентябрь 1983 года работал главным врачом Хорезмской областной больницы №1. Будучи главным врачом создал крупную многопрофильную областную больницу построенную по типовому проекту мощностью 550 коек, которая в настоящее время является клинической базой Ургенчского филиала 1-ТашГосМИ.

В 1981 году защитил диссертацию в институте хирургии академии наук СССР имени академика А. В. Вишневого на тему «Заживление ран у людей бывших в контакте с бутефосом»

С 1983 по 19993 год работал главным хирургом Хорезмского Обл.здрав. отдела, с 1993 г по настоящее время работает главным врачом Центра экстренной медицинской помощи Хорезмского вилоята.

В период трудовой деятельности 13 раз избирался депутатом Ургенчского гор.совета, 2 раза депутатом Хорезмского обл.совета.

За достойный вклад в развитие здравоохранения Республики указом Президиума Верховного Совета Республики Узбекистан в 1977 году присвоено почетное звание «Заслуженный врач Республики Узбекистан», награжден почетными грамотами Верховного Совета Республики Узбекистан, орденами и медалями.

Ходжаевым Ш. Н. подготовлены более 100 молодых квалифицированных хирургов, и научных кадров (кандидатов мед.наук). Многие из которых достигли уровня докторов мед. наук и возглавляют хирургические кафедры и заведуют клиниками, работают главными врачами областных и районных центральных больниц. Шокир Ниязметович является делегатом XXXI Всесоюзного съезда хирургов, съезда Украинских хирургов, ряда международных симпозиумов, конференций, а также участник всех республиканских съездов и конференций хирургов Узбекистана. Шокир Ниязметович является автором более 200 научных трудов, 4 научных сборников по актуальным вопросам хирургии, имеет 5 рацпредложений и изобретений.

В настоящее время он полон сил и энергии, отдает весь опыт и знания на полготовку молодых специалистов, внедрению новых достижений медицинской науки и хирургической технологии в практическое здравоохранение.

От имени правления научного общества Хорезмских хирургов, плеяды учеников и соратников - горячо и сердечно поздравляем дорогого юбиляра 70-летием со дня рождения и 50 -летия трудовой деятельности, желаем крепкого здоровья, долгих лет жизни, семейного счастья. В честь процветания Республики Узбекистан и подготовки молодых кадров.

Правление научного общества Хорезмских хирургов.

Управление здравоохранения Хорезмского вилоята.

Профсоюзный комитет медицинских работников Хорезмского вилоята.

Администрация Хорезмской клинической больницы №1.

**САТҚУЛ УСМОНОВИЧ
ЖУМАБОВ**

1999 йилнинг 28 мартда забардаст Инсон, етук Олим, мохир Жаррох, Устоз - Саткул Усмонович Жумабобовнинг ҳаёт риштаси узилди.

Саткул Усмонович Жумабобов 1930 йилнинг 1 январ кун, йил бошида Андижон вилоятининг Хонобод қишлоғида, деҳқон оиласида оламга келди.

Ўрта мактабни Хонободда тамомлагач, 1947 йили Тошкент Давлат Тиббиёт институтининг педиатрия факультетига кириш имтихонларини муваффақиятли топишиб талаба бўлди.

1953 йили институтни муваффақиятли тўғатиб, йўлланма бўйича Андижон вилоят шифохонасининг жаррохлик бўлимига ишга қабул қилинди. Бир вақтнинг ўзида қон қуйиш бўлими мудир лавозимида ҳам ишлаб келди. Иш фаолиятининг бошинадок ёш мутахассис ўзининг меҳнатга чанқоклиги, синчковлиги ва билимдонлиги билан ҳамкасблар эътиборини ўзига тортиди, беморлар орасида ўз урнини эгаллади.

Қилаётган ишидан ўзининг кунгли тулмай, ўз гайрати ва имкониятларини илмга қаратди. 1958 йили Саткул Усмонович Андижон давлат тиббиёт институтини факультет жаррохлиги кафедрасига илмий-педагогик ишга ўтди. Шу санадан бошлаб унинг бутун умри бевосита тиббиёт институтини билан узвий боғлиқдир.

Мохир жаррох сифатида эътибор қозонган Саткул Усмонович қобилиятли тадқиқотчи сифатида ҳам намоён бўлди. Илмий тадқиқотларни амалий фаолият билан мохирона уйғунлаштириб 1964 йили - «Облитерацияловчи энтеритини симпатик нервдаги операциялар даволаш» мавзусидаги номзодлик диссертацияни академик Борис Владимирович Огнев раҳбарлигида химоя қилди. Ўз тадқиқотларини қўпчилик нотаниш бўлган лимфология соҳасида давом эттирган ёш олим вақтда урганиш тўғрисида мавзусида докторлик диссертацияни химоя қилди. Бор-бора бу илмий йўналиш - лимфология, Саткул Усмонович-

нинг жаррохликдан кейинги ҳаёт мазмунига айланиб қолди.

1970 йили С. У. Жумабобовга доцент илмий унвони берилган бўлса, 1971 йилдан у профессор сифатида тасдиқланиб, Андижон давлат тиббиёт институтини жаррохлик касалликлари кафедрасини (ҳозирда даволаш ва педиатрия факультетларининг жаррохлик касалликлари кафедраси) бошқара бошлади. Ҳозирда ватанимизда, ҳамдўстлик мамлакатларида ва узоқ чет мамлакатларда фаолият қурсатиб келаётган минглаб шифокорлар Саткул Усмонович номини эҳтиром билан «ўстоз» дея тилга оладилар.

Шу пайтнинг ўзида Саткул Усмоновичнинг ташиқлотчилик қобилияти ҳам намоён бўла бошлади. 1969-1971 йиллари педиатрия факультетини декани, 1972-1980 йиллар давомида институт ўқув ишлар бўйича проректори лавозимида ишлади ҳамда ўзининг ишчанлиги, одамийлиги, фикрининг тегирлиги билан нафақат институт меҳнат жамоаси балки вилоят ва республикада ҳам танила бошлади.

1988-1997 йиллар давомида институт меҳнат жамоаси номзодлар ичидан ўтказилган сайлов натижасида ўзига йўлбошичи этиб сайлаган Саткул Усмонович Андижон давлат тиббиёт институтининг шарафли номини юксалтириш мақсадида хормай толмай меҳнат қилди. Устоз раҳбарликларида меҳнат жамоаси фаолиятида бир катор ижо-

бий узгаришлар қайд этилди, таълим, илмий ва амалий жараёларга янгиликлар киритила бошланди. Ҳар бир ходимнинг ўз меҳнатида ижодий ёндошишига шароит ва имконият берилди ҳамда бундай меҳнат тақдирлана бошланди, 1991 йили республикада биринчи бўлиб институт тарқибда махсус таълим, 1993 йили эса биринчи таянч тиббиёт лицейи иш бошлади. Саткул Усмонович Жумабоев номи билан институт ҳамда Фарғона водийси, вилоят соғлиқни сақлаш тизимидаги қўллаб-ёрқин зарвароклар боғлиқдир. Домланинг сайи-харақатлари билан институтнинг янги комплекси қурилиши бошлаб юборилди. Саткул Усмонович доимо институт фаолиятини амалий соғлиқни сақлаш тизими билан уйғунлаштириш устида иш олиб бордилар.

Устознинг илмий соҳадаги фаолиятлари, бир йўналишига содиқликлари ва эришган натижалари таҳсинларга лойиқдир. Факатгина мутахассисларгагина таниш бўлган «лимфа», «лимфология» иборатларини нафақат шифокорларга балки ўзга касб эгаларига ҳам таништирган, фан оламида «Анджон» ва «лимфология» тушунчаларини ўзвий боғлашга эришган, ушбу соҳанинг ётуқ намоёндалари фикрига кўра «Анджонни лимфологиянинг Маккаю Мадинасига айлантирган», мамлакатимизда клиник лимфология илмий мактабини яратган, бу мактабни нафақат ҳамдўстлик мамлакатларига балки бутун дунёга танитган инсон - Саткул Усмонович Жумабоевдир.

Домла гоёлари ва сайи-харақатлари амалга тадбиқ этилиши натижасида дунё микёсида ухшаши йўқ бўлган илмий йўналиш - лимфа тизимида регионал таъсир курсатиш концепцияси ишлаб чиқилди, 1986 йили лимфатик терапиянинг дунёда биринчи республика клиник лимфология маркази ташиқил этилди ва домла бу марказга узлуксиз раҳбарлик қилиб келдилар. 1989 йилдан бошлаб марказ қошида собиқ иттифоқда биринчи бўлиб шифокорлар ва хамишраларга клиник лимфологиядан сабоқ берилди бошланди ва бугунги кунга келиб 700 дан ортиқ шифокор ва 150 хамишралар ушбу усулларни эгаллаб ўз фаолиятларида қўлламоқдалар. Клиник лимфология усуллари билан Фарғона водийси ўзида даволанган беморлар сони 10000 дан ортиб кетди. 1991 йили ҳамдўстлик

мамлакатларида ягона бўлган «Лимфология» илмий-амалий журнали таъсис этилди ва чоп этилмоқда. Анджонда бир неча халқаро, республика микёсидаги илмий анжумонлар ўтказилди.

Шу билан бир қаторда Домла ўзларини клиник лимфологиянинг забардаст назариятчисига асосчисига сифатида ҳам курсатдилар. Домла асос солган ва раҳбарлик қилиб кетган «Ўзбек клиник лимфология мактаби» намоёндаларитомонидан 5 докторлик ва 14 номзодлик диссертация химоя қилинди, бугунги кунда 11 докторлик ва 11 номзодлик диссертациялари устида иш олиб борилмоқда. Жаъми 450 дан ортиқроқ илмий ишлар чоп этилди, булардан 7 илмий рисола, 12 услубий адабиётларни мисол қилиш мумкин. Марказ ходимлари томонидан 11 ихтиро қилинди, 75 рационализаторлик тақлифлари киритилди. Домланинг фикрлари, гоёлари чет элларда ҳам қизиқиш уйғотди ва ҳамкорларни, ҳамфикрларни топа бошланди. Лимфология соҳасида тадқиқотларга Буюк Британия, Чехия, Россия, Қозоғистон, Украина ва ўзга мамлакатлар вакиллари қизиқиш орта борди. Домла чет элларда илмий ва амалий дастурлар билан бўлиб қайтилар, бунинг махсули сифатида 1998 йили Буюк Британиялик олимлар билан ҳамкорликда инглиз тилида регионал лимфатик терапиядан қўлланма чоп этилди ва дунё бўйлаб ўз юришини бошлади. 1999 йилда эса дунёда биринчи клиник лимфологиядан маълумотнома Домланинг тахрирлари остида чоп этилди.

Саткул Усмонович Жумабоевнинг илмий, педагогик ва жамоатчилик фаолияти тан олинган ва тақдирланган. Домлага «Ўзбекистон хизмат кўрсатган шифокор» унвони, бир қатор таънақкурномалар берилган. 1993 йили Халқаро педагогик ва ижтимоий фанлар академиясининг хакикий аъзоси этиб сайланганлар.

Бутун хаёти, фанга, халққа фидойилик, меҳнат ва ишжоат, одамийлик рамзи бўлиб қолган Устоз - Инсон, Жаррох, Олим Саткул Усмонович Жумабоевнинг ёрқин хотираси ва табарруқ сиймоси қалбларимизда мангудир.

**Анджон давлат тиббиёт
институтини, республика
клиник лимфология
маркази меҳнат жамоаларини.**

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

В апреле 1999 г. вышел в свет первый номер журнала «Хирургия Узбекистана». Его цели, задачи и перспективы были четко определены главным редактором, Министром здравоохранения Республики Узбекистан профессором Ф. Г. Назыровым.

На страницах журнала будут широко представлены следующие разделы:

- общая, экстренная и гнойная хирургия;
- сердечно-сосудистая хирургия и микрохирургия;
- травматология и ортопедия;
- нейрохирургия;
- онкология;
- урология;
- детская хирургия;
- акушерство и гинекология;
- рино-ото-ларингология;
- челюстно-лицевая хирургия;
- офтальмология;
- анестезиология-реаниматология;
- торакальная и фтизиохирургия.

Особое внимание будет уделено пропаганде новых технологий в различных областях хирургии. Таким образом хирурги получат возможность быть в курсе всех современных достижений медицины и самим принимать непосредственное участие в работе нового журнала.

Для нас чрезвычайно важно, чтобы на его страницах публиковались не только научные статьи, но и случаи из практики, описание результатов наблюдений, обмен опытом.

Особое внимание будет уделено вопросам истории хирургии в нашей стране, этому будет посвящен специальный раздел «Галерея отечественных хирургов». Очень важно не забывать тех хирургов самого различного профиля, которые верой и правдой служили своей профессии, отдавая все силы и знания сохранению жизни больных.

В этой связи мы обращаемся к вам и просим активно участвовать в работе нашего с вами журнала, содействовать повышению уровня статей, научных исследований, внедрению их в практику здравоохранения.

Редакционная коллегия журнала всегда и во всем будет содействовать и помогать практическим хирургам в оформлении и редактировании их работ - от научных сообщений, обобщения опыта до заметок из практики.

Мы, в свою очередь, надеемся на вашу поддержку. Успехов вам в практической и научной работе.

Главный хирург МЗ РУз
профессор

Ю. И. Калиш

ЎРМАТЛИ ҲАМКАСБЛАР!

1999 йилнинг апрел ойда «Ўзбекистон хирургияси» журналнинг биринчи сони нашр этилди. Унинг мақсади, вазифалари ва келажакдаги фаолияти журналнинг бош муҳаррири, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги профессор Назиров Ф. Ф. томонидан аниқ ишлаб чиқилган.

Журнал саҳифаларида кенг қўламда қуйидаги бўлимлар еритилади:

- умумий, шошилинч ва йирингли хирургия;
- юрак-қон томир хирургияси ва микрохирургия;
- травматология ва ортопедия;
- нейрохирургия;
- онкология;
- урология;
- болалар хирургияси;
- акушерлик ва гинекология;
- рино-ото-ларингология;
- юз-жағ хирургияси;
- офтальмология;
- анестезиология-реаниматология;
- торакал ва фтизиохирургия.

Асосий диққат хирургиянинг турли соҳаларида янги технологияни тарғиб қилишга қаратилгандир. Хирурглар тиббиетининг замонавий муваффақиятларидан хабардор бўлиш каби имкониятларга эга бўлишда ва бу янги журналнинг иш фаолиятида бевосита қатнашишлари мумкин.

Бизларга жуда ҳам муҳимки, журнал саҳифаларида нафақат илмий мақолалар, балки амалиётдаги ҳодисалар, кузатув натижалари, тажриба алмашишлар нашр қилиниши керакдир.

Асосий диққат - эътибор, мамлакатимиз хирургияси тарихи масалаларига қаратилган бўлиб, бунга махсус «Ўзбекистон хирурглар галереяси» бўлими ажратилган. Шуни эсдан чиқармаслик керакки, турли хил мутахассисликда ишлаган жарроҳлар, бутун ҳаётини, куч-қувватини, билимини ўз касбини бағишлагандир.

Шу мунособат билан журнализмнинг ўз иши фаолиятида мақоллар, илмий тадқиқотлар даражасини кўтаришда ва уларни амалиётга тадбиқ қилишда фаол қатнашишларингизни сизлардан му рожаат қилиб сўраймиз.

Журналнинг таҳририят жамоаси амалий хирургларга уларнинг ишларини - илмий хабарномалардан тортиб, амалиётдаги ҳодисаларга бўлган мақолларни расмийлаштиришда ва таҳрир қилишда яқиндан ёрдам беради.

Бизлар эса ўз навбатимизда сизларнинг қўллаб-қувватлашларингизни кутиб қолмоқдамиз. Сизларнинг амалий ва илмий ишларингизда муваффақиятлар тилаймиз.

Ўз ССВ бош хирург,
профессор м. ф. д

Калиш Ю. И.

ПРОТОКОЛЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА

ПРОТОКОЛ 1-ГО ЗАСЕДАНИЯ ОБЩЕСТВА ХИРУРГОВ г. ТАШКЕНТА ОТ 25.01.99 г.

Председатель - проф. Д.С.Гулямов. Секретарь - к.м.н. Ш.А.Худайбергенов.

ДОКЛАДЫ.

1. Ф.Ш.Бахретдинов, А.М.Масудов, А.В.Трынкин (НЦХ им. В.Вахидова МЗ РУз). Хирургическое лечение поражений почечных артерий.

Одной из наиболее важных проблем современной ангиохирургии является проблема диагностики и выбора тактики хирургического лечения вазоренальной гипертензии, развивающаяся вследствие нарушений магистрального кровотока в почках. Последнее обнаруживает себя у 3 - 6% лиц, страдающих повышением артериального давления. Оперированы 110 больных с различными вариантами вазоренальной гипертензии. Результаты: в двух случаях при реконструкции ветвей дуги аорты при наличии вазоренальной гипертензии, наблюдался гиперперфузионный синдром. В связи с этим в срочном порядке произведена реконструкция почечных артерий. В двух случаях наблюдался тромбоз аутовенозного аорто-почечного шунта. В раннем послеоперационном периоде гипотензивный эффект отмечен у 79,1% больных, в 15,4% случаев артериальная гипертензия стала легко управляемая медикаментозно. У 11,1% больных гипотензивный эффект был катковременным или отсутствовал.

Ответы на вопросы. По данным Г.Г.Арабидзе 30% населения страдают вазоренальной гипертензией; если установлен диагноз вазоренальной гипертензии, основной метод лечения хирургический; в диагностике вазоренальной гипертензии основная роль отводится ультразвуковым методам исследования и компьютерной томографии.

Д.С.Гулямов (заключительное слово председателя). В последнее время отмечается рост сердечно-сосудистых заболеваний, среди них гипертонической болезни, это ссенциальная и вторичная гипертония. Майкл Де Беки когда-то говорил что гипертония вызывает тихую смерть приводя к кровоизлиянию или блокаде. Результаты неплохие, но на сегодняшний день пока еще не стандартизированы ни методы диагностики, ни методы хирургического лечения. Необходимо обратить внимание на своевременность выявления этой патологии на местах и направления больных в специализированные центры. Думаю что участники заседания будут это иметь в виду и передадут у себя на местах врачам первичного звена.

2. Ф.Н.Назирова, С.И.Джамалов, Б.Б.Хакимов (кафедра факультетской и госпитальной хирургии 1-го ТашГосМИ). Однорядный шов в хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Целью работы явилось улучшение результатов

хирургического лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. На основании результатов хирургического лечения 290 больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки обсуждены вопросы применения однорядного шва. Из 290 больных 173 составили основную группу, 117 контрольную с использованием традиционных двухрядных швов. Однорядный шов накладывали по методике М.К.Канниса, предложенный в 1990 году. Применение данной методики дало возможность увеличить число случаев формирования, более физиологического анастомоза (гастроудоденоанастомоза 67%), укоротить затрату времени при формировании желудочно-кишечных анастомозов (гастроудоденоанастомоза с 21 до 12 минут, гастроэнтероанастомоза с 18 до 10 минут), снизить частоту возникновения анастомозитов в 4 раза и несостоятельности швов анастомоза и культи двенадцатиперстной кишки в 3 раза, а также почти в 3 раза уменьшить летальность.

Ответы на вопросы. Этот метод мы применяем с 1995 года; абсолютных противопоказаний к наложению однорядных швов нет, единственно их нельзя накладывать у онкологических больных; морфологические исследования и эксперименты не проводили; микрофлору не изучали; кровотечения в послеоперационном периоде не наблюдались; шовным материалом служил - шелк; прорезывания швов не наблюдалось; мы применяли один и тот же шовный материал т.е. шелк; мы сразу перешли на наложение однорядных швов, промежуточного периода связанного с экспериментами не было; гидрорепрессию на предмет герметичности не проводили; все операции выполняла одна и та же бригада.

Прения. Р.К.Рахманов. Несмотря на большие достижения полученные в работе применением однорядного шва, она не находит широкой поддержки у хирургов. По видимому это связано с опасностями после операции такими как кровотечение, несостоятельность швов. В развитии анастомозитов большая роль должна отводиться микрофлоре, забросу желчи и шовному материалу. Очень интересная работа с прекрасными результатами, которых добились авторы оперируя одной бригадой, но я считаю что это еще рекомендовать широкому кругу хирургов нельзя так как еще нет хорошей базы для того.

Д.С.Гулямов (заключительное слово председателя). Резекция желудка одна из сложных операций которая находится в арсенале хирургов вот уже более 120 лет. Одной из положительных сторон однорядного шва является непроникивание ее (сквозное) в просвет желудка. Поэтому я считаю что мы должны взять ее на вооружение. и в тех случаях когда это возможно (при наличии) то использовать атравматический шовный материал.

ПРОТОКОЛ 2-ГО ЗАСЕДАНИЯ ОБЩЕСТВА ХИРУРГОВ г. ТАШКЕНТА ОТ 22.02.99 г.

Председатель - акад. У.А.Арипов, секретарь к.м.н. Ш.А. Худайбергенов.

ДОКЛАДЫ.

1. У.А.Арипов, Н.У.Арипова (НСЦ ГПБХ МЗ РУз). Еще раз о желчекаменной болезни и ее осложнениях (классификация) (реферат не представлен).

Ответы на вопросы. Мы считаем что камни образуются в желчном пузыре; в внепеченочных желчных путях в наших наблюдениях мы камней не обнаруживали; показания к дроблению камней в желчном пузыре должны быть очень строгими, это: камни должны быть холестериновыми, рентгеногативными, размерами до 20 мм, проходимость желчных протоков должна быть свободной, воспалительный процесс в этой зоне должен отсутствовать; мы имеем опыт лечения 300 больных с дроблением камней в желчном пузыре; эпидемиология холецистита в Узбекистане не изучена, хотим начать исследования в этом плане; в Узбекистане больных с желчекаменной болезнью не мало, причем очень часто с осложнениями; при желчекаменной болезни страдает желудочно-кишечный тракт, у всех наших больных выявлялись гастродуодениты; выявленный камень в желчном пузыре является показанием к оперативному вмешательству; наличие конкремента всегда опасно своими последствиями, поэтому надо удалять их до развития осложнений; старая теория говорит о длительном раздражении слизистой желчного пузыря, что приводит к ее гиперплазии затем к раку желчного пузыря, но я не могу с ней согласиться в 100% случаев; хирургическая тактика при раке желчного пузыря состоит в более широком объеме хирургического вмешательства.

У.А.Арипов (заключительное слово председателя). Почему я был вынужден вернуться к этой теме? Потому-что до сегодняшнего дня нет единства взглядов и подходов в хирургической тактике при желчекаменной болезни, что приводит к разному в оценке результатов. Я милости прошу на нашу кафедру для проведения дискуссий по этому вопросу. Вероятнее всего было бы хорошо написать методические рекомендации по вопросу диагноза и хирургической тактике в этом вопросе после наших с вами дискуссий. Я не могу что ибо говорить положительного или отрицательного, т.к. я сам доказывал, вам судить. Хочу поблагодарить вас за активное участие было задано очень много вопросов.

2. Р.К. Рахманов, А.П. Михайлов, И.У. Бердимуратов (кафедра хирургических болезней стоматологического факультета 1-го ТашГос- МИ). Ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения сформированного дуоденального свища после резекции желудка (реферат не представлен).

Ответы на вопросы. Оперировать больных с сформировавшимся дуоденальным свищем необходимо минимум через 2 месяца после первичной

операции; сформировавшийся дуоденальный свищ имел место у 3 больных после резекции желудка по второму способу Бильрота на короткой петле и у 6 больных после резекции желудка по такому же способу но на длинной петле.

Прения. Ф.Н.Назиров. Рахматилла Каршиевич затронул сегодня очень злободневную тему. Повторные операции это большой бич в гастроэнтерологии. Очень часто бывает так что нет тканей для наложения швов при закрытии культи двенадцатиперстной кишки, поэтому и предложены много видов закрытия одним рядом швов, например по Хачиеву Л.Г.

У.А. Арипов (заключительное слово председателя). Автор прошел достаточно высокую школу в Ленинграде. Я считаю что с тех пор как была выполнена первая резекция желудка в 1881 году, эта проблема преследует хирургов. Продолжать исследования в этом плане надо. У меня есть конкретные практические предложения. Необходимо автору разработать практические рекомендации как лучше обработать культю двенадцатиперстной кишки при резекциях желудка для предотвращения тех осложнений о которых вы говорили.

ПРОТОКОЛ 3-ГО ЗАСЕДАНИЯ ОБЩЕСТВА ХИРУРГОВ г. ТАШКЕНТА ОТ 29.03.99 г.

Председатель - д.м.н. А.М.Худайбергенов, секретарь - к.м.н. Ш.А. Худайбергенов.

ДОКЛАДЫ.

1. А.М.Хаджибаев, З.М.Низамходжаев, Б.А.Янгиев (НЦХ им. В.Вахидова МЗ РУз). Хирургическое лечение стенозирующего рефлюкс-эзофагита (реферат не представлен).

Ответы на вопросы. Поэтапную манометрию у наших больных не проводили; РН-метрия нижней трети пищевода проведена у 26 больных; значение угла Гиса мы изучали, у 53 из 31 больного была грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, т.е. у них имел место сглаживание угла Гиса; из 31 у 5 грыжа пищеводного отверстия диафрагмы была кардиофундальная; рак пищевода не встречали; нами выполнялась фундопликация по Ниссену в модификации по Черноусову; рефлюкс-эзофагит встречается 2 раза чаще у мужчин и это не только наши данные; связь рефлюкс-эзофагита с артериальной гипертензией не изучали; селективную проксимальную ваготомию выполняли при наличии дуоденальной неосложненной язвы.

Прения. Р.К.Рахманов. Рефлюкс-эзофагит это сложная проблема на которую хирурги не так часто обращают внимания. Докладчик не случайно сказал что больные лечатся как правило по поводу терапевтических болезней, а на самом деле у них рефлюкс-эзофагит. При стенозирующем рефлюкс-эзофагите у нас тактика немного другая. Мы обладаем опытом лечения 259 больных. Рефлюкс-эзофагит это понятие вторичное. Первично здесь язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, желудка, колостаз, повышение внутрибрюшного давления. Из

17 больных стенозирующим рефлюкс-эзофагитом мы у 2 сделали экстирпацию пищевода и 9 фундопликацию по Ниссену, у 5 резекцию антрума и бужирование. К хирургическому лечению стенозирующего рефлюкс-эзофагита должны быть строгие показания. Лучше ее предупредить, сейчас для этого есть очень много антацидных препаратов.

А.М.Худайбергенов (заключительное слово председателя). Покойный Э.Н.Ванцян говорил что после 50 лет у любого человека может развиваться рефлюкс-эзофагит. Но тем не менее эти больные не все должны подвергаться операции. По нашим данным 80% больных с рефлюкс-эзофагитом подвергаются консервативной терапии. Короткий пищевод развивается в результате воспалительного процесса и называется в этих случаях приобретенным, а бывает также врожденный. Доклад был очень интересным, благодарю за внимание.

2. С.Н.Наврузов, С.Б.Абдужаббаров, А.М.Хакимов (центр колопроктологии). 10-летний опыт лечения рака прямой кишки.

Удельный вес рака прямой кишки в общей структуре злокачественных опухолей составляет от 2 до 10%. В нашей стране рак прямой кишки по отношению к другим видам опухолей составляет 10%, а по отношению к опухолям толстой кишки 50%. Изучен опыт лечения 199 больных раком прямой кишки за 10 летний период. На основании полученных результатов авторы пришли к выводу что комплексное обследование больных раком прямой кишки, предоперационная подготовка с учетом наличия сопутствующих патологий, правильно подобранный способ оперативного вмешательства позволяет достиг хороших результатов лечения.

Ответы на вопросы. Все больные раком прямой кишки должны подвергаться пальцевому исследованию; несостоятельность швов анастомоза в послеоперационном периоде мы наблюдали в 5 случа-

ях, из них у 2 произвели релапаротомию, умерло 2 больных; кишечный лаваж до операции не производили; больные раком прямой кишки у нас диагностируют как правило в 3-4 стадии, ранняя диагностика входит в число курьезов; всем больным в до- и послеоперационном периоде по договоренности с областным онкодиспансером проводили химиотерапию.

Прения. Ш.А.Дадаев. Отрадно слышать что автор получил обнадеживающие результаты. В институте проктологии в г. Москве где автор проходил заcalку, в лечении этих больных применяют методы прямой лимфотерапии, которые способствуют уменьшению гнойных осложнений. В докладе автора об этих методах не прозвучало.

А.Х. Янгиев. Причину раковых заболеваний до сих пор точно не знает никто. Автор преследовал цель улучшить ближайшие и отдаленные результаты чего он и добился. В нашей стране число заболеваний раком прямой кишки растет. У нас мне кажется очень плохо обстоит дело в плане ранней диагностики и реабилитации больных в послеоперационном периоде. Это касается вопросов организационного плана.

А.М. Худайбергенов (заклучительное слово председателя). Много вопросов связанных с ранней диагностикой этой категории больных у нас в стране не решены. Сейчас к сведению в Республике имеются 12 компьютерных тамографов и 3 ядерно-магнитно-резонансных тамографа. Я думаю эти установки должны способствовать улучшению диагностики. Высококвалифицированная помощь этой категории больных оказывается только в Ташкенте и то в институте онкологии и центре проктологии. В областных центрах эти операции не производятся. Это плохо особенно в связи с экономическими трудностями. Необходимо развивать хирургию рака прямой кишки и в областных центрах.

