

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

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

2001, №2

Адрес редакции: Республика
Узбекистан,
г. Ташкент-700115,
ул. Фархадская, 10
E-Mail: akilov@churg.silk.org
Телефон: (371-2) 77-25-22
Телефон / факс: (371-2) 77-04-94

*Журнал зарегистрирован
в Государственном Комитете
по печати Республики Узбекистан
28 января 1999 г.
(Регистрационный № 00253)*

*Расчетный счет: 20212000903999363001
в отд. "Саехат" национального банка
ВЭД РУз, МФО 00905, ИНН 202897523*

*Подписной индекс:
1041 - для индивидуальных подписчиков
1042 - для организаций*

Редакционный совет:

Агзамходжаев Т.С.	(Ташкент)
Акилов Ф.А.	(Ташкент)
Алиев М.А.	(Алматы)
Ахтамов Д.А.	(Самарканд)
Бабаджанов Б.Р.	(Ургенч)
Бабажанов К.Б.	(Ургенч)
Багненко С.Ф.	(С-Петербург)
Байбеков И.М.	(Ташкент)
Бахритдинов Ф.Ш.	(Ташкент)
Бокерия Л.А.	(Москва)
Гальперин Э.И.	(Москва)
Ерамишанцев А.К.	(Москва)
Ермолов А.С.	(Москва)
Ещанов А.Т.	(Нукус)
Жерлов Г.К.	(Томск)
Касымов Ш.З.	(Ташкент)
Константинов Б.А.	(Москва)
Кротов Н.Ф.	(Ташкент)
Курбанов Д.Д.	(Ташкент)
Мадартов К.М.	(Термез)
Мамакеев М.М.	(Бишкек)
Рахимов С.Р.	(Андижан)
Рахманов Р.К.	(Карши)
Сабиров Б.У.	(Самарканд)
Федоров В.Д.	(Москва)
Ходжибеков М.Х.	(Ташкент)
Худайбергенов А.М.	(Ташкент)
Шалимов А.А.	(Киев)
Шамсиев А.М.	(Самарканд)
Шарапов Н.У.	(Ташкент)

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Агзамходжаев Т.С.,
Нурмухамедов Х.К.

ПРИЧИНЫ ГИПОКСИИ И МЕТОДЫ ЕЕ КОРРЕКЦИИ ПРИ ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКОМ ШОКЕ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Агзамходжаев Т.С., Х.К.Нурмухамедов

Бир ёшгача бўлган болаларда инфекцион-токсик шок вақтида кузатидиган гипоксиянинг сабаблари ва уни кор-рекциялаш усуллари

ЮТК даврида гипоксия ҳолатларини вужудга келиш механизмларини урганиш аэроб процессларнинг умумий қонуниятлари ва узаро боғлиқлигини аниқлашга ердан берди. Гр(-) ШПФ нинг колонизацияланиши ва унинг вируслар ва кандидалар билан синергизми болалар ҳаётига ҳаф солади, бунга эркин радикал реакциялар ва метаболитлар курсаткичларининг ошиши сабабдир.

Инфекцион-токсик шокни комплекс даволаш схемаси ишлаб чиқилди. Инсуфляция, ГБО ҳамда карболен ва СКН-2 М билан энтеросорбция каби муолажаларни ўз ичига олган бу комплекс даволаш усули қоннинг транспорт функциясини тиклашга, ПОЛ курсаткичларининг ошишини олдин олиш ва шу орқали инфекциянинг колонизациялашининг ривожланишини камайтиришга ердан беради.

Agzamhodjaev T.S., Nurmuhamedov H.K.

Reasons and methods correction of hypoxia in septic toxic shocks in early age children.

Investigation of mechanism of appear hypoxia in ITS in early age children showed relationship severity of aerob metabolisms colonisation Gram-negative pathogen flora and their synergism with virus and Candida very dangerous for life of children, that followed intensivity development radical reactions and increasing of metabolites level.

Collaborated scheme complex treatment INS, involving permanent oxygen therapy, HBO, enterosorbition take the possibility improve blood oxygen function, prevent increasing changes in radical reactions and decrease to colonisation of infection.

Основу метаболизма клеток организма составляют аэробные процессы определяющие интенсивность окислительно-восстановительных реакций, биологической трансформации энергии, свободно-радикального окисления, детоксикации [1,8,9]. Основным синдромом при многих патологических состояниях является нарушение окислительно-восстановительных реакций формирующее развитие многочисленных морфофункциональных изменений. Постоянная потребность кислорода организму крайне необходима и его депонирование не предусмотрено [2,5,7]. Одним из ведущих патогенетических звеньев при сепсисе и инфекционно-токсическом шоке (ИТШ) служит неадекватное потребление кислорода (O_2), вызывающее гипоксию и изменение метаболических процессов.

Колонизация инфекции и их токсинов увеличивают интенсивность кислородозависимых процессов. В связи с этим возникает несоответствие между повышенной потребностью O_2 и его поступлением. Развивающиеся явления метаболического ацидоза способствуют возникновению стойкой гипоксии в результате чего развиваются органические нарушения (дыхательные, сердечно-сосудистые, кишечные, почечные). Исследования многочисленных авторов, изучавших потребление кислорода при ИТШ у детей раннего возраста, отмечают снижение этого показателя [2,4,6]. Анализ опубликованных работ выявляет некоторые противоречия между гипердинамическим и гиподинамическим режимом кровообращения при развитии ИТШ. Однако пусковым механизмом в формировании сепсиса, а затем и развития ИТШ у детей раннего возраста является инфекционный фактор, который оказывает лимитирующее влияние на клинко-патофизиологическое проявление заболевания. Вопрос о первичном или вторичном характере изменений сопротивляемости и реактивности при сепсисе и ИТШ в настоящее время широко обсуждается [2,5,7].

Цель исследования.

Изучение механизмов возникновения гипоксий при ИТШ у детей раннего возраста позволяет установить общую закономерность и взаимообуслов-

ленность течения аэробных процессов, т.е. уточнить патогенез заболевания и сделать более направленной и обоснованной коррекцию выявляемых нарушений.

Материал и методы.

Обследовано 86 септических детей раннего возраста (1-12 месяцев) в состоянии ИТШ, при колонизации Гр(-) условно-патогенной флорой (УПФ). Критерием отбора больных и разделения их на группы была степень тяжести течения ИТШ. В 1 группу больных вошли 28 детей с 1 степенью тяжести ИТШ, во 2- 37 -со II ст., в 3 - 21 - с III ст. Обследование детей включало оценку клинического состояния с определением тяжести сепсиса и ИТШ, данные общеизвестных клинических и биохимических показателей. Основным направлением исследования явилось комплексное изучение газотранспортной системы крови [3,6]. На газоанализаторе ABI-500 фирмы Radiometer (Дания) определяли pO_2 , pCO_2 , pH, BE, SB. Проводили бактериологические исследования крови, мочи, зева, кала; изучение перекисного окисления липидов (ПОЛ) куда входили определения диеновых конъюгатов (ДК), оснований Шиффа (ШО), малонового диальдегида (МДА), хеломинестенции (ХЛ); средне-молекулярных пептидов (СМ).

Традиционный метод инсуфляции O_2 проводили каждые 3 часа по 20 мин. Сеансы гипербарической оксигенации (ГБО) осуществляли в одноместных барокамерах типа «Ока-МТ» в индивидуальном режиме сатурации со средней продолжительностью сеанса $26 \pm 1,4$ мин., при давлении $0,8 \pm 0,005$ атм ($P < 0.01$). Энтеросорбцию проводили каждые 16 часов через назогастральный зонд карболеном и СКН-2М (0,5 мг/кг).

Результаты и их обсуждение

Несмотря на отдельные различия в семиотике сепсиса у детей раннего возраста, при различных возбудителях организм отвечает на инфекционный стресс эволюционно-закрепленным комплексом ответных реакций. При этом ИТШ проявляется в виде синдрома четырех «Г»-гиповолемия, гипоксия, гипотония, гипоксический обмен веществ. Отдельные сочетания от-

Этиологическая структура ИТШ у детей раннего возраста

Возбудитель	Кровь		К:
Ps.aerugenoza	до 34	после 12	до 21
Enterobacter	25	15	23
Klebs.pneumonia	44	26	14
E.coli	2		16
Citrobacter	8	2	2
Ser.mascescens	2	1	3
Proteus	3	1	2
St.aureus	6	2	1
St.saprophiticus	5	1	2

ветных реакций организма в структуре ИТШ могут формироваться за счет преморбидного состояния ребенка, проведения иррационального лечения, вирулентности возбудителя и т.д.

Одним из факторов вызывающих гипоксическое состояние, при ИТШ с превалированием Гр(-) УПФ, является инфекционный. Ему принадлежит ведущая роль в острых расстройствах кровообращения, системной и органной гемодинамики. Нарушения транспорта O_2 вызывает ответную реакцию ЦНС с развитием циркуляторных расстройств и распространенной вазоконстрикцией, централизацией кровообращения со снижением скорости органного кровотока в пользу жизненно важных органов.

Бактериологическое исследование выявило преимущественное наличие Гр (-) УПФ и сочетание ее с Гр(+) кокками, вирусами и грибами, синергизм которых создает серьезную угрозу жизни детей (Таблица 1).

При оценке функционального состояния сердечно-сосудистой системы во всех исследуемых группах, в начальные периоды ИТШ, обнаружены признаки снижения волемического компонента (Таблица 2), что резко ухудшило гидродинамические условия функционирования, более выраженные в 3 группе. В результате этого происходит изменение транспортной функции крови. Если в 1 группе больных снижение концентрации O_2 компенсировано за счет увеличения сердечного выброса, во 2 группе - снижение его компенсируется за счет увеличения экстракции, а в 3 группе - снижение концентрации O_2 не сопровождается увеличением сердечного выброса и нарастают признаки неадекватной оксигенации. Клинически это проявляется в виде одышки, цианоза, нарушения сознания, выраженной анемии и т.п. Развивающиеся метаболические изменения, нарушения аэробных процессов способствуют накоплению метаболитов, чему предшествует централизация кровообращения подверждающаяся снижением ОЦК и его компонентов.

Исходные показатели активности ПОЛ, во всех группах больных, свидетельствуют об интенсивном течении свободно-радикальных реакций, что проявляется высоким уровнем метаболитов ($P < 0,05$), которые

могут играть различную роль при ИТШ. Поскольку ДК являются короткоживущими продуктами, ЩО - химически инертными их роль в нарушениях клеточного развития эндотоксикоза невелика, в основном они выступают в виде маркеров активности ПОЛ. В отличие от них МДА не только являются показателями активности свободно-радикальных реакций, но и обладают токсическими свойствами, поскольку способны повреждать белки, ферменты, нуклеиновые кислоты клетки. Поэтому избыточное накопление МДА значительно усугубляет токсемию.

Разработанные схемы комплексного лечения ИТШ, с включением методов дробной инсuffляции, сеансов ГБО, ЭС активированными углями позволили нивелировать нарушения гомеостаза у детей раннего возраста. Проведение пассивной и активной оксигенации способствовало восстановлению направленности окислительно-восстановительных реакций, улучшению гемодинамических и циркуляторных сдвигов у наиболее тяжелого контингента больных.

Увеличение pO_2 на 12%, SB на 16%, снижение CO_2 на 18% положительно сказалось на клиническом течении ИТШ у детей 1 группы. Отмеченное при этом положительная динамика процессов ПОЛ имела односторонний характер с динамикой функционального состояния сердечно-сосудистой системы, что связано с улучшением оксигенации и обменных процессов (Таблица 3).

Во 2 группе больных увеличение pO_2 на 10,2%, SB на 14%, уменьшение CO на 16%, снижение активности процессов ПОЛ позволило стабилизировать тяжелое течение ИТШ.

В 3 группе больных повышение pO_2 на 9,6%, SB на 11,3% уменьшение CO_2 на 14,3%, снижение интенсивности свободно-радикальных реакций улучшило состояние наиболее тяжелого контингента больных, но продолжение данной методики лечения, оксигенации и детоксикации положительно повлияло на течение наиболее тяжелого контингента больных.

Выводы : Резюмируя вышесказанное по причинности гипоксического состояния необходимо отметить, что Гр(-) УПФ и синергизм ее с вирусами и кандидами вызывает выраженные изменения гомео-

Таблица 2

Изменения показателей гемодинамики и ПОЛ у детей раннего возраста ($M \pm n$)

Показатель	контроль	сутки
Гематокрит %	0,36	1 с
		5с
Общий белок г/л	74,0±7,3	1с
		5с
АД систол. мм.рт.ст.	93,60±1,42	1 с
		5с
АД диас. мм.рт.ст.	59,12±2,60	1с
		5с
АД ср.дин мм.рт.ст	72,14±3,4	1с
		5с
ОЦ мл/кг	405,5±20,7	1 с
		5с
ОЦП мл/ кг	242,0±24,2	1с
		5с
ОЦЭ мл/кг	151,7±23,5	1с
		5с
СМ ммоль/л	0,274±0,03	1с
		5с
Лейкоциты x109	10,5±0,13	1с
		5с

Примечание: * - $P < 0,05$

Динамика КЩС при ИТШ у детей раннего возраста ($M \pm m$)

Показатель	норма	1с	3с	
Гематокрит %	0,39 \pm 0,44	0,42 \pm 0,001	0,32 \pm 0,002	0,4
pO_2 %	96-98	96,91 \pm 0,16	99,12 \pm 0,12	96,
BE ммоль/л	+2,5	-4,75 \pm 0,04	+2,83 \pm 0,03	-5,
PCO ₂ мм.рт.ст.	35-45	39,42 \pm 0,38	30,18 \pm 0,39	35,
pH	7,35	7,36 \pm 0,002	7,38 \pm 0,003	7,2
SB ммоль/л	22,40 \pm 0,16	17,14 \pm 0,17	22,33 \pm 0,17	17,2

Примечание: * - $P < 0,5$

стаза с проблематичными сдвигами метаболических процессов. Несмотря на благоприятное течение ИТШ у больных I группы необходима коррекция развивающейся гипоксии, для предупреждения лавинообразности сдвигов ПОЛ, а вследствие этого развития колонизации инфекции.

Методами восстановления транспортной функции крови могут являться дробные инсуфляции O_2 и ГБО в щадящем режиме при благоприятном течении ИТШ. В случаях более тяжелого течения ИТШ, проявляемые синергизмом с вирусами и кандидами, в комплекс противошоковых мероприятий должно входить инсуфляции O_2 , ГБО, энтеросорбция позволяющие эффективно реализовать возрастающие нарушения гипоксии и метаболизма.

Литература

1. Ахмедова Д.И., Курбанов Д.Д., Азимжанова М.М. Пути снижения перинатальной смертности в Республике Узбекистан. // Педиатрия (Ташкент). Спец выпуск. 1999, С.-30-32.
2. Баранов А.А. Детские инфекции как причина младенческой и детской смертности. // Педиатрия (Г.Н.Сперанского). 1999, № 6. С.- 5-7.
3. Вельтищев Ю.Е., Балева Л.С.. Научные и организационные принципы современной педиатрии. // Росс. вестн.перинатол. и педиатрии. 1977, № 5, С. 12-14.
4. Дон Х. Принятие решений в интенсивной терапии. Пер. с англ. М., Медицина, 1995. -224 с.
5. Воробьева В.А., Шиленок И.Т. Прогнозирование и лечение гнойно-воспалительных заболеваний у новорожденных детей. // Педиатрия (Т.Н. Сперанского). 1990, № 10, С.- 45-50.
6. Курбанов Д.Д., Атаханов Ш.Э., Чекина Э.А., Курмангалиева Б.Х., Подпоренко А.Д., Мирзаева Н.О. Использование новых видов технологий в системе здравоохранения Республики Узбекистан.// Педиатрия (Ташкент). Спец выпуск.1999, С.-23-25.
7. Мишарев О.С., Дмитриев В.В., Курек В.В., Дардынский А.В. Способ оценки тяжести состояния детей в отделениях интенсивной терапии и реанимации.//Анестез. и реаним.1990, № 2, С.-42-45.
8. Самсыгина Г.А. Современные проблемы внутриутробных инфекций./УПедиатрия (Г.А. Сперанского). 1997, № 5, С.-34-39.
9. Сидельников А.Т. Неотложные состояния в педиатрии. Киев, Здоровья, 1994.-608 с.
10. Цыбульский Э.К. Угрожающие состояния у детей. Киев.3-доровья,1994, -195 с.

Х.А. Акилов,
А.В. Девятков,
Б.С. Рахимов,
А.А. Мансуров

ПРИНЦИПЫ ФОРМИРОВАНИЯ БАЗЫ ДАННЫХ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ДЛЯ СОСТАВЛЕНИЯ ПРОГНОЗА ИСХОДА ПОРТОСИСТЕМНОГО ШУНТИРОВАНИЯ.

Научный центр хирургии им. акад. В.Вахидова МЗ РУз.

Х.А. Акилов, А.В. Девятков, Б.С. Рахимов, А.А. Мансуров

Жигар циррози билан огриган беморларда портосистем шунтлаш натижаларнинг прогнозини тузиш учун маълумотлар базасини шакиллантириш принциплари

Мақолада акад. В.Воҳидов номидаги ХИМ бўлимларида 1976-1999 йиллар мобайнида жигар циррози ва портал гипертензияси ташхиси билан даволанган беморларнинг даволаш натижаларнинг таҳлили келтирилган. Ҳаммаси бўлиб портосистем шунтлаш жарроҳлик амалиёти бажарилган 304 та бемор ҳақида маълумотлар тўпланган.

Клиник-лаборатор ва инструментал текшириш усули жараёнида олинган маълумотлар таҳлил қилинди.

Маълумотларнинг компютерлаштирилган базасига тўпланган, кўп позицияли статистик ишловнинг чекланманган имкониятлари бўлган тадқиқот усулларнинг системалаштирилган маълумотларидан фойдаланган ҳолда ва жигар циррози билан огриган беморларни портосистем шунтлашда тўпланган клиник тажрибаларнинг натижаларига таянган ҳолда, муаллифлар тамонидан операциядан кейинги даврда кузатилиши мумкин бўлган энг оптимал хирургик даволаш усули кўрсатилади.

Муаллифлар жигар циррози билан огриган беморларда бажарилган портосистем шунтлаш амалиётининг прогнозининг компютерлаштирилган моделининг жиддий равишда киришди.

Kh.A. Akilov, A.V. Devyatov, B.S. Rakhimov, A.A. Mansurov

To creation of computerized model of prognosis of portosystemic shunt in liver cirrhosis patients

Treatment of patients with liver cirrhosis and portal hypertension are sojourning in the departments of Scientific Center of Surgery within the period from 1976 till 1999 is analyzing in this article. Data of clinic-laboratory and instrumental methods of investigation in 304 patients after portosystemic shunt operation were collected and analyzed.

Authors outlined the most optimal method of operative treatment with high probability to prognosticate development of possible complications in postoperative period (after operation). Systematizing data of investigation methods, which were collected in computerizing (computer) source of data; unlimited possibilities of polypositional statistical processing and results of accumulated clinical experience of portosystemic shunt in liver cirrhosis patients were utilized.

Authors closely came up to creation of computerized(computer) model of prognosis of portosystemic shunt in liver cirrhosis patients.

Известно, что цирроз печени является конечной стадией хронического гепатита, проявляется признаками нарушения внутрипеченочной гемодинамики и уменьшения массы клеток. Уникальные особенности кровообращения печени и многовариантные формы ее нарушения при формировании цирроза печени делают крайне сложным оценку течения и прогноз заболевания. Три основных критерия тяжести заболевания (активность процесса в печени, гепатодепрессия и портальная гипертензия) опираются на большое число качественных и еще большее число количественных нормативных тестовых показателей. Их сложная взаимосвязь и взаимозависимость требуют полипозиционной многокомпонентной формы оценки для принятия адекватного решения о тактике лечения, в том числе оперативного. В настоящее время резко возрос интерес к использованию этих тестовых показателей, для чего имеется несколько причин: существенно возросло использование этих тестов при проведении диспансеризации, возросла их значимость в связи с необходимостью достоверной оценки результатов портосистемного шунтирования, а также при проведении ортотопической трансплантации печени.

Уровень передовых диагностических и лечебных технологий позволил пересмотреть целый ряд концептуальных аспектов хирургии портальной гипертензии и лег в основу новой концепции формирования парциальных и селективных портосистемных шунтов, связанных с учетом и нормативной оценкой большого числа количественных гемодинамических показателей.

Последние наработки НЦХ им. академика В.Вахидова МЗ РУз в этом направлении представляются наиболее перспективными для продолжения научного поиска, так как связаны с созданием основы для формирования компьютеризированной базы архива

данных и оригинальной регулируемой, деликатной формой ограничения портальной декомпрессии для профилактики геморрагического синдрома и поддержания функции печени в долгосрочной перспективе.

Таким образом, перед хирургией портальной гипертензии на современном этапе стоит острая необходимость формирования полипозиционной, многокомпонентной, количественной, аналитической оценки тяжести течения цирроза печени и осложнений портальной гипертензии для выбора адекватных способов коррекции портальной гипертензии.

Наличие в арсенале современные высокотехнологических методов диагностики, большого количества функциональных проб и тестовых показателей, поддающихся математическому анализу, революционный прогресс в компьютерных технологиях делает реальной возможность создания математической модели цирроза печени с синдромом портальной гипертензии для совершенствования хирургической тактики и определения долгосрочного прогноза течения этого заболевания.

Нами было начато формирование базы данных больных лечившихся в отделениях НЦХ им. акад. В.Вахидова, за период с 1976 по 1999 гг., с циррозом печени и портальной гипертензией. Всего было собрано данные по 304 больным, перенесшим операцию портосистемного шунтирования. Проксимальный спленоренальный анастомоз (ПСРА) был наложен 119 больным, дистальный (ДСРА) - 85, латеро-латеральный (Лат-лат.СРА) - 38, мезентерикокавальный (МРА) - 20, Н-образный спленоренальный анастомоз (Н-СРА) - 26 и спленосупроренальный (ССРА) - 16 больным. В базу данных не были внесены пациенты которым были произведены умбликокавальный, прямые портокавальные, спленоовариальные анасто-

мозы и операция Инокуши в виду своей малочисленности и неудовлетворительным ближайшим и отдаленным результатам.

Клинико-лабораторные методы исследования

В базу данных были внесены биохимические показатели крови, включая показатели свертываемости. Биохимические показатели включают показатели цитолиза, уровня мезенхимальной активности и гепатодепрессии.

Ничтожность клинических признаков в ранней диагностике цитолитического синдрома выдвигают на первый план анализ уровня индикаторов цитолиза. Основным показателем активности патологического процесса при активных фазах хронического воспаления печени является цитолитический синдром за исключением малоактивных форм цирроза печени, когда индикаторы цитолиза могут оказаться в пределах нормы.

Аминотрансферазы (АСТ, АЛТ) относятся к чувствительным индикаторам цитолиза. Наиболее чувствительным и ранним показателем печеночного цитолиза является повышение активности АЛТ [1]. Превышение активности аминотрансфераз верхней границы нормы в 1,2-3,0 раза рассматривается как умеренная гиперферментемия, в 3,1-10 раз - средней степени, в 10 и более - как высокая гиперферментемия [8].

Осадочные пробы тимоловая и сулемовая отражают глубину и интенсивность цирротического процесса, более информативная при ЦП сулемовая проба.

Эти же характеристики приносит и исследование гаммаглобулина. Существенное повышение его показателя у больного ЦП прогностически неблагоприятно, особенно если связано с отчетливым снижением альбумина сыворотки крови.

Индикаторы снижения метаболической функции печени играют решающую роль в выявлении недостаточности печени.

К индикаторам гепатодепрессии средней чувствительности относят протромбиновый индекс, альбумин сыворотки крови и общий билирубин. Пробы связаны с различными метаболическими функциями печени и при исследовании могут дать несовпадающие результаты, чувствительность их невелика. Но игнорировать ухудшение этих показателей перед операцией опрометчиво. В случаях когда три теста оказываются нормальными, можно предполагать, что функции печени сохранены и это существенно улучшает прогноз.

Ультразвуковое исследование

Состояние портальной гемодинамики изучено методом ультразвуковой сонографии с доплерографией сосудов портальной системы у всех больных с помощью ультразвуковых аппаратов «Sonoline Vera Pro» фирмы «Siemens» и «Echo Camera SSD-680» фирмы «Алока» с SSD-630 с использованием конвексного датчика на 3,5 МГц.

Нормальные значения метрического анализа сосудов портальной системы и состояния портальной гемодинамики у здоровых людей были взяты из работы Е.А. Никитиной (1986):

- диаметр воротной вены составлял $13,3 \pm 0,40$ мм;

- диаметр селезеночной вены - $8,53 \pm 0,78$ мм;

- объемный кровоток по воротной вене - $1053,1 \pm 30,8$ мл/мин;

- по селезеночной вене - $198,4 \pm 23,4$ мл/мин.

После специальной подготовки больные подвергаются ультразвуковому исследованию. Вначале визуализируются основные магистральные сосуды портальной системы, определяется их диаметр, а также размеры печени и селезенки. Затем, с помощью доплерографии, определяют линейную скорость кровотока по портальной вене, селезеночной вене. При анализе эхограмм, наряду с определением формы, размеров, структуры печени и селезенки изучалось состояние сосудистых структур портальной системы: оценивался размер их просвета, форма, длина, анатомическое расположение и индивидуальные параметры соотношения сосудов портальной системы с сосудами системы нижней поллой вены, наличие естественных ПКА. Наиболее тщательно проводился анализ топического соотношения почечной вены к селезеночной вене, расстояние между ними.

Противопоказания к проведению УЗИ, практически отсутствуют, можно четко визуализировать основные магистральные сосуды портальной системы, определить скорость и объемный кровоток по селезеночной и воротной венам [14]. Количественно судили о портокавальном сбросе на основании определения объемной скорости кровотока по воротной вене [12].

Ультразвуковое исследование с доплерографией способно дать предварительные данные по степени гипертензии в спленопортальном русле посредством показателей диаметра селезеночной и воротной вены, скорости кровотока и его направленности, цифры объемного кровотока. В послеоперационном периоде к этим данным добавляются сведения о параметрах камеры анастомоза и объеме портокавального сброса крови через нее.

Методы радиоизотопной диагностики.

Применение методов радиоизотопной диагностики для исследования функции и структуры печени основывается на следующих принципах: избирательность поглощения, равномерность распределения, постоянство концентрации изотопов в течение всего периода исследования и скорость выведения их из организма. Учитывалась также безопасность исследования для больного вследствие малых количеств препарата (от 0,01 до 0,1 мг) и индикаторных дозировок радиоактивных изотопов, которые не вызывают побочных эффектов при их применении; возможность исследования функции и структуры печени и других внутренних органов без нарушения их целостности.

Комплексное радионуклидное исследование гемодинамики печени и её функциональной активности состояло из нескольких этапов. Первоначально проводилось определение объема циркулирующей крови (ОЦК) и исследование общего печёночного кровотока с коллоидным радиофармпрепаратом. Затем проводили динамическую гепатосцинтиграфию с целью исследования поглочительно-эскреторной функции печени. Сканирование печени произведено у 48 больных.

Радионуклидное исследование общего печёночного кровотока (ОПК) проводили на гамма-камере (FO

Gamma LFOV с компьютером PDP 11/34, США) по методике динамической и статической сцинтиграфии.

Используя деконволюционный анализ при обработке радиохронограмм, мы получили два показателя, характеризующие функциональную активность печёночной паренхимы:

1. Fr extr - показатель фракции печёночной экстракции (%), характеризующий поглотительную активность гепатоцитов;

2. T 1/2 - период полувыведения радиофармпрепарата (мин), характеризующий выделительную функцию печени.

Динамические гепатосцинтиграммы всех больных ЦП были обработаны с применением деконволюционного анализа.

Рентгенэндоваскулярные исследования

Опорными данными в процессе отбора больных на операцию портосистемного шунтирования были показатели центральной и портальной гемодинамики. Они включали результаты спленопортографии с манометрией: частичная или полная непроходимость спленопортального русла; диаметр и длина селезеночной и воротной вен; ретроградное заполнение притекающих ветвей, коллатеральное кровообращение; замедление скорости кровотока; деформация сосудов и обеднение внутривенных сосудов; величина, так называемых спленогоризонтального, спленопортального и портовертебрального углов.

При анализе ангиоархитектоники портального русла на допеченочном уровне принимались во внимание следующие критерии, характеризующие гидродинамику данного русла: диаметр воротной и селезеночной вен, портовертебральный угол, дающий представление о гидродинамике сосудов селезеночной и мезентеральной вен, вливающих в воротную вену [2,3,4,7,10]. Для этого, после премедикации под местной анестезией производилась пункция селезен-

ки в стандартной точке или в других точках при спленомегалии. Для измерения ВСД применялся флеботонометр Вальдмана.

Помимо этого у больных, перенесших спленэктомию, выполнялась возвратная мезентерикопортография. Целью данного исследования являлось изучение состояния вен портального бассейна, степени развития мезентерико-портального бассейна. Под местной анестезией по методике Сельдингера проводилась селективная мезентерикография с захватом возвратной фазы.

При анализе спленопортограмм учитывали степень развития окольного кровообращения, причем различали следующие степени:

0 степень - коллатеральное кровообращение не выражено.

I степень - коллатеральное кровообращение представлено умеренным контрастированием сосудов селезенки и венечной вены желудка, диаметр которой не превышает 7-8 мм. При этом другие коллатерали не выявляются, либо видна нерезко выраженная тень нижней брыжеечной вены.

II степень - окольное кровообращение представлено расширенной, петливой венечной веной желудка диаметром 9-11 мм, при наличии нижней брыжеечной (или при отсутствии последней), но в сочетании с другими коллатеральными (желудочно-сальниковой, короткие вены желудка, пилорические вены и другие системы желудочных вен).

III степень - окольное кровообращение представлено резко расширенной венечной веной желудка, достигающей больших размеров (свыше 12 мм) в сочетании с коллатеральными желудочной системы, нижней брыжеечной веной и селезеночными сосудами, а также при больших диаметрах сосудов без такого сочетания.

IV степень - окольное кровообращение представлено сочетанием резко выраженных коллатералей.

Эзофагогастродуоденоскопия.

Фиброэзофагогастродуоденоскопические исследования проводили гибким эндоскопом фирмы «ОЛИМПУС». При эндоскопической диагностике ВРВПЖ, мы пользовались рекомендациями А.Г. Шерцингера с соавт. (1986) дающих возможность прогнозировать гастроэзофагеальные кровотечения у больных ПГ. Для определения степени выраженности (градации флэбэктазии) ВРВПЖ пользовались классификацией, предложенной К.Н.Цацаниди с соавт. (1988) которые различают 3 степени варикозно расширенных вен пищевода: I степень - диаметр вен 2 - 3 мм., II - 3-5 мм., III степень - 5 мм и более, при этом соответственно риск кровотечения $10 \pm 6,7\%$, $25 \pm 9,7\%$ и $87,75 \pm 5,9\%$; вторым фактором является эзофагит различной (легкой, средней и тяжелой) степени, а также дилатация пищевода, с нарушениями функции кардиального жома, что также может увеличить риск кровотечения. Изучение факторов риска (трофические нарушения слизистой пищевода и кардии желудка, дилатация пищевода и другие) позволяет прогнозировать вероятность возникновения пищеводно-желудочных кровотечений в ближайшее время и отдаленные сроки, что помогает при выборе тактики консервативного и оперативного лечения ПГ [11,13]. Так, при обнаружении рефлюкс-

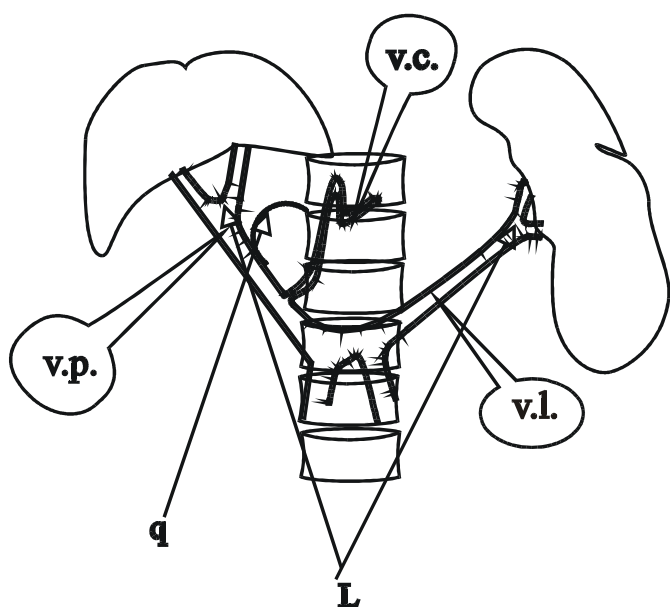


Рис.1 Схематическое изображение спленопортограммы
v.p. - диаметр воротной вены
v.l. - диаметр селезеночной вены
v.c. - диаметр венечной вены желудка
L. - протяженность спленопортальной оси.
q - угол между позвоночным столбом и воротной веной.

Таблица 1

Эндоскопическая характеристика изменений желудочно-кишечного тракта у больных ЦПс ПГ.

Вид анастомоза	Число больных	ВРВПиЖ				нет
		0 ст.	I ст.	II Ст.	III ст.	
ПСРА	119	9	26	46	38	86
Лат-лат СРА	38	5	9	11	13	14
ДСРА	85	5	11	41	28	69
МКА	20	-	6	9	5	-
ССРА	16	-	5	8	3	-
Н-СРА	26	-	8	11	7	3
Всего	304	19	65	126	94	172

эзофагита и гастрита мы вначале проводили противовоспалительную и антацидную терапию по показаниям. После стихания этих явлений проводили оперативное лечение. Такой же тактики придерживались при лечебной эндоскопии в отдаленном периоде после операции с целью тромбирования варикозно расширенных вен пищевода. Результаты ЭФГС отражены в таблице 1. У большинства больных были обнаружены II и III степени ВРВПиЖ, что на фоне нарушений трофики слизистой указанных органов является плохим прогностическим признаком в плане риска кровотечения из этих вен.

База данных имеет сквозную нумерацию по всем имеющимся больным и способна выдавать информацию по типу сводных таблиц по всем показателям.

Эзофагогастроскопия дает самые важные сведения, касающиеся степени варикозного расширения вен пищевода, его протяженности и напряженности створков, именно эти данные служат наиболее объективным критерием адекватности наложенного портосистемного шунта.

Используя систематизированные данные перечисленных методов исследования, собранные в компьютеризированную базу данных, неограниченные возможности их полипозиционной статистической обработки и, опираясь на результаты уже накопленного клинического опыта портосистемного шунтирования у больных циррозом печени, можно наметить наиболее оптимальный метод оперативного лечения, с высокой вероятностью прогнозировать течение и развитие возможных осложнений в послеоперационном периоде, вплотную подойти к созданию компьютеризированной модели прогноза портосистемного шунтирования у больных циррозом печени.

Литература

1. Бохян Т.С., Лебезев В.М., Ерамишанцев А.К. Неинвазивные методы прогнозирования результатов портосистемного шунтирования у больных циррозом печени. // *Анналы хирургической гепатологии*. - 1998. - Т.3. - №3. - С.20-22.
2. Ерамишанцев А.К., Лебезев В.М., Плеханов А.Н. Выбор метода порто-кавального шунтирования у больных циррозом печени с портальной гипертензией // *«Хронические заболевания печени - от вирусных гепатитов до циррозов печени с портальной*

ной гипертензией» Матер. Респ. конф. 16-17 января 1996 г. - с. 71.

3. Калина Н.Я., Котенко О.Г. Выбор способа оперативного лечения варикозных кровотечений при циррозе печени с учетом состояния портосистемной гемодинамики и энцефалопатии. // *В материалах 3-ей конференции хирургов-гепатологов «Новые технологии в хирургической гепатологии»*. - Санкт-Петербург, 1995. - с. 187-188.

4. Лебезев В.М., Камалов Ю.Р., Плеханов А.Н. Портальная гемодинамика как критерий отбора больных циррозом печени для порто-кавального шунтирования. // *Матер. республ. конф. «Хронические заболевания печени - от вирусного гепатита до цирроза печени с портальной гипертензией»*. - Ташкент. - 1996. - С.85-86.

5. Наши суждения о возможностях хирургического лечения больных циррозом печени и портальной гипертензией. / Цацаниди К.Н., Ерамишанцев А.А., Коршунов И.Б. и др. // *Тер. архив*, 1988, № 10 с.26-30.

6. Никитина Е.А. Ультразвуковая компьютеризированная томография и доплерография в выборе метода хирургического вмешательства у больных портальной гипертензией. / *Дисс. ... канд. мед. наук.* - М., 1986. 127с.

7. Старостин С.А. Лаптев В.Я., Иванкин В.Ф. Концевая гепатогрфия при исследовании внутрипеченочного сосудистого русла при синдроме портальной гипертензии. // *Анналы хирургической гепатологии*. - 1998. - Т.3. - №3, с.166-168.

8. Хазанов А.И. Прогностическое значение функциональных проб печени и систем тестов (на примере больных циррозом печени, перенесших операцию). // *Анналы хирургической гепатологии*. - 1997. - №2, с. 41-46.

9. Шерцингер А.Г. Патогенез, диагностика, профилактика, лечение кровотечений из варикозных вен пищевода и желудка у больных портальной гипертензией. / *Автореферат дисс. докт. мед. наук.* М., 1986. 38с.

10. Angiographic evaluation after portal blood flow preserving operations. / Mercado MA., Takahashi T., Rojas G., et all. // *J. Clin Gastroenterol* 1995 Sep., v. 21 №2, p.142-53

11. Distal splenorenal shunt versus endoscopic sclerotherapy for longterm management of variceal bleeding. / Warren W.D., Millikan W.D., Henderson G.M. et all. // *Ann. surg.* - 1986. - v.203. - №5. - p.456-462.

12. Michielsen PP., Duysburgh IK., Pelckmans PA.: Ultrasound and duplex-Doppler in the diagnosis and follow-up of portal hypertension. *Acta Gastroenterol Belg* 1995 Sep-Dec, v.58 №5-6, p.409-21

13. Sarfen I.J., Rypins E.B. Partial versus total shunt in alcoholic cirrhosis. // *An.Surg.* - 1994. - v.219. - p.253-261

14. Zwiebel W.J.: Sonographic diagnosis of hepatic vascular disorders. / *Semin Ultrasound CT MR* 1995 Feb., v.16 №1, p.34-41

Б.Р.Бабаджанов.,

Б.Н.Курязов.,

О.Б.Таджибоев

**ПУТИ СНИЖЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ
ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ.***Хорезмская клиническая больница № 1*

Б.Р.Бабаджанов., Б.Н.Курязов., О.Б.Таджибоев

Яра касалигида ошқозон резекциясидан кейинги кузатиладиган леталлик камайтириш йўллари

Мақолада ўн икки бармоқли ичак ва гастродуоденоанастомоз чултоғи чокининг етишмовчилиги бўлган ёши 20 ёшдан 58 ёшгача бўлган 16 беморни хирургик даволаш натижалари таҳлил қилинди. Касаллик ташхисотида клиникорентгенологик маълумотларига ҳамда ультратомограф текширувига катта аҳамият берилди.

Ҳар бир асорат учун аниқ хирургик тактикаси ишлаб чиқилди.

Микројејуностомия жуда озиб кетган беморларни оғир аҳволда олиб чиқишда самарадорлиги юқори бўлган, кам шикастловчи усул эканлиги кўрсатиб берилди.

Ушбу усул билан даволаш натижасида операциядан кейинги даврда 16 бемордан 3 қтасида ўлим ҳолати кузатилди (18,7%), қолганлари соғайиб кетди

B.R. Babajanov, B.N. Kuryazov, O.B. Tadjibaev

The results of surgical treatment on 16 patients with insolvetion of seama in duodenum and gastroduodenoanastomosis is analysing in age from 20 to 58 years old patients . In diagnosis of this disease we pay much attention on X- rays facises and ultrasound observation.

Concrete surgical tactics was worked out in each complication . It is indicated that microjejunostomia in hardly spent patients is very effective , atraumatic method of deduction from fettle.

The mortality was: 3 patients (18,7%) from 16 patients , which died because of insolvetion of seams of gasroduodenoanastomosis.

Одним из частых и грозных осложнений после резекции желудка по поводу язвенной болезни, является несостоятельность швов, частота которой по данным разных авторов, колеблется от 0.4 до 9.0 %, летальность при этом достигает 50-80 % (Э.Н.Ванцян и соавт., 1976.; А.З.Магомедов и соавт., 1977.; И.Г.-Митасов и соавт., 1982; Я.Д.Витебский и соавт., 1985).

Основной причиной такого осложнения является снижение регенеративных свойств тканей у больных с анемией, после кровотечения, ослабленных на фоне длительно существующего стеноза с нарушением водно-солевого равновесия и белкового баланса , рубцово-склеротических изменений кишечной стенки при больших пенетрирующих язвах, когда в сложных технических ситуациях и при недостаточности сшиваемых тканей полноценная обработка культи становится невозможной (К.Б.Мамедов и соавт., 1985).

При возникновении этого осложнения практические хирурги и даже опытные клиницисты оказываются в трудном положении в выборе дальнейшей хирургической тактики. В надежде улучшения, нередко проводят напрасную выжидательную тактику, теряя при этом много полезного времени и оперируют поздно, когда уже развился распространенный гнойный перитонит.

В литературе имеется достаточно работ, посвященных диагностике и лечению этого тяжелого осложнения, однако, еще недостаточно решен вопрос о сроках и объеме повторного оперативного вмешательства.

Под нашим наблюдением находились 16 больных с несостоятельностью швов культи двенадцатиперстной кишки (Н.К.Д, 7 больных) и гастродуоденоанастомоза (Г.Д.А. 9 больных) после резекции желудка по первому и второму способу Бильрота в различных модификациях по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Возраст больных колебался от 20 до 58 лет. Мужчин было 14, женщин - 2. Несостоятельность швов в большинстве случаев отмечена на 4-8-е сутки после операции.

При несостоятельности швов ГДА после резекции желудка по Бильрот 1 нами в большинство случаев отмечено острое начало и бурное течение воспалительного процесса в брюшной полости. После резекции желудка по Бильрот 1 перитонит носил разлитой характер, после Бильрот - 2 - ограниченный, бла-

годаря способности организма прикрыть места несостоятельности прилегающими органами (желчный пузырь, поперечноободочная кишка, печень). Кроме того, важную роль играет свободное поступление содержимого через дефект анастомоза наружу.

При подозрении на возникновение несостоятельности швов проводили ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости. При этом у 10 больных выявили скопление жидкости в эпигастральной области, кроме этого для диагностики этого осложнения через зонд в желудок вводили или давали пить красящие вещества (метиленовая синь); Выделение этого вещества и желчи через дренаж, введенный через контрапертуру в правом подреберье свидетельствовали о возникновении несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки или гастродуоденоанастомоза. В сомнительных случаях , кроме рентгенологического исследования , проводили разведение краев срединной раны на протяжении 3-4 см, расширяли контрапертуру в правом подреберье и ревизию области ГДА или культи двенадцатиперстной кишки при помощи зажима, корнцанга.

При установлении несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки расширяли разрез в правом подреберье для широкого дренирования области несостоятельности швов и проводили динамическое наблюдение, усиливали консервативное лечение. При прогрессировании перитонита с появлением затека содержимого, по правому флангу, проводили экстренную релапаротомию. Во время релапаротомии дренировали дефект культи двенадцатиперстной кишки. Накладывать швы на культю двенадцатиперстной кишки в этом случае нет смысла, они обычно прорезываются при необходимости всегда накладывали контрапертуру в правой подвздошной области и дренировали полость малого таза. Отграничивали дефект тампонами и перчаточными дренажами от свободной брюшной полости. Установили постоянный зонд в приводящей петле ГЭА и проводили постоянную аспирацию. Для разгрузки приводящей петли ГЭА накладывали межкишечный Браун-овский анастомоз.

Учитывая, что пассивное дренирование зоны дуоденальной культи при НДК приводит к бурной десрукции свищевого хода с образованием язвенной

поверхности на брюшной стенке и аррозивным кровотечениям, мы применяем постоянно-аспирационный дренаж с помощью двухпросветного зонда, подводимого к зоне несостоятельности через контрапертуру в правом подреберье, зонд окутываем широкой полоской резиновой перчатки.

Как указывают некоторые авторы, дуоденальные свищи с незначительным отделяемым, даже в течении многих месяцев не угрожают жизни больных, которые чувствуют себя вполне удовлетворительно и даже выписываются на амбулаторное лечение. Если же к оттоку дуоденального содержимого имеются стойкие препятствия, количество выделений из свища не уменьшается, быстро нарастает обезвоживание, истощение больного и наступает летальный исход при явлении выраженной кахексии. Ежедневно через свищ больные могут терять 4-6 л дуоденального содержимого (Д.П.Чухриенко и соавт. 1975.)

Для уменьшения секреции дуоденального содержимого больным назначали атропин. Кожу вокруг свища смазывали пастой Лассара. В качестве перфузата для лаважа зоны несостоятельности швов, использовали 5 % раствор аминокaproновой кислоты, 0.1 % раствор хлористоводородной кислоты. Слабокислая среда, образующаяся в зоне культи, способствует устранению раздражающего воздействия протеолитических ферментов на ткани. Собранный обратно перфузат использовали для реинфузии в кишечник.

Трем больным, с большой потерей дуоденального содержимого (более 1,5 л в сутки), накладывали микроеюностому для энтерального питания и обратного капельного вливания дуоденального содержимого в тощую кишку. Нидерле и соавт. (1984.) в таких случаях рекомендуют двойную еюностому. Приблизительно на 20 см ниже анастомоза вводят в тонкую кишку зонд до культи желудка. Второй зонд вводят ниже первого в дистальном направлении.

При ограничении процесса с образованием инфильтрата в правом подреберье проводили консервативное лечение (4 больных): постоянная аспирация через зонд содержимого желудка и приводящей петли ГЭА, переливание крови, белковых кровезаменителей, физиопроцедуры (СВЧ, УВЧ), солевые растворы и т.д.

Д.П.Чухриенко и И.С.Белый у больных дуоденальными свищами после резекции желудка наблюдали резкое увеличение объема дуоденального содержимого, выделявшегося через свищ в положении лежа, в положении стоя отделяемое из свища не поступало. Поэтому больным придавали положение тела на левом боку с приподнятым головным концом, т.е. проводили лечение с использованием постурального дренажа. Проведенное комплексное лечение у 7 больных с НДК позволило предупредить развитие дистрофии; деструкции ткани и раздражение кожи. Все больные выздоровели.

4 больным с несостоятельностью швов ГДА и с ограничением процесса в комплексном лечении применяли трансанзальное энтеральное зондовое питание (ТНЭЗП). Методику ТНЭЗП осуществляли следующим образом: с помощью гастродуоденоскопа фирмы "Olympus" через биопсийный канал проводили упругий пластиковый катетер диаметром 2 мм

через просвет двенадцатиперстной кишки на 15-20 см ниже связки Трейтца. После извлечения гастродуоденоскопа проводник из рта переводили в носовой ход. Наружный конец проводника смазывали вазелином. После чего по нему проводили эластичный полихлорвиниловый зонд диаметром до 5 мм, проводник извлекали. Нахождение зонда контролировали рентгенологически после введения в его просвет рентгеноконтраста.

Из 4 больных умерли 2 от разлитого перитонита. Их смерть не связана с использованием ТНЭЗП. У 5 больных с истечением большого количества дуоденального и желудочного содержимого, при релапаротомии, для максимальной разгрузки двенадцатиперстной кишки и сокращения дебита свища, выключали зоны ГДА из пассажа пищи, накладывая гастрэнтероанастомоз с Брауновским соустьем в сочетании с наложением микроеюностомы для энтерального питания. Это позволяло быстрее нормализовать обменные процессы, предупредить истощение и создать благоприятные условия для заживления свища.

Микроеюностому накладывали двумя способами:

1. Трубку для катетеризации подключичной вены проводили в первую-вторую петлю тощей кишки на расстояние 15-40 см от связки Трейтца, укрывали швами в серозном тоннеле длиной 5 см, стенку кишки фиксировали к париетальной брюшине в левой половине живота, а катетер через прокол в левом подреберье выводили наружу и фиксировали к коже шелковыми швами.

2. На свободной петле тощей кишки накладывали кисетный шов. Затем в центре его, концом скальпеля прокалывали стенку кишки так, чтобы через разрез можно было плотно ввести хлорвиниловую трубку от одноразовой системы для внутривенного переливания. Предварительно на трубке делается 3-4 дополнительных отверстия. Чтобы избежать перегибов трубки, отверстия не следует делать большими. Трубку вводили через отверстие в просвет кишки в дистальном направлении на 15-20 см. После этого кисет на кишке плотно затягивали и завязывали. Дополнительно на серозную оболочку накладывали еще два полушнурка, которые завязывали вокруг трубки. В левом подреберье переднюю брюшную стенку прокалывали троакаром, после чего хлорвиниловую трубку с концами нитей выводили наружу. Трубку троакара извлекали. Затем выведенные концы нитей подшивали и завязывали между серозной оболочкой кишки и кожей. Трубку опускали в бутылку, куда изливалось желудочно-кишечное содержимое. Трубку удаляли по показаниям обычно через 10-14 дней. Микроеюностомическую трубку подсоединяли к системе для введения трансфузионных средств.

Тщательное соблюдение всех элементов описанных методик микроеюностомии, позволяли практически предотвратить возможные осложнения: подтекание кишечного содержимого и питательной смеси мимо катетера, формирование высокого кишечного свища, развитие перитонита. После удаления зонда свищ закрывался самостоятельно на 2-3-е сутки.

Через микроеюностому вводили, капельно со скоростью 50 капель в мин, воду, бульон, молоко, белковые кровезаменители (аминопептид, казеин, гидро-

лизин), жировые эмульсии, аспиринированное содержимое желудка и двенадцатиперстной кишки совместно с питательными смесями объемом до 4-5 л в сутки.

В результате раннего применения энтерального питания через микроеюностому у больных отмечено быстрое восстановление моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта, адекватная коррекция катаболических расстройств.

Из 5 больных с несостоятельностью швов ГДА, у которых была применена эта методика-экстренного наложения ГЭА с Брауновским соустьем и микроеюностомии, отмечено выздоровление у 4. Один больной умер от перитонита, в связи с поздней повторной операцией.

У одного больного с несостоятельностью швов ГДА применяли резиновый obturator В. А.Иванковича в модификации И.Т.Цыгуры с благоприятным исходом.

При несостоятельности швов ГДА необходимо обязательно дренировать левое поддиафрагмальное пространство, так как содержимое желудка часто скапливается в этой области.

Наши наблюдения показывают, что клинические проявления несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки протекают значительно легче по сравнению с несостоятельностью ГДА. Из 16 наблю-

даемых нами больных с несостоятельности швов умерли 3 (18.7 %) от несостоятельности швов ГДА.

Выводы

1. При несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки показана активно-выжидательная тактика. При прогрессировании перитонита необходима экстренная релапаротомия с выявлением и дренированием места несостоятельности и активным отсасыванием желудочно-кишечного содержимого.

2. При полных и упорно незаживающих свищах с большой потерей дуоденального содержимого необходимо накладывать микроеюностому для питания.

3. При несостоятельности швов гастродуоденоанастомоза показана активная хирургическая тактика-экстренная релапаротомия, выявление и дренирование области несостоятельности, выключение зоны гастродуоденоанастомоза из пассажа содержимого путем наложения гастроэнтероанастомоза с Брауновским соустьем и микроеюностомы.

Литература

1. Ванцян Э.Н., Черноусов А.Ф., Страпакко Е.Ф. // Хирургия, -1976.- № 3.-С. 125-132
2. Магамедов А.З., Магамедов Ш.М., Дибиров А.Д. // Хирургия.-1977.-№8.-С.114-117.
3. Митасов И.Т., Выговский У.П. // Там же,- 1982.-№ 3.-С.22-24.
4. Мамедов К.Б., Муродов Ф.Д., Рустамов Э.А. // Там же,- 1985.-№ 3.-С.95-97.

Л.Г.Баженов,

Ю.И.Калиш,

Г.В.Хан,

Е.В. Артемова

ВЛИЯНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ НА ПЕРСИСТЕНЦИЮ *HELICOBACTER PYLORI*

Научный центр хирургии им.акад.В.Вахидова МЗ РУз

Баженов Л.Г.,Калиш Ю.И.,Хан Г.В.,Артемова Е.В.

ЯРА КАСАЛЛИКЛАРИНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШНИНГ *HELIKOBACTER PYLORI* (HELIKOBACTER PYLORI) ПЕРСИСТЕНЦИЯСИГА ТАЪСИРИ.

Helicobacter pylori (HP) билан ассоциацияланган яра касаллиги билан оғриган 55 бемор 2 гуруҳга бўлиб текширилди. 1-гуруҳдаги беморларни (25 та) операцияга таёрлаш анъанавий усулда олиб борилди, 2- гуруҳдаги беморларни (30та) операцияга таёрлашда дори моддалари (пантопразол, амоксициллин, метронидозол, нистатин) комбинациясини ўз ичига олган хеликобактерга қарши даволаш чоралари қўлланилди.

Барча беморларда Бильрот I усули бўйича ошқозон резекцияси бажарилди. Ўтказган жарроҳатлик амалиёти HP эрадикациясини таъминлади. Бу ҳолда хеликобактерга қарши даволаш чоралари фақатгина касаллик қўзғатувчи омилни бартараф этибгина қолмай, балки операциядан кейинги дастлабки асоратларнинг сонини анча камайтириш ва беморларнинг даволаниш муддатларини қисқартириш имконини ҳам берди.

Bachenov L.G.,Kalish Yu.I.,Khan G.V.,Artemova E.V.

INFLUENCE OF THE ULCERATIVE DISEASE SURGICAL TREATMENT ON *HELICOBACTER PYLORI* PERSISTENT

55 patients with ulcerative disease associated with *Helicobacter pylori* (HP) were examined and divided into 2 groups: 1st (25 patients) - with traditional preoperative preparation and 2nd group (30 patients) - with preoperative antihelicobacter therapy consisted in the use of drugs combination (pantoprazole, amoxicillin, metronidazole, nystatin). All the patients had the stomach resection according to Billroth I. The conducted operative intervention did not provide the HP eradication. Then the antihelicobacterial therapy allowed not only to destroy the pathogenic organism but and also to reduce positively the rate of early postoperative complications and to shorten the terms of stationary treatment of patients.

В последние годы хирургическое лечение язвенной болезни характеризуется уменьшением числа плановых, прежде всего органосберегающих операций, увеличением удельного веса больных с осложненными формами язвенной болезни, не всегда обоснованным расширением показаний к резекции желудка. Все это, по-видимому, и явилось причиной роста частоты болезней оперированного желудка [8].

Другими словами, ценой утраты двух третей желудка и излечения от язвы пациент приобретает новое заболевание - болезнь оперированного желудка, которое существенно снижает качество жизни больных и нередко протекает тяжелее, чем первичное забо-

левание, по поводу которого была выполнена операция [5].

Установление важной этиопатогенетической роли *Helicobacter pylori* (HP) в развитии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки позволяет по-новому взглянуть на их лечение и профилактику [1,4,10].

Целью настоящей работы явилось изучение влияния оперативного вмешательства на персистенцию HP при язвенной болезни.

Материал и методы

Обследовано 55 пациентов с язвенной болезнью, ассоциированной с HP, разделенных на две группы:

1-ю группу (25 чел.) составили больные без специальной предоперационной подготовки, 2-ю (30 чел.) - больные, которым проведена противохеликобактерная терапия. Наличие НР у больных устанавливалось на основании исследования эндоскопических гастробиоптатов с помощью бактериоскопии, уреазного теста и бактериологического метода [2]. Предоперационная противохеликобактерная терапия представляла собой применение комбинации препаратов (4):

Пантопразол (контролок, «Byk Gulden», Германия) - первые 3 дня по 40 мг два раза в день, следующие 8 дней по 40 мг 1 раз в день утром;

Метронидазол - по 500 мг 2 раза в день в течение 10 дней;

Амоксициллин - по 500 мг 3 раза в день в течение 10 дней.

Учитывая частое сочетание НР с грибами рода *Candida*, которые снижают чувствительность хеликобактеров к антибиотикам и могут активизировать дисбиотические процессы после антимикробной терапии, дополнительно назначали нистатин по 500000 ЕД 4 раза в день в течение 10 дней в виде порошка (таблетки предварительно размельчали).

Все больные 1-й и 2-й групп были подвергнуты резекции желудка по Бильрот I.

На 7-й день после операции больные были повторно обследованы на присутствие в культе желудка НР. У них учитывалось также наличие жалоб, эндоскопические и рентгенологические признаки развития ранних послеоперационных осложнений (анастомозит, гастрит культи желудка, гастростаз).

Результаты и обсуждение

Полученные результаты представлены в таблице. Из которой видно, что специальная противохеликобактерная терапия позволила достоверно ($P < 0,001$) снизить частоту персистенции НР после операции во 2-й группе (11,5 %). Тогда как в 1-й группе у всех больных эти микроорганизмы сохранились. Наличие НР у больных 1-й группы коррелировало с более частым развитием у них ранних послеоперационных осложнений (анастомозит - 3 случая, гастрит культи желудка - 2, гастростаз - 1) (24,0 %), по сравнению с пациентами 2-й группы (3,3 %). При этом осложнения во 2-й группе выявлены лишь у 1 больного (анастомозит), у которого не удалось достичь эрадикации.

Проведение противохеликобактерной терапии способствовало существенному улучшению общего состояния больных, исчезновению болей, диспептических явлений, рубцеванию язв. Традиционная предоперационная подготовка больных не дала возможности

значительно улучшить состояние больных.

Как следует из таблицы, противохеликобактерная терапия не только обеспечила снижение частоты ранних послеоперационных осложнений, но и способствовала более гладкому послеоперационному периоду и существенному сокращению сроков стационарного лечения больных (с $14,1 \pm 0,8$ до $8,3 \pm 0,4$ койко-дня; $P < 0,001$).

Последний факт позволил практически полностью компенсировать затраты на специальную предоперационную подготовку.

Полученные данные согласуются с результатами других авторов [6,7,8,9]. Ряд авторов указывают на влияние НР и на отдаленные результаты оперативного лечения язвенной болезни [3,5,10]. Так, они отмечают, что персистенция НР увеличивает частоту рецидивов язвенной болезни, способствует атрофии слизистой и развитию в последующем рака культи желудка [3,10].

Сохранение персистенции НР в оставшейся части желудка свидетельствует об актуальности противохеликобактерной терапии у данного контингента больных, которая может быть проведена не только в предоперационном периоде (плановая операция), но и в послеоперационном периоде (в случаях экстренной операции).

Таким образом, хирургическое лечение язвенной болезни не позволяет добиться эрадикации НР, т.е. не является этиотропным. Предоперационная противохеликобактерная терапия обеспечивает высокий эрадикационный эффект, снижение частоты ранних послеоперационных осложнений и сокращение продолжительности стационарного лечения.

Выводы

1. Резекционные методы лечения язвенной болезни не обеспечивают эрадикации НР
2. Предоперационная противохеликобактерная терапия позволяет уничтожить возбудителя, снизить частоту ранних послеоперационных осложнений и сократить сроки стационарного лечения больных.

Литература

1. Баженов Л.Г., Калиш Ю.И., Ходжаев Д.Я., Артемова Е.В. // *Хирургия Узбекистана*. - 2000. - №2. - С.23-24.
2. Баженов Л.Г., Перепелова И.Н. *Выделение и идентификация Хеликобактер пилори при гастродуоденальной патологии: Методические рекомендации*. - Ташкент, 1994. - 14 с.
3. Иншаков Л.Н., Масевич Ц.Г., Асанина Л.М. и др. // *Вестник хирургии*. - 1999. - №2. - С.13-16.
4. Калиш Ю.И., Баженов Л.Г., Низамходжаев З.М. и др. // *Использование препарата контролок при эрадикации Helicobacter pylori у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатипер-*

Таблица.

Высеваемость *H.pylori* после резекции желудка и результаты лечения больных

Группа наблюдения	Количество больных	Наличие Н	
		До операции %	После
1-ая без специальной предоперационной подготовки	25	100	
2-ая с предоперационной противохеликобактерной терапией	30	100	

стной кишки: Информационный листок. - Ташкент, 2000. - 3 с.
5. Крылов Н.Н. // Рус. медицинский журнал. - 1998. - №7. - С. 437-439.
6. Лохвицкий С.В., Дарвин В.В., Пронин А.В. и др. // Вестник хирургии. - 1998. - №2. - С. 18-20.
7. Подолужный В.И., Зайцев С.А., Пузакова О.Ю. и др. // Вестник хирургии. - 1999. - №5. - С. 16-18.

8. Ткаченко Е.Н., Расковская Н.Ф., Луфт В.М. // Рос. журн. - гастроэнтеролог., гепатолог., колопроктолог. - 1995. - №3. - С. 233.
9. Lynch D.A., Mapstone N.P., Clarke A.M. // Gut. - 1995. - Vol. 36, №3. - P. 351-353.
10. Misiewicz G., Harris A. Clinician's Manual on Helicobacter pylori. - 2 ed. - London, 1997. - 47 p.

Д.С. Гулямов,
А.А. Аманов,
Ф.Ф. Тураев,
О.Н. Макаренко

**БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ
КОРРЕКЦИИ МИТРАЛЬНО-АОРТАЛЬНЫХ
ПОРОКОВ СЕРДЦА.**

Научный Центр хирургии им. акад. В.Вахидова МЗ РУз

Д.С. Гулямов, А.А. Аманов, Ф.Ф. Тураев, О.Н. Макаренко.

Юрак митрал-аортал қопқоқлари нуқсонларини хирургик коррекциясининг яқин даврдаги натижалари

Академик В.Вахидов номидаги ХИМ юрак жарроҳлиги бўлимида ревматик митрал-аортал қопқоқлари нуқсонлари бўлганлиги сабабли жарроҳлик амалиёти ўтказилган 335 беморда яқин даврдаги натижалар ўрганилди. Жарроҳлик амалиёти «ёпиқ» ҳамда «очиқ» усулда ўтказилган. Юрак нуқсонининг гемодинамикага таъсири аниқлаш учун интраоперацион тензиометриядан фойдаланилган. Госпитал леталлик жарроҳлик амалиёти «ёпиқ» усулда бажарилганда эса, 22,7%ни ташкил этган. Турли хилда юрак ритмининг бузилиши энг кўп учрайдиган асоратлардан эканлиги кўрсатилди. Аниқ кўрсатмалар асосида бажариладиган «ёпиқ» «очиқ» усулда ўтказиладиган жарроҳлик амалиётига алтернатив экан

The proximate outcomes 335 ill, with rheumatic mitral-aortal defect of heart opereted in department of a heart surgery . Are fulfilled both «closed», and «open» operations. For an improvement hemodinamik of a significance of defect the tensiometry was utilized intraoperation. Hospital the lethality among «closed» operations has constituted 6,1 %, among «open» - 22,7 %. The most often complications are different sorts of violations of a rhythm. The application of «closed» operations under the observations is reasonable alternative to «open» operations.

Хирургическое лечение больных многоклапанными пороками сердца является одной из актуальных проблем современной кардиохирургии. Вместе с тем ряд аспектов хирургического лечения многоклапанных пороков нуждается в дальнейшем изучении. К ним относятся выявление степени выраженности и гемодинамической значимости каждого порока; выбор наиболее рациональной тактики и метода хирургической коррекции порока; разработка мер, направленных на снижение риска операции; оценка ближайших и отдаленных результатов. Сочетанное ревматическое поражение митрального и аортального клапанов сердца встречается в 13,5-33,8% случаях среди приобретенных пороков сердца [2]. Послеоперационная летальность за последние 10 лет снизилась до 4,8-16% [3,5]. Хирургическая тактика такова, что при установленном сочетанном пороке митрального и аортального клапанов — операции проводятся в условиях искусственного кровообращения, выбор хирургического пособия (реконструкция клапанов или замещение их протезом) решается интраоперационно, и зависит от степени выраженности морфологических изменений клапанов. Операции по “закрытой” методике по данным литературы почти не проводятся [1,4]. Цель нашей работы — обобщить опыт хирургического лечения митрально-аортальных пороков сердца на основе анализа ближайших результатов операции.

Материал и методы.

За период с 1977 по 2000г в отделении приобретенных пороков сердца НЦХ МЗ РУз им.акад.В.Вахидова оперированно 4909 больных по поводу ревматических пороков сердца. Из них 335 больных были оперированы по поводу митрально-аортального порока сердца, в возрасте от 13 до 62 лет. Из них 46 больных отнесены к II функциональному классу (ФК), 190 больных —III ФК, 99 больных - IV ФК по NYHA. Методы дооперационного обследования были ЭКГ,

ФКГ, спирография, рентгенография, Допплер-ЭхоКГ, зондирование полостей сердца. С началом использования Допплер-ЭхоКГ от использования ангиографического метода мы отказались. Данные дооперационного обследования гемодинамической значимости порока дополнялись проведением интраоперационной тензиометрии - в 291 случае с получением данных давления в полостях сердца, расчета градиентов давления на митральном и аортальном клапанах, степени легочной гипертензии. Систолический градиент на аортальном клапане выше 20 мм.рт.ст был у 181 больного; диастолический градиент на митральном клапане выше 5 мм.рт.ст у 274 больных.

“Закрытые” операции выполнены в 291 случае, “открытые” — 44 случаях. “Закрытую” операцию проводили у больных с “чистым” стенозом или комбинированном пороке с преобладанием стеноза. Операция осуществлялась посредством левосторонней переднебоковой торакотомии и проведением закрытой

Морфологические изменения были следующие:

Степень кальциноза	Митрального клапана	Аортального клапана
I	62	2
II	34	10
III	24	3

Степень регургитации	Митрального клапана	Аортального клапана
I	53	94
II	24	18
III	9	6

трансвентрикулярной митральной или аортально-митральной комиссуротомии дилататором Дюбоста, под контролем пальца введенного в ушко левого предсердия. “Открытые” операции осуществлялись посредством срединной стернотомии, проведением искусственного кровообращения + кардиopleгии в условиях гипотермии и применением клапаносохраняющей или клапанозамещающей операции. При замещении клапанов использовали протезы ЭМИКС, ЛИКС или St.Juda. Как правило доступ к митральному клапану осуществляли через левое предсердие впереди от правых легочных вен; к аортальному клапану — через поперечный разрез аорты чуть выше проекции аортального клапана. В первую очередь проводили коррекцию митрального клапана, затем аортального. Такая последовательность обеспечивает меньшую травматичность операции.

Результаты исследования.

Госпитальная летальность при “закрытой” методике операций составила 6,1% (умерло 18 больных).

Ранее основываясь на опыте других кардиохиру-

гических клиник и ссылаясь на данные литературы, больным, у которых систолический градиент на аортальном клапане был менее 40 мм.рт.ст закрытую аортальную комиссуротомию мы не проводили. Поэтому, I группа из 87 больных, с митрально-аортальным пороком, которым выполнена закрытая митральная комиссуротомия без коррекции аортального порока, была разделена на 2 подгруппы: А — 55 больных, у которых систолический градиент давления был менее 15 мм.рт.ст., летальность 0; В — 30 больных, с систолическим градиентом на аортальном клапане от 16 до 40 мм.рт.ст., умерло 7 больных — что и обусловило летальность в первой группе, которая составила 8%. В последующем учитывая выше полученные данные, мы перешли к более активной тактике, мы стали проводить закрытую коррекцию аортального порока, при его стенозе или преобладании стеноза, при систолическом градиенте между ЛЖ и аортой 15 мм.рт.ст. и выше. II группа — 204 больных, которым проведена аортально-митральная комиссуротомия, умерло 11 (5,3 %). Во второй группе 9 больных были ранее оперированы на сердце (из них умерло 2). Закрытая коррекция митрального порока, при его стенозе или преобладании стеноза, была проведена у 291 больных.

Причины госпитальной летальности отображены в таблице 1.

Характер “открытых” операций был следующий: протезирование митрального и аортального клапанов сердца — 23 больных, с госпитальной летальностью 21,7% (умерло 5); протезирование аортального клапана + открытая митральная комиссуротомия - 11 больных, летальность 18.1% (2); протезирование мит-

Таблица 1.

Осложнения	Всего
Тромбоэмболия сосуда головного мозга (ОНМК)	5
Фибрилляция желудочков	3
2х сторонняя пневмония	3
Разрыв корня аорты	2
Острый инфаркт миокарда(тромбоэмболия)	2
Сепсис	1
Отек мозга	1
Отек легких	1
Итого:	18

У 92 больных выявлены нелетальные госпитальные осложнения:

№	Осложнения	Всего
1	Нарушения ритма	26
2	Нагноение п/о раны	23
3	Сердечная недостаточность	16
4	Экссудативный плеврит	10
5	Фибрилляция желудочков	6
6	Кровотечения	6
7	ОНМ	2
8	Левосторонняя пневмония	1
9	Тромбоэмболия сосуда ног	1
10	Травматическая недостаточность митрального клапана	1
	Итого:	92 (31,0%)

Таблица 2

№	Осложнения	Всего
1	ТЭЛА	3
2	Фибрилляция желудочков	3
3	Тромбоэмболия сосудов головного мозга (ОНМ)	1
4	ОППН	1
5	Отек мозга	1
6	Кровотечение	1
	Итого:	10

У 28 больных были следующие нелетальные госпитальные осложнения:

№	Осложнения	Всего
1	Нарушения ритма	10
2	Сердечная недостаточность	8
3	Гнойный медиастенит	4
4	Гнойный эндобронхит	2
5	Дыхательная недостаточность	2
6	Сывороточный гепатит	1
7	Фибрилляция	1
	Итого:	28

рального клапана + аортальная комиссуротомия - 7 больных, летальность 28,5% (2); открытая митральная + аортальная комиссуротомия - 3 больных, летальность 33,3% (1). Общая госпитальная летальность "открытых" операций составила 22,7% (10 больных). Нужно отметить, что большее число летальных исходов приходится на этап освоения искусственного кровообращения в НЦХ им.акад.В.Вахидова.

Причины госпитальной летальности после "открытых" операций отражены в таблице 2.

Анализ осложнений показал, что в ее структуре доминирующая роль принадлежит нарушениям ритма, которые проявлялись в виде пароксизмальной тахикардии, экстрасистолии, нарушений АВ проводимости различной степени, но не требовавшей имплантации постоянного искусственного водителя ритма. Отмечался срыв ритма на мерцательную аритмию и фибрилляцию желудочков. Имели место гнойно-септические и тромбо-эмболические осложнения. Все эти осложнения, по видимому объясняются длительным, латентно текущим, ревматическим процессом, который приводит к дистрофическим изменениям не только в клапанном аппарате, но и в проводящей системе сердца и самом миокарде; сложными гемодинамическими нарушениями при митрально-аортальных пороках; иммуносупрессией, за счет длительного приема антибиотиков, и истощением общего иммунного статуса организма; нарушениями свертывающей системы крови и функции печени.

Выводы.

1.Каждый больной, с установленным диагнозом ревматического порока сердца или подозрении на него,

должен быть направлен на консультацию в кардио-хирургический центр, для уточнения диагноза и ранней хирургической коррекции, при установленных показаниях к операции или при отсутствии таковых, взятие на диспансерное наблюдение.

2.Подход к выбору варианта операции должен быть строго индивидуальным и основываться на анализе клинико-гемодинамической картины порока.

3.Интраоперационная тензиометрия с расчетом градиента давления на клапанах необходима для уточнения значимости порока и необходимости его коррекции.

4.Применение "закрытых" операций по показаниям является разумной альтернативой "открытым" операциям.

5.Нерешенными являются вопросы предупреждения ритмогенных, гнойно-септических, тромбоэмболических осложнений, что требует разработки комплексных профилактических мероприятий.

Литература.

1. Цукерман Г.И., Семеновский М.Л., Быкова В.А., Ильина В.Е., Косач Г.А., Фурсов Б.А. // Грудная хирургия — 1978. - №5 — С. 22-33.
2. Цукерман Г.И., Семеновский М.Л., Дубровский В.С., Ильина В.Е., Михина В.С., Поморцева Л.В., Скопин И.И. // Кардиология — 1981.- № 2. — С.21-25.
3. Ильина В.Е. // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия — 1996 - № 6 — С. 49-50.
4. Пятчерико И.А., Шулькин О.Я. // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия — 1996 - № 6 — С.153.
5. Шумаков В.И., Вавилов П.А., Гендлин Г.Е., Година О.В. // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия — 1997 - № 2 — С.45.

М.И. Давыдов,
М.Д. Тер-Ованесов,
И.С. Стилиди,
А.Н. Абдихакимов

РАСШИРЕННАЯ ЛИМФОДИСЕКЦИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПИЩЕВОДА

Российский онкологический научный центр им. Н.Н.Блохина РАМН

Рак пищевода — одно из наиболее тяжелых онкологических заболеваний, занимающее 7 место в структуре заболеваемости и 5 место в структуре смертности среди всех злокачественных новообразований в России (Двойрин В.В. и соавт., 1996). Низкая чувствительность опухоли к существующим вариантам консервативной терапии делают хирургическое лечение основным методом у больных с данной патологией (Давыдов М.И., 1988; Kato H. Et al., 1991; Wobst A. et al., 1998).

Значительно возросшее техническое мастерство хирургов и уровень анестезиологического обеспечения операций, позволяют резецировать пищевод даже с местно-распространенными и осложненными формами рака, успешно применять разнообразные виды эзофагопластики, предотвращая тем самым развитие фатальных осложнений и улучшая качество жизни пациентов. Тем не менее, показатели 5-летней выживаемости оперированных больных в большинстве клиник мира остаются далекими от удовлетворительных — 11 — 22% (Мамонтов А.С. с соавт., 1986; Дулганов К.П., 1996; Wobst A. et al., 1998).

Во многом это связано с распространенной стадией заболевания у большинства пациентов (Напал-

ков Н.П. с соавт., 1981; Двойрин В.В. с соавт., 1996; Давыдов М.И., 2000), как следствие высокого раннего потенциала лимфогенного метастазирования. Так, при инвазии опухолью подслизистого слоя более чем у 40% пациентов выявляются метастазы в регионарные лимфоколлекторы, а прорастание мышечного слоя влечет за собой их метастатическое поражение более чем в 80% случаев (Kato H. Et al., 1994; Isono K. et al., 1992; Nishimaki T., 1994; Rise Th et al., 1998; Тер-Ованесов М.Д., 1998).

Частота обнаружения метастазов в лимфатических узлах коррелирует и с локализацией опухоли в пищеводе. Так, рак средне- и верхнегрудного отделов пищевода наиболее часто метастазирует в лимфоузлы средостения и надключичной области. Метастазы в перигастральных и забрюшинных лимфатических коллекторах чаще встречаются при поражении нижнегрудного отдела (Akiyama H., 1990; Sato T., Lizuka T., 1992). Тем не менее, при любой локализации поражения пищевода, метастазы могут быть обнаружены в самых различных группах лимфатических узлов, причем часто без поражения ближайших к опухоли узлов — "прыгающие метастазы" (skip metastasis). По данным литературы, этот феномен отмечен в 30% случа-

ев (Nishimaki T. et al., 1994; 1998). Очевидно, что каждая группа регионарных лимфатических узлов с высокой степенью вероятности может поражаться опухолевыми клетками. Следствием высокого потенциала раннего лимфогенного метастазирования с широким распространением по лимфатической системе брюшной полости, средостения и шейно-надключичной области является высокая частота локо-регионарных операций R0 (Пирогов А.И., 1982; Maillet P. et al., 1982; Lasser Ph et al., 1989; Mafune K. et al., 1996; Temma K. et al., 1996).

Следовательно, удаление регионарных лимфоузлов должно стать неотъемлемым элементом радикальной резекции пищевода по поводу рака. Об этом свидетельствует опыт некоторых ведущих торакальных клиник мира, подтверждающий целесообразность агрессивного хирургического вмешательства на регионарных лимфоколлекторах — расширенной лимфодиссекции, которая без ухудшения непосредственных результатов, позволяет вдвое улучшить отдаленные (Давыдов М.И., 2000; Akiyama H. et al., 1990, 1992, 1996; Sato I., 1992; Hennesy T.P., 1994; Kato H. et al., 1995; Fujito H. et al., 1995; Altorki N.K., Skinner D., 1997).

Еще несколько лет тому назад метастазы в забрюшинные лимфоузлы расценивались у больных раком пищевода как противопоказание к радикальному хирургическому лечению (Пирогов А.И. и соавторы, 1982; Akiyama H. et al., 1982). Однако, с внедрением в клиническую практику расширенной абдоминальной лимфодиссекции, показания к хирургическому лечению расширились, что позволило несколько увеличить продолжительность жизни у этой группы пациентов.

Тем не менее, у 25 — 45% радикально оперированных больных в течение первого года развивались локорегионарные рецидивы в лимфатических узлах верхнего средостения и шейно-надключичной области (Пирогов А.И. с соавт., 1982; Fujita H. et al., 1992; Baba M. et al., 1995; Temma K. et al., 1996). Изучение протоколов вскрытия умерших после экстирпации или резекции пищевода выявило неудаленные метастазы в лимфоузлы верхнего средостения и шейной области в 25% случаев, т.е. у каждого четвертого больного (Mandard A.M., 1981). С учетом накопленного опыта во многих хирургических клиниках, в первую очередь японских, разрабатывались хирургические вмешательства, сопровождающиеся превентивной лимфодиссекцией по принципиальным соображениям. В зависимости от объема лимфодиссекции эти операции разделялись на двух-зональные (абдомино-торакальные) и трех-зональные (цервико-абдомино-торакальные) вмешательства (Тер-Ованесов М.Д., 1999).

После внедрения в практику расширенных двух- и трех-зональных операций было получено улучшение отдаленных результатов лечения без ухудшения непосредственных. В среднем 5-летняя выживаемость, в группе радикально оперированных больных, по данным литературы, составляла 36 — 43% (Isono K. et al., 1990, 1992; Kato H. et al., 1995, 1996, 1998; Ishii Y., 1993; Hennesy T.P., 1994; Holscher A.H. et al., 1995; Fujita H. et al., 1998; Baba M. et al., 1995; Collard JM et al., 1995; Ide H et al., 1995, 1998; Altorki N. et al., 1995, 1997; Skinner D. et al., 1997; Kotoh T., 1998).

Тем не менее, в отечественной и мировой литера-

туре до сих пор нет единого мнения о необходимости выполнения расширенной лимфодиссекции. Отчасти это связано с укоренившимся сдержанным подходом в этом вопросе у многих специалистов, рассматривающих рак пищевода как первично системное заболевание, и потому, не требующее расширения зоны хирургического воздействия на путях лимфоотока (Симанчев В.Н., 1983; Orringer M. et al., 1997; Pinotti HW. 1995; Putnam J.B.Jr., 1998). Кроме того, крайне высокие требования к технике операции в двух полостях — плевральной и брюшной, резко ограничивают число хирургов и хирургических клиник, способных справиться с поставленной задачей. И, наконец, самое главное — отсутствие конкретных показаний к удалению различных групп лимфатических узлов в зависимости от локализации опухоли в пищеводе, а так же четко разработанной и описанной методологии выполнения лимфодиссекции и соответствующего патоморфологического исследования удаленного препарата, сдерживают развитие хирургического метода во многих клиниках страны.

Материалы и методы.

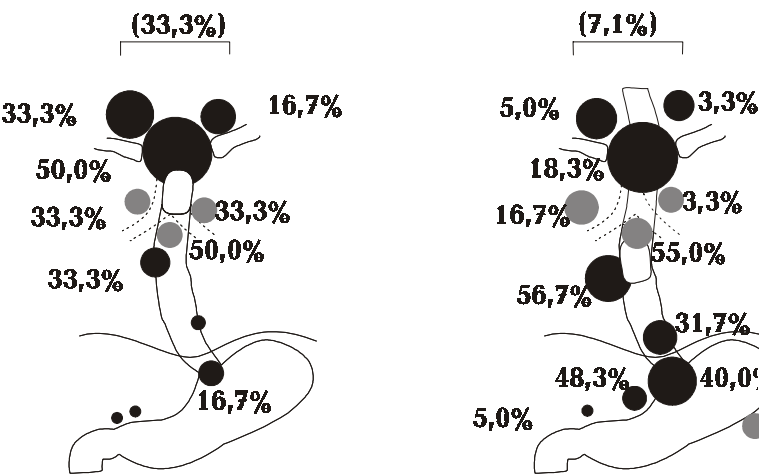
С января 1994 по декабрь 1998 года в торакальном отделении РОНЦ РАМН по поводу рака внутригрудного отдела пищевода оперировано 86 пациентов с расширенной трех-зональной цервико-абдомино-медиастинальной лимфодиссекцией.

После удаления препаратов выполнялась маркировка удаленных лимфатических узлов по группам, грудного лимфатического протока в специально разработанный бланк направления на морфологическое исследование. Вырезка препаратов проводилась оперирующим хирургом совместно с морфологом.

Результаты. Анализ расширенных операций показал, что при выполнении расширенной двух-зональной лимфодиссекции удаляется от 32 до 58 лимфатических узлов, что в среднем составляет 42,6 узлов, а при выполнении трех-зональной лимфодиссекции удаляется от 46 до 78 лимфатических узлов, в среднем 56,8 узлов. В целом морфологическому исследованию были подвергнуты 3934 лимфатических узлов с окружающей их клетчаткой. Метастазы были выявлены в 1083 лимфатических узлах. Соотношение пораженных лимфоузлов к общему числу исследованных составляет 27,5%. Метастатическое поражение лимфатических узлов было выявлено у 76 из 86 пациентов, что составляет 88,4%.

Анализ путей лимфогенного метастазирования различных отделов пищевода позволил сформулировать следующие положения:

□ При раке верхнегрудного отдела пищевода выявлено метастазирование в проксимальном направлении с преимущественным поражением верхнемедиастинальных и подключичных групп лимфатических узлов. С той же частотой отмечается вовлечение бифуркационных узлов. Несколько реже отмечается поражение глубоких шейных лимфоколлекторов. В 16,7% наблюдений отмечалось поражение верхних перигастрических лимфоколлекторов брюшной полости. Их поражение обусловлено либо ретроградным метастазированием от медиастинальных лимфоколлекторов первого порядка, либо через интрамуральные лимфатические протоки пищевода (рис. 1).



Верхнегрудной отдел **Среднегрудной**

Рис. 1. Частота метастатического поражения групп лимфоузлов в зависимости от локализации опухоли пищевода.

□ При раке среднегрудного отдела пищевода наиболее часто удается выявить метастатическое поражение как медиастинальных так и абдоминальных групп лимфатических узлов. С учетом особенностей лимфооттока от среднегрудного отдела пищевода, подтвержденного анатомическими исследованиями регионарного лимфатического аппарата с выполнением наливов контрастными веществами, эти группы лимфатических узлов являются узлами первого порядка. Так, выявление метастатического поражения глубоких шейных лимфоузлов является закономерной особенностью медиастинальной лимфодинамики при поражении пищевода, обусловленной током лимфы от лимфоколлекторов верхнего средостения к надключичным лимфоузлам, расположенным паратрахеально, а также в области двух нижних сегментов внутренней яремной вены. Также с высокой частотой удается выявить метастатическое поражение абдоминальных лимфатических узлов второго этапа: чревного ствола, общей печеночной и, наиболее часто, селезеночной артерий. Этот феномен связан с особенностью строения экстраорганных лимфатической системы пищевода — наличием длинных левых трансдиафрагмальных парааортальных коллатералей к грудному лимфатическому протоку, cisterna chily и забрюшинным лимфоузлам, особенно по ходу селезеночной артерии.

□ При раке нижнегрудного отдела пищевода наиболее часто выявляются метастазы в паракардальные лимфоколлекторы — 50% и несколько реже в лимфатические узлы по ходу левой желудочной и общей печеночной артерий — в 25% наблюдений. Эта особенность основного направления лимфодинамики нижнегрудного отдела пищевода в сторону брюшной полости обусловлена эмбриогенезом этого отдела. Также в высоком проценте случаев — до 15%, удается выявить метастатическое поражение заднемедиастинальных и бифуркационных лимфатических узлов. Несколько реже выявляются метастазы в паратрахеальные лимфатические узлы, преимущественно левые (№ 106I) — 10,0%. Такой характер метастазирования обусловлен наличием восходящих рудиментарных протоков левого грудного лимфатического протока,

образующих левый глубокий лимфатический путь.

Следует отметить такую особенность, как частое поражение периезофагеальных лимфатических узлов на всех уровнях при любой локализации первичной опухоли в пищеводе.

С учетом данных о частоте поражения различных групп периезофагеальных лимфатических узлов можно сделать вывод, что, учитывая особенности интрамуральной лимфодинамики, все группы периезофагеальных узлов, независимо от уровня локализации поражения, являются коллекторами первого порядка. Эти данные также являются веским аргументом в пользу выполнения субтотальной резекции пищевода при любом уровне поражения.

В некоторых случаях при непораженных ближайших к опухоли лимфатических узлах удается обнаружить метастазы в более отдаленных лимфоколлекторах. Такие метастазы называются “прыгающими” (Табл.1).

В нашей серии расширенных операций, прыгающие метастазы выявлены в 24,4% случаев. Следует отметить, что в 87% это были экстраторакальные лимфатические коллекторы брюшной полости и забрюшинного пространства.

Таблица 1
Частота и направление прыгающего метастазирования в зависимости от локализации опухоли в пищеводе

Лимфоколлекторы	Верхнегрудной отдел (6)	Среднегрудной отдел (60)	Нижнегрудной отдел (20)
Верхнего средостения	1	2	1
Заднего средостения	-	-	-
Паракардальные	1	6	6
Забрюшинные	1	10	3
ИТОГО	3	18	10

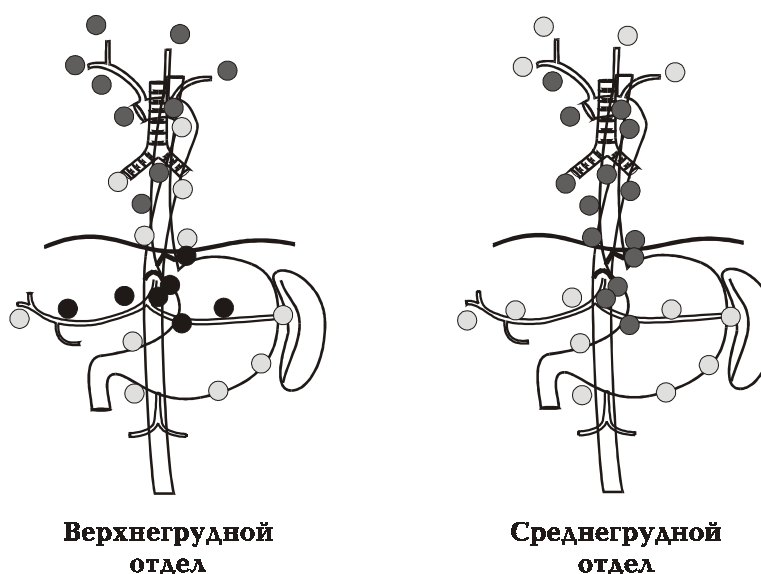


Рисунок 2. Этапы метастазирования в зависимости от локализации опухоли

Анализируя полученные данные, мы пришли к выводу, что, несмотря на наличие вектора метастазирования при различной локализации процесса в пищеводе все же не представляется возможным достоверно выделить направления метастазирования при поражении различных отделов пищевода. При любой локализации опухоли лимфогенные метастазы могут обнаруживаться в различных зонах, как в средостении, так и в абдомино-ретроперитонеальных и шейно-надключичных лимфоколлекторах.

С учетом анатомоморфологических данных и на основании собственных наблюдений мы выделили этапы метастазирования при локализации опухоли в различных отделах пищевода (рис. 2).

Классификация этапов метастазирования, основанная на совокупности анатомо-морфологических и клинических данных, с достаточной степенью достоверности подтверждает, что при любой локализации первичного очага, вне зависимости от его размеров и данных интраоперационной ревизии показана расширенная двух-зональная лимфодиссекция.

Показаниями к трех-зональной лимфодиссекции являются:

- верхнегрудная локализация поражения пищевода;
- среднегрудная локализация поражения пищевода при условии выполнения радикальной операции на абдоминальном и торакальном этапах;
- нижнегрудная локализация поражения пищевода при метастатическом поражении верхнемедиастинальных лимфоузлов, подтвержденном при срочном морфологическом исследовании, и при выполнении радикальной операции на абдоминальном и торакальном этапах;
- возраст больных моложе 65 лет.

Только такой объем хирургического вмешательства, основанный на совокупности онкологических (раннее и преимущественно лимфогенное метастазирование) и топографо-анатомических данных позволяет выделить основное значение выполнение расширенного вмешательства — выполнение истинно радикального вмешательства с моноблочным удале-

нием первичного очага и возможных зон метастатического поражения.

Вышеизложенные данные позволяют выделить второе смысловое значение стандартного выполнения расширенной лимфодиссекции, которая, помимо повышения радикальности, позволяет правильно оценить истинную распространенность процесса на момент лечения. Причем, с расширением объема лимфодиссекции, многие клиники столкнулись с изменением стадии процесса в сторону ее увеличения. Такое изменение стадии в зависимости от увеличения объема лимфодиссекции получило название “феномен миграции стадии” или “феномен Will Rogers”.

Только на основании данных морфологического исследования удаленного комплекса с учетом опубликованных в литературе данных проспективных рандомизированных исследований ведущих клиник мира мы разделяем все резекции пищевода на радикальные, условно-радикальные (куративные) и паллиативные (табл. 2).

Из представленных данных видно, что в группе расширенных операций половина вмешательства, зачастую расцененных интраоперационно как радикальные или куративные, по данным морфологического исследования трактовались как паллиативные.

Эти данные позволяют наглядно оценить количе-

Таблица 2
Соотношение числа больных в зависимости от вида операции

Вид операции	Количество пациентов	
	абсолютное	%
Радикальная	27	31,4±5,0%
Куративная	16	18,6±4,2%
Паллиативная	43	50,0±5,4%
Итого	86	100%

ство пациентов, поступающих на хирургическое, то есть локальное лечение, а по существу являющихся уже диссеминированными. Истинно радикальное лечение выполнено у 31,4% пациентов. Именно в этой группе хирургическое лечение позволяет рассчитывать на полное выздоровление. В группе условно-радикальных вмешательств, являющейся промежуточной между группами радикального и паллиативного лечения, прогноз остается сомнительным, а пациенты этой группы подлежат активному лечению с последующей оценкой отдаленных результатов.

Выводы:

1. Рак пищевода характеризуется высоким ранним потенциалом лимфогенного метастазирования - поражение локорегионарных лимфоузлов выявлено в 76 наблюдениях из 86 (88,4±3,5%).

2. При раке пищевода, независимо от локализации поражения, отмечается значительная вариабельность метастазирования, появляются "прыгающие метастазы" как в региональные, так и в отдаленные лимфатические узлы.

3. Радикальная хирургическая операция при раке внутригрудного отдела пищевода должна стандартно включать расширенную лимфодиссекцию брюшной полости, забрюшинного пространства, билатерально средостения, а при локализации опухоли в верхнегрудном и среднегрудном отделах и билатеральную шейную диссекцию.

4. Обязательным условием точного стадирования является подробное гистологическое исследование как первичной опухоли, так и всех удаленных лимфоузлов, периезофагеальной и перинодальной клетчатки, грудного лимфатического протока на основании стандартизированного протокола исследования.

Литература

1. Давыдов М.И. Одномоментные операции в хирургическом и комбинированном лечении рака пищевода. Дисс. доктора мед. наук. Москва, 1988 г.
2. Давыдов М.И., Стилиди И.С., Арзыкулов Д.А., Дагошный А.Т., Тер-Ованесов М.Д., Годжаманов Я.Г. Актуальные вопросы лимфодиссекции у больных раком грудного отдела пищевода. Современная онкология, 2000, Том 2, № 1, с. 15-24.
3. Симанцев В.Н. Лечение местнораспространенного рака пищевода. Автореф. Дисс. канд. мед. наук. Москва, 1983 г.
4. Тер-Ованесов М.Д. Расширенная двух- и трех-зональная лимфодиссекция в хирургическом лечении рака пищевода. Диссертация канд. мед. наук, Москва, 1998.
5. Akiyama H. Surgery for carcinoma of the Esophagus, Year Book Medical, 1990.
6. Akiyama H., Tsurumaru M., Udagawa H. - Radical lymph node dissection for cancer of the thoracic esophagus. *Ann Surg*; 220(3): 364-73? 1994
7. Altorki N.K. - Extended resections in the management of esophageal carcinoma/ *Current Opinion in general surgery*; 113-6, 1994
8. Altorki N.K., Girardi L., Skinner D. - Extended Resections for Carcinoma of the Thoracic Esophagus and Cardia. In *Recent Advances in Diseases of the Esophagus*. Eds. Peracchi A. Monduzzi Editore Selected Papers of the 6th World Congress of the ISDE, 1995;
9. Baba M., Aikou T., Yoshinaka H., Natsugoe S., Fukumoto T - Long term results of subtotal esophagectomy with Three-field lymph node dissection for carcinoma of the thoracic esophagus. *Ann Surg*; 219(3): 310-6 1994
10. Baba M., Natsugoe S., Kusano Ch., Shirao K., Sane S., Tezuka Y., Kimura Sh., Fukumoto T - Lymph Node Metastasis and the resurrendence of esophageal carcinoma with emphasis on Lymphadenectomy in the neck and superior mediastinum. *Surg Today*; 25(2): 125-30; 1995
11. Collard J.M. - Extensive lymph node clearance for cancer of the esophagus or cardia: merits and limits in reference to 5-year absolute survival. *Hepatogastroenterology* 1995, 42(2); 5, 619-27
12. Collard J.M., Tinton N., Malaise J., Romagnoli R., Otte J., Kestens P. - Esophageal replacement: gastric tube or whole stomach? *Ann Thorac Surg*; 60(2): 260-6, 1995
13. Collard J.M., Romagnoli R., Otte J.B.B., Kestens P.J. - The denervated stomach as an esophageal substitute is a contractile organ. In *The Seventh World Congress of the International Society for Diseases of the Esophagus*, Montreal, Canada, 01-04/09.98
14. Isono K., Ochiai T., Koide Y. - More or less surgery for esophageal cancer, indications for extended three-field Lymphadenectomy for esophageal cancer. *Dis Esophagus* 1994; 7: 147-150
15. Isono K., Sato H., Nakayama K. Results of nationwide study on three-field lymph node dissection of esophageal cancer. *Oncology*; 48: 411-4200, 1992
16. Kato H., Tachimori Y., Watanabe H., Lizuka T., Terrui Sh., Itabashi M., Hirota T. - Lymph Node Metastasis in thoracic Esophageal Carcinoma. *Journal Surg Oncol*; 48: 106-111, 1991
17. Kato H. - Lymph Node Dissection for Thoracic Esophageal Carcinoma. Two- and Three-field Lymph Node Dissection. *Annales Chirurgiae et Gynaecologiae*; 84(2): 193-9, 1995
18. Kato H., Tachimori Y., Watanabe H., Lizuka T., Yamaguchi H. - Evaluation of the New (1987) TNM Classification for Thoracic Esophageal Tumor. *Int J Cancer*; 53(2): 220-3, 1991
19. Kato H., Tachimori Y., Watanabe H., Yamaguchi H., Ishikawa T., Itabashi M. - Superficial Esophageal Carcinoma - Surgical Treatment and the Results. *Cancer*; 66: 2319-23, 1990
20. Kato H., Tachimori Y., Watanabe H., Itabashi M., Hirota T., Yamaguchi H., Ishikawa T. - Intramural metastasis of thoracic esophageal carcinoma. *Int J Cancer*; 50: 49-52, 1992
21. Kato H., Tachimori Y., Watanabe H., Lizuka T. - Recurrent esophageal carcinoma after esophagectomy with 3-field lymph node dissection. *J Surg Oncol*; 61(4): 267-72, 1996
22. Kato H., Tachimori Y., Watanabe H., Kikuchi S., Umemura A. - Recurrent diseases after Esophagectomy with 3-Field Lymph Node Dissection for Thoracic Esophageal Carcinoma. In *Recent Advances in Diseases of the Esophagus*. Eds. Peracchia A. Monduzzi Editore Selected Papers of the 6th World Congress of the ISDE, 1995: 405-413
23. Nishimaki T., Tanaka O., Suzuki T., Aizawa K., Hatakeyama K., Muto T. Patterns of lymphatic spread in thoracic esophageal cancer. *Cancer*; 74(1): 4-11, 1994
24. Nishimaki T., Suzuki T., Hatakeyama K. - Rational Extent of Lymphadenectomy in Radical Esophagectomy for Carcinoma of the Thoracic Esophagus. In *Recent Advances in Diseases of the Esophagus*. Eds. Peracchia A. Monduzzi Editore Selected Papers of the 6th World Congress of the ISDE, 1995; 383-389
25. Pinotti H.W., Ceconello I., deOliveira M.A. The Transhiatal Approach to Esophageal and Gastric Surgery. In *Recent Advances in Diseases of the Esophagus*. Eds. Peracchia A. Monduzzi Editore Selected Papers of the 6th World Congress of the ISDE, 1995
26. Putnam J.B.Jr. New frontiers in research and treatment of aerodigestive tract cancers. The University of Texas, MD Annderson Cancer Center, April 19-21, 1998
27. Rise Th.W., Zuccaro Gr., Adelstein D.J., Ryibicki L.A., Blackstone E.H. et al. Esophageal carcinoma: Depth of tumor invasion is prediction of regional lymph node status. In *The Seventh World Congress of the International Society for Diseases of the Esophagus*, Montreal, Canada, 01-04/09.98
28. Saito T., Shimoda K., Shigemitsu Y., Kinoshita T., Miyahara M., Kobayashi M. - Extensive Lymphadenectomy for Thoracic Esophageal Carcinoma: a Two-Stage Operation for High-Risk Patients. *Surg Today*; 24(7): 610-5, 1994
29. Sato T., Lizuka T. - Color Atlas of Surgical Anatomy for Esophageal Cancer. Springer-Verlag, 1992
30. Kotoh T., Arima Sh., Inada Sh., Futami K. - Prognostic factors of patients with thoracic esophageal cancer using a multivariate analysis. In *The Seventh World Congress of the International Society for Diseases of the Esophagus*, Montreal, Canada, 01-04/09.98
31. Mafune K., Tanaka Y., Takudo K. Autopsy Finding in the patients who underwent Esophagectomy for Esophageal Cancer. In *Recent*

Advances in Diseases of the Esophagus. Eds. Peracchia A. Monduzzi Editore Selected Papers of the 6th World Congress of the ISDE, 1995: 315-321

32. Mandard A.M., Chasle J., Marney J. Et al. Autopsy findings in 111 cases of esophageal cancer. Cancer; 48: 329-335, 1981

33. Temma K., Abo S., Kitamira M., Hashimoto M., Izumi K., Shikama T., Suzuki H. An Autopsy Study of the Mode of Cancer Metastasis on Esophagectomized Patients with Esophageal Cancer. In Recent Advances in Diseases of the Esophagus. Eds. Peracchia A. Monduzzi Editore Selected Papers of the 6th World Congress of the ISDE, 1995:363-371

**Т.М. Кариев,
Э.В. Саматов**

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ, ОСЛОЖНЕННОГО ЭМПИЕМОЙ ПЛЕВРЫ

*Научно-исследовательский институт фтизиатрии и пульмонологии
им. Ш.А.Алимова МЗ РУз,*

Т.М. Кариев, Э.В. Саматов

Ўпканинг плевра эмпиемасини билан асоратланган фиброз-кавернали силини хирургик даволаши

Муаллифлар томонидан ўпканинг плевра эмпиемаси билан асоратланган фиброз-кавернали сили билан оғриган 95 беморда плевро-пульмонэктомиянинг самарадорлиги ўрганилди. Бу ўпка ва плевра патологияси учун касалликнинг давомийлиги, ўпка-плеврада кўзатиладиган ўзгаришлар жараёнининг тез-тез қайталаниши, бактерия ажратувчанлигининг юқорилиги, кучли интоксикация, организм функционал захира-сининг камайиши, консерватив давланинг самарасизлиги характерлидир. 54 беморда плевропульмонэктомия чап томонда, 41 беморда ўнг томонда бажарилди. Жарроҳлик амалиётидан сўнг 66 (69,5%) беморда яхши, 7 (7,3%) тасида қониқарли, 3 (3,2%) беморда эса қониқарсиз натижага эришилди. 19 (20,0%) бемор вафот этди.

Беморлар аҳолининг клиник жиҳатдан оғирлигига ва, жарроҳлик амалиётидан асоратлар хавфининг юқорилигига қарамадан ўпканинг плевра эмпиемаси билан асоратланган фиброз-кавернали сил билан хасталанган беморларда плевропульмонэктомия юқори самарали ва асосий жарроҳлик усули ҳисобланади.

T.M. Kariev, E.V. Samatov

Efficacy of pleuropulmonectomy for fibrous-cavernous pulmonary tuberculosis complicated with empyema pleura was studied on 95 patients. For pulmonary and pleura pathology durability of disease, frequent exacerbations of the pulmonary-pleura process and high frequency of microorganisms isolation, intoxication and reducing of functional body reserves and insufficient conservative therapy are characteristic. Left -side pleuropulmonectomy was performed in 54 patients, right-side pleuropulmonectomy was performed in 41 patients. Good immediate results were achieved in 66 patients (69,5%), sufficient results - in 7(7,3%), insufficient results - in 3(3,2%). Lethal cases were in 19 patients (20,0%).

In spite of clinical severity of patients and high surgical risk pleuropulmonectomy in cases of combination of fibrous-cavernous tuberculosis and pleura empyema proved to be one of the main radical with high efficacy methods of surgical treatment.

Фиброзно-кавернозный туберкулез легких, осложненный эмпиемой плевры, является тяжелой патологией из-за продолжительности заболевания, частого обострения и прогрессирования легочного и плеврального процесса, выраженной интоксикации, функциональных нарушений дыхания и сердечно-сосудистой системы, глубоких морфологических изменений в легком и плевре [3,4,5]. Указанные клинические и морфологические особенности легочного и плеврального процесса обуславливают неэффективность консервативной терапии [6,7,9].

В связи с этим, при сочетании фиброзно-кавернозного туберкулеза легких и эмпиемы плевры радикальное оперативное вмешательство плевропульмонэктомия является основным и наиболее эффективным методом лечения [1,2,8].

Под нашим наблюдением находилось 95 больных с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких и эмпиемой плевры. Мужчин было 64, женщин - 31. Подавляющее большинство больных (78 - 82,1%) было в молодом возрасте от 18 до 40 лет. Больные страдали туберкулезом легких продолжительные сроки. Только у 8 больных продолжительность легочного туберкулеза составила до одного года, у 81 - от 1 до 3 лет, у 6 - свыше 3-5 лет. Продолжительность эмпиемы плевры у 80 больных составила до 1 года, у 11 - до 2 лет, у 4 - свыше 2 лет. Эмпиема плевры у 64 больных возникла в результате спонтанного пневмоторакса из-за разрыва каверны, у 3 - нагноения эксудативного пневмоторакса, у 13 - нагноения экссудативного плеврита. У 15 больных эмпиема плевры развилась после частичных резекций легких. Проводимая в течение продолжительного времени консервативная терапия была неэффективной и у подавляющего большинства больных заболевание протекало с выраженной интоксикацией на фоне значительного дефицита веса, бронхо-легочных симптомов, высокой температурной ре-

акции и низких функциональных показателей дыхания.

При рентгенологическом обследовании на стороне доминирующего поражения фиброзно-кавернозный туберкулез диагностирован у 79 больных, кавернозный - у 16. Фиброзно-кавернозный туберкулез с циррозом установлен у 38 больных, большая и гигантская каверна - у 20, поликавернозный процесс - у 21. Наряду с этим рецидивирующее кровохарканье и кровотечение наблюдалось у 21 больного. В контрлатеральном легком очаговая диссеминация туберкулезного процесса в пределах одной доли выявлена у 48 больных. инфильтративный процесс с распадом - у 6, ограниченная каверна - у 3.

Микобактерии туберкулеза в мокроте обнаружены у 38 больных, в мокроте и плевральном содержимом - у 21, в плевральном содержимом - у 16. У 29 больных из 38 микобактерии туберкулеза в мокроте имели различную степень лекарственной устойчивости к основным антибактериальным препаратам, что оказало неблагоприятное влияние на течение туберкулезного процесса и эффективность проводимого лечения. В периферической крови у 47 больных обнаружена анемия, высокий лейкоцитоз с левым нейтрофильным сдвигом, ускорение СОЭ. В моче у 17 больных выявлено высокое содержание белка до 0,999%, что указывало на амилоидное поражение почек. При исследовании функции внешнего дыхания у 52 больных наблюдалось значительное снижение ЖЕЛ от 20 до 40% по сравнению с должными величинами, у 28 - от 40 до 50%, у 15 - от 50 до 60%. МВЛ у 74 больных была снижена до 20 - 50%, а у 21 - составляла 50-70% от должных показателей. По электрокардиографическим данным наиболее частыми изменениями были гипоксия и дистрофические нарушения в миокарде, синусовая тахикардия, нарушение проводимости, перегрузка и гипертрофия правых отделов сердца.

Таким образом, анализ клинико-рентгенологических и функциональных данных указывают на клиническую тяжесть больных, связанную с продолжительностью и распространенностью заболевания, его волнообразным течением, гнойной и туберкулезной интоксикацией организма, выраженными функциональными нарушениями дыхания и сердечно-сосудистой системы.

В предоперационном периоде для стабилизации гнойного и туберкулезного процесса назначались антибиотики широкого действия (пенициллин, гентомицин, цефалоспоринового ряда и др.) и противотуберкулезные препараты (стрептомицин, рифадин, тубазид, этионамид и др.). Широко использовалась туберкулостатическая внутривенная химиотерапия. Для повышения защитных сил организма и снижения интоксикации применялись гемотрансфузия, белковые и синтетические кровезаменители, анаболические гормоны, витамины группы В и С. Для улучшения функции сердечно-сосудистой системы и дыхания назначались строфантин, АТФ, изоптин, кокарбоксилаза, эуфиллин, ингаляция кислорода. Проводилась систематическая пункционная санация гнойной плевральной полости антисептическими растворами с введением туберкулостатических препаратов, антибиотиков и протеолитических ферментов. Дренирование плевральной полости из-за неэффективности пункционной санации произведено у 32 больных. У 17 больных выполнена торакотомия и проводилась марлевая тампонада гнойной полости. Средняя продолжительность комплексной предоперационной подготовки составила 2-4 мес. и способствовала значительному улучшению общего состояния больных, клинико-рентгенологической стабилизации специфического и гнойного процесса и улучшению функциональных показателей.

Левосторонняя плевропульмонэктомия произведена у 54 больных, правосторонняя - у 41. Переднебоковой доступ применен у 51 больного, заднебоковой - у 25, боковой - у 19. Главный бронх прошит раздельно механическим швом с последующей плевролизацией у 79 больных. Из-за больших технических трудностей все элементы корня легкого прошиты механическим швом в едином блоке у 16 больных.

Операционные осложнения наблюдались у 29 больных, из них повреждение непарной вены - у 2, подключичной артерии - 1, легочной артерии - 3, диафрагмального нерва - 1, перикарда - 2, стенки эмпиемы - 16 и стенки каверны - у 4 больных. Все указанные осложнения были устранены, за исключением у одного больного, у которого из-за острой сердечной недостаточности в связи с большой кровопотерей наступил летальный исход. Средняя операционная кровопотеря составила 1250 мл и возмещение ее проводилось полностью однокрупной кровью и различными кровезаменителями.

С целью снижения травматичности операции и хирургического риска у 34 больных пульмонэктомия выполнена в условиях инфицированной плевральной полости без удаления утолщенной париетальной плевры. Такая методика операции была предложена проф. Ю.М.Репиным (1981). Наши наблюдения подтверждают, что при сочетании фиброзно-кавернозного туберкулеза и эмпиемы плевры пульмонэктомия без

удаления париетальной плевры менее травматична, сопровождается минимальной кровопотерей и более благоприятным послеоперационным течением, а результаты операции высокоэффективны. При правильном подборе и внутриплевральном применении антибиотиков, рациональном - послеоперационном ведении плевральной полости опасность рецидива эмпиемы плевры низка и не представляет серьезной проблемы.

В ближайшем послеоперационном периоде у 14 больных возникла острая легочно-сердечная недостаточность, по поводу которой назначались сердечно-сосудистая терапия, бронхолитики, кислородотерапия. У 3 больных через трахеостому проводилась длительная искусственная вентиляция легких. У 8 больных прогрессирующая легочно-сердечная недостаточность явилась причиной летального исхода. Среди бронхоплевральных осложнений эмпиема плевры без бронхиального свища развилась у 4 больных, эмпиема плевры с бронхиальным свищем - у 21, в том числе в контрлатеральном легком у 1 больного - пневмония, у 2 - реактивация туберкулезного процесса. По поводу бронхоплевральных осложнений с хорошим исходом у 7 больных выполнена торакопластика с мышечной пластикой, у 5 - реампутация культи главного бронха. У 1 больного бронхиальный свищ закрылся без повторной операции. Выписано с сухой остаточной полостью 2 больных. Причинами послеоперационной летальности служили: острая легочно-сердечная недостаточность - у 8 больных, арозивное внутриплевральное кровотечение - у 6, пневмония единственного легкого - у 1, прогрессирование эмпиемы плевры и туберкулеза единственного легкого - у 3.

Ближайшие хорошие результаты плевропульмонэктомии с учетом ликвидации послеоперационных осложнений достигнуты у 66 больных (69,5%), удовлетворительные результаты - у 7 (7,3%), неудовлетворительные - у 3 (3,2%). Госпитальная летальность наступила у 19 больных (20,0%).

Отдаленные результаты через 1-15 лет после плевропульмонэктомии изучены у 67 пациентов. Клиническое излечение установлено у 55 чел. (82,1 %), удовлетворительные результаты - у 9 (13,4%). Через 1-2 года после операции 3 больных (4,5%) умерли от рецидива эмпиемы плевры, туберкулеза единственного легкого и сердечной недостаточности.

Таким образом, наши наблюдения убедительно свидетельствуют, что несмотря на клиническую тяжесть больных и высокий хирургический риск, плевропульмонэктомия при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких, осложненной эмпиемой плевры является радикальным и наиболее эффективным методом хирургического лечения.

Литература

1. Богущ Л.К., Какителашвили Я.В., Адыранов А.А. Плевропульмонэктомия при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких, осложненном специфической эмпиемой плевры. //Пробл.туберкулеза. - 1976. - №12. - с.17-21.
2. Кариев Т.М., Алиев Ш.Т. Плевропульмонэктомия при сочетании хронической эмпиемы плевры и туберкулеза легких. //Хирургия. - 1985. - №12. - с.75-77.
3. Наумов В.Н., Огай И.В., Сиваков А.Е., Дадабоев В.В. Пути повышения эффективности хирургического лечения больных с

хронической эмпиемой плевры. //Пробл. туберкулеза.-I 990. - №4. -с. 44-49.
4. Наумов В.Н., Караева Г.Б. Хирургическое лечение больных с распространенным и прогрессирующим туберкулезом легких. // Пробл.туберкулеза. -1993.-№5.-с. 23-28.
5. Перельман В.Н., Эпштейн Т.В., Амбатьелло Г.Г., Иванов А.И., Моисеев В.С., Полей М.Э. Хирургия хронических эмпием плевры. -Груд.хирургия.-I 987. -№3.-с.75-77.
6. Полянский В.Н.; Савицкий Г.Г., Лизогуб С.М., Волков В.С. Опыт хирургического лечения больных туберкулезной эмпиемой

плевры. //В кн.IV съезд научно-медицинской ассоциации фтизиатров.- Тезисы докл.-Йошкар-Ола.-1999.-с.179.
7. Репин Ю.М. Пульмонэктомия при тотальном поражении легкого, сочетающемся с эмпиемой плевры. //Пробл. туберкулеза.-1981.-№7.-с.23-26.
8. Рышко Л.К. Радикальные оперативные вмешательства у больных туберкулезной эмпиемой плевры. //Автореф. дис. ... д-ра мед.наук.- М.1982.
9. Moran J.F. Surgical management of pleural space infections. // Seminars. resp. Infect.-1988.-3.-№4.-p.383-394.

Ш.И.Каримов,
Б.Д.Бабаджанов,
М.С.Исламов,
Б.Б.Жанабаев,
А.Р.Бабабеков.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ДЛИТЕЛЬНОЙ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЙ КАТЕТЕРНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ГАНГРЕНЫ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.

Второй Ташкентский Государственный медицинский институт.

Ш.И.Каримов, Б.Д.Бабаджанов, М.С.Исламов, Б.Б.Жанабаев, А.Р.Бабабеков.

Оёқ панжасининг диабетик қорасони билан касалланган беморларда узоқ муддатга қўйиладиган артериал катетер билан даволаш усулини қўллашнинг узоқ муддатдаги натижалари.

Қандли диабет ва оёқ панжаси қорасони билан касалланган 1990 ва 1999 йиллар мобайнида узоқ муддатли қўйиладиган артериал катетер билан даволаш усули қўлланилган 257 беморнинг даволаш натижалари ўрганилди.

Касалхонада даволаш жараёнида 257 бемордан 11 (4.2%)таси вафот этган. Шу сабабдан даволаш натижаларининг узоқ муддатдаги таҳлили 246 беморда ўтказилди. 57 беморда оёқнинг сон соҳасидан ампутация амалиёти бажарилган, 189 (78.9%) беморнинг касалланган оёғи сақлаб қолинган.

Диабетик қорасонда узоқ муддатли артерияга катетер орқали артерияга дори моддалари юбориш усули билан даволанган беморлар аҳволини узоқ вақт мобайнида таҳлил қилиш шуни кўрсатадики, жарроҳ амалиётдан сўнг 5 қйилга келиб ҳаёт қолган беморлар сони 50.8% га тенг бўлиб оёғи сақлаб қолинган беморларда бу кўрсаткич 51,3%ни, оёғи ампутация қилнган беморларда эса 33,3% ташкил қилган

Беморларни. тўрт йил мобайнида кузатиш натижалари узоқ муддатга қўйиладиган артериал катетер билан даволаш усули қўлланилганда беморларнинг 92,4%ида касалланган оёқда қон айланиш жараёни яхшиланишни кўрсатади.

Karimov Sh.I., Babadjanov B.D., Islamov M.S., Janabaev B.B., Bababekov A.R.

Late results of application by long-time intraarterial catheter therapy at treatment diabetic gangrene of the lower extremity.

To the analysis the outcomes of application **LICT** (long-time intraarterial catheter therapy) 257 patients with **DGLE** (diabetic gangrene of the lower extremity) in period with 1990 for 1999 are subjected. During treatment in a hospital from 257 patients 11 patients (4.2 %) have perished, to 57 patients the ablation of a femur (22,1 %) was executed.

As a result of it the long-term results in the given group are studied for 246 patients, from which one for 189 (78,9 %) the staggered extremity was saved.

The analysis of long-term results for ill with **DGLE**, in treatment which one was applied **LICT**, has allowed to reveal, that their survival rate by 5 years makes 51,6 %, thus at preservation of the lower limb the given parameter is much better (51,3 %), than at her loss (33,3 %).

Высокая смертность (третье место после сердечно-сосудистой патологии и злокачественных новообразований), раннее развитие осложнений и инвалидизация определили сахарный диабет (СД) в качестве первых приоритетов национальных систем здравоохранения всех без исключения стран мира, закрепленных Сент-Винсенской декларацией. На 1996 год количество больных диабетом в мире превысило 120 млн. человек. Ежегодно их число увеличивается в среднем на 5-7 %, а значит каждые 12-15 лет -удваивается [1,2]. На этом фоне отмечается возрастание частоты такого осложнения как диабетическая ангиопатия, приводящая к развитию критической ишемии нижних конечностей. Присоединение гнойно-некротических осложнений нередко обрекает пациентов на ампутацию [3].

Одним из эффективных методов лечения критической ишемии нижних конечностей (КИНК), направленных на создание высоких концентраций лекарственных веществ в ишемизированных тканях является длительная внутриартериальная катетерная терапия. (ДВАКТ) [2]. При разработке этой методики была показана ее высокая эффективность при облитерирующем эндартерите и нейроциркуляторных ангиопатиях [1]. Менее эффективна она была при облитериру-

ющем атеросклерозе. Малый опыт и неутешительные результаты ДВАКТ при СД создали мнение о нецелесообразности этого метода при лечении диабетической гангрены нижних конечностей. Ясность в этот вопрос внесли серии целенаправленных исследований патогенеза сахарного диабета, выявление частого сочетания КИНК с нейропатией, остеоартропатией и инфекцией стопы [3,4].

Результатом этих работ стал доклад Исследовательской группы ВОЗ “ Сахарный диабет” (Женева 1987), где впервые понятие “диабетическая стопа” было выделена как самостоятельное заболевание, объединяющее нейропатию, ангиопатию, остеоартропатию и инфицирование стопы при сахарном диабете [5,6]. С учетом мультифакторности патогенеза и разнообразия клинических форм поражения стопы были пересмотрены вопросы консервативного лечения СД, осложненного диабетической стопой. Естественно начались исследования, направленные на использование ДВАКТ с учетом многофакторности патогенеза [5,6]. В этих сообщениях просматривался позитивный эффект ДВАКТ, хотя результаты желали лучшего.

Таким образом за последние годы отношение к этой методике, несмотря на ряд вопросов требующих

Таблица 1

Характеристика линейной скорости кровообращения на сохраненной нижней конечности у больных с ДГНК в отдаленные сроки наблюдения.

№	Артерии	
		0
1	A femoralis	35.6± 3.6
2	a. poplitea	16.5±1.6
3	a.tibialis post	9.0±0.85
4	a. dorsalis pedis	4.5±0.4

своего разрешения стало более утвердительным. Появились новые публикации, посвященные анализу результатов ДВАКТ, показаниям к ней, режимы проведения и состав инградиентов и т. д. За последние несколько лет в нашей клинике проводится целенаправленная работа по использованию ДВАКТ при диабетической стопе. Анализу проведенных исследований и посвящена данная статья.

Материал и методы исследования.

В настоящем сообщении анализу подвергнуты отдаленные результаты применения ДВАКТ 246 больным с диабетической гангреной нижних конечностей в период с 1990 по 1999 г . Во время лечения в стационаре, 57 пациентам в связи с прогрессированием гангрены была выполнена ампутация бедра (23.1%). В остальных случаях в результате лечения пораженная конечность была сохранена.

Для изучения отдаленных результатов лечения больных с ДГНК были разработаны специальные карты, в которых отражались ежегодные сведения о состоянии сохраненной и контрлатеральной конечностей, характере и методике коррекции уровня гликемии, повторных госпитализациях пациентов в хирургические стационары по поводу рецидивов язв на сохраненной конечности или развития гнойно воспалительных либо трофических изменений на контрлатеральной конечности в течение текущего года. Продолжительность наблюдений составила четыре года.

При повторных осмотрах или госпитализации в стационар кроме определения уровня гликемии производили исследования биохимического состава крови. Также производилась оценка состояния регионарного кровообращения с применением ультразвуковой доплерографии (аппарат Vasoflou—4 Великобритания) и определением линейной скорости кровотока на магистральных артериях нижних конечностей. В отдаленные

же сроки по показаниям производили рентгеноконтрастные исследования аорты и магистральных артерий нижних конечностей, а так же рентгенографию стоп и голени.

Результаты исследования.

Из 189 пациентов с сохраненной конечностью у 51(27%) была произведена ампутация стопы по Шарпу с обеспечением возможности передвигаться (сохранена опорная функция) . В 71 (37.6%) случаях применение ДВАКТ способствовало ограничению гнойно некротического процесса в пределах 1-2 пальцев стопы и дало возможность ограничиться их экзартикуляцией. В остальных 67 случаях объем хирургического вмешательства был минимальным: своевременное купирование критической ишемии нижних конечностей и инфекционно-воспалительных явлений привело к ограничению зоны некроза в пределах дистальной фаланги пальцев или очага на стопе. В этих случаях было выполнено иссечение некротических тканей.

На протяжении 2-3 месяцев в 42 случаях из 51 раневой дефект стопы после ампутации был закрыт аутодермопластикой. В 9 случаях отмечалось самостоятельное закрытие раны рубцовыми тканями. Заживление ран после экзартикуляции пальцев или некрэктомии происходило быстрее (до 30-42 дней).

В значительной степени высокие темпы репаративных процессов на ранах стопы после ДГНК были обусловлены восстановлением кровотока по магистральным артериям сохраненных конечностей до компенсированного состояния уже на 5-7 сутки ДВАКТ.

Анализ результатов исследований кровотока по магистральным артериям нижних конечностей в отдаленные сроки наблюдений у больных, перенесших ДГНК с использованием в комплексе лечебных мероприятий ДВАКТ и сохранивших конечность позволил выявить следующее: таблицы 1 и 2.

Таблица.2

Динамика изменений линейной скорости кровотока контрлатеральной нижней конечности у больных после ДГНК в отдаленные сроки наблюдений.

№	Артерия	
		0
1	a femoralis	40.0±4.0
2	a. poplitea	22.5±2.2
3	a.tibialis post	11.5±1.1
4	a. dorsalis pedis	5.5±0.5

В момент выписки линейная скорость кровообращения на пораженной конечности благодаря применению ДВАКТ на бедренной артерии была компенсированной и составляла $35,6 \pm 3,5$ см/сек, подколенной – $16,5 \pm 1,7$ см/сек, на задней тибиальной – $9,0 \pm 0,7$ см/сек и на артерии тыла стопы – $4,5 \pm 0,6$ см /сек. (таблица 1).

В отдаленные сроки наблюдения кровотоков на изученных сосудах в динамике как правило не снижался.

К моменту выписки линейная скорость кровообращения на бедренной артерии контралатеральной нижней конечности, несмотря на установку катетера, была выше чем на пораженной стороне и составляла на бедренной артерии $40,0 \pm 2,4$ см/сек, на подколенной артерии – $22,5 \pm 1,7$ см/сек, на задних большеберцовых артериях $11,5 \pm 1,6$ см/сек, на артериях тыла стопы – $5,5 \pm 0,7$ см/сек. ($p < 0,05$ таблица 2).

Обычно в первые 2 года наблюдений отмечалось некоторое снижение линейной скорости кровообращения по бедренной артерии до уровня 37.5–38.1 см/сек. В тоже время по задним большеберцовым и артериям стоп она практически не менялась и была выше, чем на артериях сохраненной конечности. Такие показатели нами прослежены на протяжении всех четырех лет.

Выживаемость пациентов от основного заболевания и его осложнений была следующей: на протяжении первого года наблюдений из 246 пациентов погибли 36; второго года из 210 больных –21; третьего года из 189 –27; четвертого года из 162–35 пациентов. Спустя четыре года из 246 пациентов в живых оставалось 127 больных, что составило 52.6% от общего числа пациентов. Из 119 (48,4%) погибших пациентов большая часть (110 больных) скончалась в результате прогрессирования основного заболевания (СД).

Наиболее значительный процент летальных исходов пришелся на 1 и 4 годы наблюдений: 14.6% (36 больных) и 14.3% (35 больных), при этом смертность среди больных с ампутированной конечностью через четыре года была выше, чем среди пациентов с сохра-

ненной нижней конечностью. Через 4 года из 189 больных с сохраненной нижней конечностью в живых оставалось 97 (51.3%), тогда как из 57 больных, перенесших ампутацию бедра осталось 19 (33.3%). Кроме этого наиболее часто госпитализация среди пациентов с сохраненной конечностью по поводу повторного развития гнойно-некротического процессов производилась в 1 и 2 годы наблюдений: 61 и 47 случаев, что составляло по отношению к общему количеству больных в эти сроки 29.0% и 24.9% соответственно. Этот показатель на 3 и 4 годы наблюдений существенно снижался.

За весь период наблюдения по поводу развития гнойно-некротических заболеваний на сохраненной конечности больные госпитализировались 165 раз, из них однократно 50, многократно–58 пациентов. За 4 года у 14 больных выполнена ампутация бедра (таблица 3). В первые 2 года произведено 9 ампутаций, а за 3–4 годы – 5. Ампутация стопы по Шарпу с сохранением опорной функции нижней конечности произведена за четырехлетний период наблюдений в 20 (10.6%) случаях, при этом частота этой операции несколько возрастала к 3–4 годам наблюдений с 2.5% до 5.2%.

Частота малых операций на пальцах стопы за 4 года постепенно снижалась: некрэктомий с 22% до 12.4% и экзартикуляций пальцев с 10.6% до 6.2%. Это были основные виды хирургических вмешательств на сохраненной нижней конечности, которые отражались на ее опорной функции.

За этот же период по поводу гнойно-некротических поражений стопы контралатеральной нижней конечности было госпитализировано 29 пациентов из 210 (13.8%). Наибольшее число госпитализаций по поводу патологии этой конечности пришлось на 1 и 2 годы наблюдений: 13(6.2%) и 11 (5.8%) случаев соответственно. На 3–4 годы этот показатель снижался в 3–4 раза и составлял по 2–3 случая (1.5–1.8%) в год. При этом 5 пациентам произведена ампутация контралатеральной нижней конечности, в 9 случаях производилась ампутация стопы по Шарпу (из них по 3 случая на 1 и 2 годы наблюдений). У остальных пациентов удалось купировать патологический процесс путем активного лечения, а именно с применением малых операций: экзартикуляции пальцев и некрэктомий.

В целом за четырехлетний период наблюдений после перенесения ДГНК лишь в 5 случаях из 210 (2.3%) отмечено развитие критической ишемии контралатеральной нижней конечности, осложненной тяжелым гнойно-некротическим процессом и закончившимся ампутацией бедра. В 9 случаях (4.2%) процесс локализовался в дистальной части стопы, при этом ее кровоснабжение оставалось удовлетворительным. У этих пациентов удалось сохранить опорную функцию конечности, ограничившись ампутацией стопы по Шарпу.

Таким образом, анализ отдаленных результатов у больных с ДГНК, показал, что несмотря на проводимое лечение смертность от основного заболевания (СД) через четыре года после развития КИНК, сочетающейся с гнойно некротическим процессом, остается очень высокой и составляет 48.4%. При этом при сохранении пораженной конечности этот показатель го-

Таблица 3

Характеристика оперативных вмешательств на сохраненной нижней конечности в отдаленные сроки наблюдений.

Показатели	Сроки наблюдения (годы)			
	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)
Число больных с сохраненной н/к.	159 (100%)	145 (100%)	122 (100%)	97 (100%)
2. Лечились в течении года.	61(38.4)	47(32.4)	32(26.2)	25(26.2)
3. Из них - некрэктомия	35(22)	27(18.6)	15(12.3)	12(12.4)
-экзартикуляция пальцев	17(10.6)	11(7,9)	9(7.8)	6(6.2)
-ампутация стопы по Шарпу.	4(2.5)	5(3.4)	6(4.9)	5(5.2)
ампутация бедра	5(3.1)	4(2.8)	2(1.6)	3(3.1)

раздо ниже (48.7%), чем при ее потере (66.7%). Данная картина указывает на необходимость динамического контроля и адекватного лечения основного заболевания на протяжении всей последующей жизни пациентов. В противном случае в сроки от одного до трех лет до 30% пациентов после ампутации одной конечности теряют вторую (И.В.Гурьева с соавт 2000). А это в свою очередь приводит к гиподинамии, инвалидизации и так же способствует смерти пациентов.

Обязательным компонентом наблюдений в отдаленные сроки после перенесенной ДГНК является диспансерный учет в специализированных хирургических центрах, где при начальных проявлениях повторных явлений КИНК следует проводить активное лечение с включением ангиопротекторов и антибактериальную терапию, вплоть до повторных курсов ДВАКТ. Только такой подход, направленный на сохранение опорной функции конечности позволит получить удовлетворительные результаты и говорить о реабилитации и качестве жизни пациентов.

Выводы.

1. Включение ДВАКТ в комплекс лечения больных с ДГНК позволило вывести из критического состояния и сохранить конечность у 67.1% больных.

2. Значительную роль в заживлении послеоперационных ран на стопе у больных, перенесших ДГНК, играет компенсация магистрального артериального кровотока на пораженной конечности с сохранением высоких показателей линейной скорости кровотока в отдаленные сроки наблюдений.

3. Выживаемость больных с СД и КИНК в сроки наблюдений до 4 лет при использовании комплекс-

ного лечения с включением ДВАКТ составила 51,6%, причем у пациентов с сохраненной конечностью прогноз жизни более благоприятный по сравнению с больными, перенесшими ампутацию бедра. Обязательным условием при этом остается динамический контроль и корректирующее лечение основного заболевания и ишемии нижних конечностей.

4. В отдаленном периоде основным принципом должно быть стремление к сохранению опорной функции конечности. Использование такой тактики позволяет повысить качество жизни и выживаемость пациентов с СД.

Литература.

1. Махбубур Рахман. Длительная управляемая внутриартериальная катетерная терапия в хирургии гангрены нижних конечностей Дис..канд. мед. наук —14.00.27.-Ташкент.1987.
2. Гурьева И.В., Кузина И.В., Воронин А.В с соавт., Особенности диагностики и лечения диабетических поражений стоп // Хирургия. — 1999. - № 10. — С. 39-43.
3. Светухин А.М., Земляной А.Б. Хирургические подходы в тактике лечения гнойно- некротическими форм диабетической стопы // Труды научно- практической конференции: Современные аспекты диагностики, лечения, профилактики поражений нижних конечностей у больных сахарным диабетом". — М., 1996: -С. 167-177.
4. Брискин Б.С., Тартаковский Е.А., Гвоздев Н.А. и др. Лечение осложнений "диабетической стопы" // Хирургия. - 1999. — 10. — С. 53-56.
5. Кулешов Е. В. Особенности клиники, диагностики и лечения "стопы диабетика" // Труды научно практической конференции: Современные аспекты диагностики, лечения, профилактики поражений нижних конечностей у больных сахарным диабетом. - М., -1996. — С. 138-142.
6. Земляной А.В., Пальцин А. А., Светухин А. М с соавт., Обоснование к варианты тактики комплексного хирургического лечения гнойно-некротических форм "диабетической стопы" // Хирургия. — 1999. - № 10. — С. 44-48.

Н.М.Курбанов,
А.А.Дехконов,
О.К.Абдухаликов

ОРТОПЕДО-ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОЛИСЕГМЕНТАРНОГО ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА

Андижанский медицинский институт. Научный центр вертебрологии МЗ РУз.

Н.М.Курбанов, А.А.Дехконов, О.К.Абдухаликов

Полисегментар бел остеохондрозини ортопед-хирургик йўли билан даволаш

Бизнинг кузатувимизда полисегментар бел остеохондрозини билан 63 та бемор бўлган. Барча беморларга клиничко-неврологик, рентгенологик, МРТ текшируви ўтказилди. Беморларнинг барчаси орқа томондан каминвазив усулларни қўллаш йўли билан операция бўлган. Умуртқалараро чурра аркотомия усули билан олиб ташланган. Умуртка погонасининг туғма стенози билан биргаликдаги дискларнинг уртадаги чурралари гемиламинэктомия усулида олиб ташланган. Жаррохлик натижаларини баҳолашда ортопед-неврологик критерийларга асосланган. Таклиф этилган усуллар кам жароҳатлилиги билан, беморнинг тезроқ активлашиши уларнинг иш қобилиятини нисбатан қисқа муддатга йўқотиши билан ажралиб туради.

N.M.Kurbanov, A.A.Dehkonov, O.K. Abduhalikov

Ortopedo-surgical treatment of polysegmental lumb osteochondrosis

Under our supervision there were 63 patient polysegmentar lumb osteochondrosis. By all patient were carried out (spent) clinikal and neurological testing x-ray and MRT. All patients mere operate by application minimally invasive disektomi back access. Intervetabral hernia of disks were removed archtomi be access. Midle hernia of disks in a combination mith acquired stenosis vertebral of the channel were removed by hemilaminotomiy. Estimation of results surgikal interventions was made on the basis ortopedical and neurological of crimeria. The offered methods differ small ortopedical trauma, opportunity of the prompt activization and rather short period of invalidity.

Поясничный остеохондроз относится к наиболее распространенной патологии позвоночника. Настоящее заболевание является основным в практике ортопедов, вертебрологов, невропатологов и нейрохирургов, достигая 50% всех больных с патологией периферической нервной системы. Комплексное консервативное лечение позволяет у большинства больных получить благоприятный результат. Однако, у 10-15% больных консервативное лечение не эффективно и им показано хирургическое лечение. Среди них нередко встречаются больные с полисегментарными грыжами межпозвонковых дисков поясничного отде-

ла позвоночника. В данном случае поражается весь двигательный сегмент позвоночника, при этом клинические проявления, независимо от ведущего поражения в сегменте, могут быть одинаковыми и чаще проявляются в виде боли различной интенсивности. Данные рентгенографии и клинические проявления, в том числе и степень выраженности болей, не всегда совпадают. Поэтому актуальна проблема поиска малоинвазивных (с точки зрения сохранения ортопедической полноценности) методов декомпрессии корешков, позволяющие сократить число послеоперационных осложнений и сроки стационарного лечения, по-

лучить высокий нейроортопедический эффект.

Материал и методы исследования

Материалом для данного исследования послужил анализ 63 наблюдений полисегментарных грыж поясничных межпозвонковых дисков за период с 1998 по 2000 г, находившихся на лечении в нейрохирургической клинике Андижанского медицинского института (Научный центр вертебрологии МЗ РУз). Из них мужчин-38, женщин-25. По возрастным группам пациенты распределялись следующим образом: 20-30 лет — 11 больных; 30-40 лет — 34 больных; 40-50 лет — 18 больных. По длительности заболевания: до 5 лет — 36 больных, 5-10 лет — 19 больных; свыше 10 лет — 8 больных. Необходимо отметить, что у подавляющего числа пациентов (82,7%) длительность последнего обострения составляла свыше 3 месяцев, а консервативная терапия была неэффективной.

Нами выявлены следующие варианты локализации поражения дисков: I-группа L₂-L₃, L₃-L₄ — 9 больных;

II — группа L₃-L₄, L₄-L₅ — 18 больных;

III — группа L₄-L₅, L₅-S₁ — 30 больных;

IV — группа L₃-L₄, L₄-L₅, L₅-S₁ — 6 больных

Таким образом, у 63 больных обнаружены 132 грыжи межпозвонковых дисков. Распределение грыж по поперечнику позвоночного канала было следующим: заднебоковые — 79, парамедиальные — 41, срединные — 12. Локализация грыж под задней продольной связкой отмечена в 97 случаях, транслигаментарное расположение — в 21 случае, секвестрация со смещением свободных фрагментов диска по длине позвоночного канала 14 наблюдений

Все больные до операции обследовались по стандартной клинической методике: выяснение жалоб, анамнеза и динамики заболевания, ортопедо-неврологическое обследование, обзорная спондилография в стандартных проекциях, магнитно-резонансная томография (МРТ). МРТ выявила характерные признаки грыж диска (стадии дегенерации) в сагиттальной и аксиальной плоскостях в T1 и T2 режимах, изменение эпидурального пространства, глубину выпадения и сторону расположения грыжи диска, степень компрессии дурального мешка и корешка.

Все больные были оперированы нами путем применения малоинвазивных дискэктомий задним доступом. Межпозвонковые грыжи дисков были удалены аркотомным доступом. У 48 больных на операции наряду с грыжей диска имел место выраженный рубцово-спаечный процесс в эпидуральной клетчатке и корешках конского хвоста. Наличие значительных патоморфологических изменений в позвоночном канале требовало расширения доступа, который позволил бы не только произвести дискэктомию, но и устранить другие факторы, вызывающие компрессию и раздражение корешков — боковые остеофиты, рубцы. В связи с чем фораминотомия была неотъемлемой частью операций.

Срединные грыжи дисков в сочетании с врожденным стенозом позвоночного канала были удалены путем применения гемиламинэктомии. На одном уровне позвоночного сегмента оперированы 47 больных, на двух уровнях — 16 больных. При этом мы руководствовались данными ведущих клинических

признаков заболевания и МРТ критериев.

Результаты и их обсуждение

Рассматривая результаты выполненных оперативных вмешательств, можно отметить незначительное количество интра- и послеоперационных осложнений. В 4 случаях во время операции мы столкнулись со значительным кровотечением из варикозно расширенных эпидуральных вен. Последнее ликвидировалось электрокоагуляцией и тампонадой «шариком», смоченным раствором перекиси водорода. Гнойно-воспалительных осложнений операционной раны мы не наблюдали. Больные, которым произведены малоинвазивные дискэктомии на двух уровнях и пациенты, подвергшиеся гемиламинэктомии, в послеоперационном периоде в течение 3 месяцев носили поясничные корсеты облегченного типа. Средний срок пребывания больных в стационаре составил 8,7 койко-дня.

Оценка результатов хирургических вмешательств производилась на основании ортопедо-неврологических критериев, учитывающих биомеханику позвоночника, регресс болевого синдрома и восстановление трудоспособности.

Хорошие результаты отмечены у 48 (76,2%) больных. У этой группы лиц при контрольных осмотрах отмечались боли — нерезкие, эпизодические в поясничной области или радикулярного характера. Все эти больные сохранили трудоспособность, часть из них с определенными ограничениями физических нагрузок.

У 12 (19%) больных результат оценен как удовлетворительный. В этой группе пациентов боли в поясничной области или радикулярного характера беспокоили достаточно часто, но по интенсивности были значительно слабее, чем до операции. Больные были вынуждены перейти на легкий труд, или оформляли группу инвалидности.

В 3 случаях (4,8%) в послеоперационном периоде отмечено нарастание неврологических расстройств, что возможно, могло быть результатом развивающейся сосудистой патологии. У этих больных результат лечения рассматривался как неудовлетворительный.

Опыт работы нашей клиники позволяет высказать по данной проблеме некоторые суждения.

1. Операция должна выполняться строго по показаниям, после тщательного изучения ортопедо-неврологического статуса и МРТ исследования, так как широкое применение МРТ исследований в последние годы выявили значительную частоту полисегментарных остеохондрозов, чем это ожидалось, следовательно, требует пересмотра тактики их лечения.

2. Из множества существующих оперативных вмешательств предпочтение отдается малоинвазивной дискэктомии аркотомным доступом. С целью полноценной декомпрессии корешка дискэктомия сочетается с фораминотомией.

3. Оперативному удалению должны подвергаться межпозвонковые диски, выпавшие в просвет канала на 8 мм и более, с разрывом фиброзного кольца в стадии компрессии корешков. Больным пожилого и старческого возраста, по показаниям, может применяться гемиламинэктомия для удаления двух смежных грыж межпозвонковых дисков. Данный оперативный доступ также показан при грыжах дисков в сочетании с врожденным стенозом позвоночного ка-

нала, при оссификации задней продольной связки для их резекции.

Предлагаемые методы отличаются малой ортопедической травматичностью, возможностью скорейшей

активизации и относительно коротким периодом нетрудоспособности.

К.Ж. Миразизов,
А.Х. Хуснутдинов,
А.Ч. Хушбоков

СУРУНКАЛИ ЙИРИНГЛИ ЎРТА ОТИТ БИЛАН ОФРИГАН БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШДА ҚЎЛЛАНИЛГАН ТАХСИСНИНГ ТУРИ ВА УСУЛЛАРИ ХАМДА СЎНГГИ НАТИЖАЛАРИНИНГ ТАҲЛИЛИ.

Биринчи Тошкент Давлат тиббиет институти,

Бундан 112 йил муқаддам немис оториноларингологи Ku'ster (1889) сурункали йирингли ўрта отитларни жаррохлик усули билан даволашда ўрта кулоқ тизимидаги йирингли ва емирилиш манбасини бартараф қилиш учун, ташқи эшитув йўлини орқа суяк деворини олиб ташлаб умумий бўшлиқ яратиш тахсисини амалий тиббиётга татбиқ этди. Сурункали йирингли ўрта отитларни даволашда қўлланиладиган баъзи тахсис муолажалари, айрим ўзига хос усул ва услублари хануз тинимсиз такомиллаштирилмоқда.

Ҳозирги вақтда барча оториноларингологлар, ўрта кулоқни сурункали йирингли яллиғланишини даволашда тахсислашни яқдиллик билан қўлламоқдалар. Лекин, амалиётда тахсис муолажаларини ва услубларнинг энг мураккаб, ҳамда самарали усулларини қўлланилишига, ҳамда тахсисдан сўнгги даврда кенг таъсирга эга бўлган антибиотикларни, сульфаниламидларни, иммун тизимига таъсир этувчи ва бошқа доримоддаларни ҳамда физиотерапевтик усулларни қўлланилишига қарамай 20-30% беморларда сурункали йирингли ўрта отитга хос бўлган белгилар; кулоқдан йиринг оқиши, эшитиш қобилиятининг яна ҳам сустлашиши, бош айланиши ва бошқалар такрорланади (Ш. Э. Амонов 2000; Л.А. Савчук; Ю.А. Сущко 1993; М.Р. Богомильский 1994; В.П. Ситников 1995; М.Тos 1982; L. Cole; C. L. Reams, 1983; B. Monzynski et al. 1985)

Материал ва методлар.

Биз сурункали йирингли ўрта отитларни даволашда кўпчиликка маъқул бўлган кўрсатмаларга асосланган ҳолда 2 хил тахсис усулларини қўладик. Ўрта кулоқ тизимидаги йирингли манба сўргичсимон ўсиқ ва эшитув суякчаларини емириб, холестеатомалар ва полиплар ҳосил қилган бўлган ёки калла суяги ичида отоген асоратлари мавжуд ёки бундай асоратни ривожланиш хавфи бўлган 248 беморларда «очиқ» ва яллиғланиш жараёни ногора бўшлиғи ва гор деворлари билан чегараланган 96 та беморларда «ёпиқ» усулларни қўладик.

Тахсислар 60 (17,44%) беморда ташқи эшитув йўлидан, ва 284 (82,56%) беморда кулоқ супраси ортидан ўтиш орқали бажарилди.

Трансплантат тарикасида асосан чекка мушагининг фасцияси ва қисман ташқи эшитув йўлининг териси, баъзан кулоқ супраси ортидаги яра атрофидан кўчириб олинган теридан фойдаландик.

Тахсисдан олдин, тахсис вақтида ва ундан кейинги даврларда кулоқдан ва ярадан ажралаётган суюқликни махсус бактериологик, цитологик ва олинган тўқималарни патогистологик текширишлардан ўтказилди.

Клиникамизда олдин ўтказилган тадқиқотлар на-

тижасида, сурункали йирингли отитларда ташқи ва ўрта кулоқ соҳасидаги қил томирларида қон айланишни ахамиятли даражада зарарланиб сусайганлиги аниқланган. Бундай ҳолатнинг олдини олиш учун тахсиснинг «очиқ» усули қўлланилган 108та ва «ёпиқ» усули қўлланилган 60та беморларга тахсисдан сўнгги даврда яранинг тез битиши ва аутотрансплантатни муваффақиятли уланишини таъминлаш мақсадида бир тугмачадан (таблетка) бир кунда уч маҳал 10-12 кун давомида трентал ёки кавинтон дори моддалари берилди. Бу дорилар ўрта кулоқ соҳасидаги қил томирларида қон айланиш тизимини яхши тиклаб, тахсисдан сўнг ҳосил бўлган яранинг тез битишига, трансплантатни баркамол уланишига ва ривожланишига катта ҳисса қўшди.

Келгусида, тахсис натижаларига баҳо бериш мақсадида ҳар бир бемор учун шахсий сажара-жадвал тузилди. Унда касаллик тарихи, отоскопия, аудиометрия, сўргичсимон ўсиқни рентген тасвири, бактериологик, цитологик, патоморфологик маълумотлар, тахсисда топилган иллатлар, суякдаги емирилиш жараёнининг шакли ва ўрта кулоқ анатомик тизимидаги яллиғланишнинг сифати, тахсис услуби, пластика учун қўлланилган тўқималарнинг турлари ва бошқалар қайд қилиниб борилди.

Кўпчилик беморлар тахсисдан сўнг 1 йилдан то 10 йил давомида кузатувимизда бўлиб, йилда 1 ёки 2 марта кўриқдан ўтказилди ва унда кулоқни эшитиш фаолияти ҳамда тахсисдан сўнгги бўшлиқдаги ўзгаришлар мукамал текширилиб, қайд қилиб борилди. Натижалар таҳлили шуни кўрсатдики, тахсиснинг очиқ усули қўлланилган 248 беморнинг 197 (79, 44%) тасида ва ёпиқ усули қўлланилган 96 беморнинг 84 (87, 5%) тасида, ўрта кулоқ тизимидаги сурункали йирингли яллиғланиш бутунлай бартараф этилганлиги ва тимпанал трансплантатни уланганлиги ҳамда сунъий ногора бўшлиғи ҳосил бўлиб, кулоқни эшитиш фаолиятини яхшилаганлиги кузатилди.

Шуни қайд қилиш лозимки, тахсисдан сўнгги даврларда трентал ва кавинтон билан даволанган беморлар гуруҳида бу дориларни олмаганлар гуруҳига нисбатан трансплантатларнинг уланиши ҳамда суяк яра деворларининг грануляция ва тери билан қопланиши тез ва яхши бўлди (очиқ усулда 97 беморларда 89,8% ва ёпиқ усулда- 56 беморларда 93.3%; икки усулда ҳам $P<0.05$).

Тахсиснинг очиқ усули қўлланилган 51 (20, 56%) ва ёпиқ усули қўлланилган - 12 (12, 5%) беморларда қониқарсиз натижалар кузатилди. Очиқ усул қўлланилганда қониқарсиз анатомик ва физиологик оқибатлар 15,3% (трансплантатларнинг бутунлай емирилиши, яллиғланиш жараёнининг тарқалиши, грануляциялар ва полипларнинг қайта ўсиши ва бошқ.) асосан

бўлимга оғир аҳволда тушган, тезкор тахсисланган, яъни сурункали йирингли ўрта отитнинг зўрайиши юқори даражада бўлган, шиллик қаватда чуқур морфологик ўзгариш (мукозит), сўрғичсимон ўсиқда кенг қўламли емирилиш, катта холестеатомали бўшлиқлар, полиплар ҳамда қулоқ ажралмасидаги намуналарда аэроб ва анаэроб микрофлораларнинг ассоциацияси ривожланган беморларда кузатилади.

Бундай қоникарсиз натижаларнинг олдини олиш учун жарроҳ тахсислашда емирилган суяк тўқимаси билан биргаликда холестеатома, полип, грануляцияларни ҳамда шиллик қаватнинг барча ўзгарган ва қалинлашган қаватларини, шу жумладан, эшитув найнинг тимпанал лаби, гипотимпанум ва лабиринт дарчалари атрофини диққат билан синчиклаб микроскоп остида қўздан кечириб, кичик микрокиргичлар ёрдамида тозалаб кириб ташлаши лозим. Жарроҳ мумкин қадар катта ва кенгрок янги тимпанал бўшлиқ ҳосил қилиш учун ҳаракат қилиши керак, чунки эшитиш фаолиятини яхшилаш учун қўлланиладиган ясама суякчалар (протезлар) ва бошқа пластик ясамаларни жойлаштириш учун қулай бўшлиқ ва шароит яратилиши лозим.

Қоникарсиз натижаларга 1.6% холестеатоманинг қайта ривожланиши сабаб бўлди. Тадқиқот натижасида тахсислаш даврида бу беморларда холестеатоманинг матрикиси батамом олиб ташланмаганлиги аниқланди. Демак, тахсис даврида холестеатомани матрикиси фасциал ҳамда тимпанал бўшлиқларга ўсиб кирган бўлса, уни синчиклаб тозалаб ташлаш учун ташқи эшитув йўлини суяк деворини имкон борича, юз асабини пастга йуналувчи тиззасининг устки сатҳи баробар олиб ташлаш лозим. Орқа суяк девори баланд қолдирилса, ўрта қулоқ тизимида алоқадор бўлган анатомик ва емирилиш жараёнидан ҳосил бўлган бўшлиқларга ўсиб кирган холестеатомаларни ва унинг матрикиси ҳамда грануляцияларни олиб ташлаш қийин бўлади.

Очиқ усул 2,4% ва ёпиқ усул қўлланилган 9,4% беморлардаги қоникарсиз натижалар, трансплантатларнинг тешилиши ва баъзан қисман емирилиши, шу фасция ёки тери парчасини неотимпанал бўшлиқ деворига нотўғри ўрнатилганлиги ҳамда қулоқ тизимидаги микробларнинг қайта хуружининг оқибати эканлиги аниқланди.

Очиқ усул 1,2% ва ёпиқ усул 3,1% қўлланилган беморларда тахсисдан кейинги қоникарсиз натижани ва йирингли яллиғланиш жараёнининг қайталаниш сабабини, сурункали йирингли яллиғланишнинг сифати, клиник кечиши, тахсиснинг тури ҳамда тимпанопластикани хили билан боғлиқлиги сабабини аниқлай олмадик.

Тахсисдан сўнг қулоқнинг эшитиш фаолияти тимпанопластикани I ва III хиллари қўлланилган 63 беморларда анчагина яхши бўлди, (81,8%) беморларда суяк-хаво оралик масофаси сўз частотаси доирасида 5-15 дБ кискарди, II- хилида бу кўрсаткич 77 (42,3%) беморларда ва IV-хилида фақат 4 (19,5%) беморларда

кузатилди.

Тадқиқотлар натижасидан маълум бўлдики IV хил тимпанопластикадан сўнг қулоқнинг эшитиш фаолияти беморни ижтимоий жихатдан қониктира олмайди.

Тахсисдан сўнгги даврдаги қулоқнинг эшитиш фаолияти ва морфологик ўзгаришлари таҳлили натижаларидан шу маълум бўлдики кенг қўламли мукозит ва грануляциялар гор, ногора бўшлиғи деворларини ҳамда эшитув суякчаларини барчасини ўраб олган ва катта холестеатома ва полиплар ривожланган беморларда, қоникарли натижа бермади.

Бундай ҳолларда ўтказилган тозаловчи (санация) тахсиснинг қанчали ишончли ва унумли бўлганлигини аниқлаш анчагина мушкул, чунки олиб ташланган грануляция ва мукозитли шиллик қаватларни ўрнида ҳосил бўлган чандиқлар эшитиш фаолиятини ва тахсиснинг якуний самарасини ёмонлаштиради. Бундай ҳулосага келишимизга асос, IV хил тимпанопластикани ўтказилган беморлардан олинган тадқиқотлар натижасидир.

Хулосалар

1)Сурункали йирингли ўрта отитларни қанчалик барвақт тахсис қилинса, оғир асоратларнинг олдини олиш билан бирга, эшитиш қобилияти ҳам тез яхшиланади.

2)Холестеатомали ва грануляцияли ўрта отитлари тахсисининг очиқ усулида, ташқи эшитув йўлини орқа деворини имкон борича олиш фасциал ҳамда тимпанал бўшлиқларини тафтиш қилиш имконини яратади. Бу эса тахсисланган жойни ўз ўзидан тозаланишига шароит яратади.

3)Тахсисдан сўнгги даврда беморларга қил томирларда қон айланиш тизимини тиклаш мақсадида, трансплантатларни яхши уланиши ва ярани тез битиши учун трентал ёки кавинтонларни 3 маҳалдан овқатдан сўнг 10-12 кун давомида бериш мақсадга мувофиқдир.

Адабиётлар.

1. Омонов Ш.Э. *Повышение эффективности хирургического лечения хронических гнойных средних отитов у детей: Автореф. ... дис. д-ра мед. наук. - Ташкент, 2000.*
2. Богомилский М.Р., Чистякова В.Р. *Анализ реоперация на среднем ухе в детском возрасте// Вестн. оториноларингол. - 1994, N 2.ю - С. 33-36.*
3. Савчук Л.А., Сушко Ю.А. *Развитие сенсоневральных осложнений в ранних сроки после тимпанопластики// Журн. ушн., нос. и горл.бол. - 1993, N 5-6. - С.11-15.*
4. Ситников В.П., Набиль А.Р., Хусам Э.Р., Куницкий В.С., Нудаль М. *К вопросу о «болезни оперированного уха»// Съезд оториноларингологов Украины, 8-й: Тез. докл. - Киев, 1995. - С. 293.*
5. Cole J.M., Reams C.L. *Tympanomastoidectomy. A 25 years experience// Ann. Otol. - 1983. Vol. 42, N 6. - P.557-581.*
6. Monzynski B., Zientatska-Ruminaka E., Kotanowski R7 *Zabied tympanoplasrychny a pooperacylnie uszkodzenia aparatu jdbiozczego ucha// Jtjlarungol. Pol. - 1985. - T. 39, N 1. - S.19-23.*
7. Tos M. *Modification of combined approach tympanoplastic in attic cholesteatoma// Arch. Otolaryng. - 1982. - Vol. 198, N 12. - P. 403-409.*

Б.Н. Мясник,
А.Т. Эрметов

ДИНАМИЧЕСКАЯ ЭЗОФАГОСЦИНТИГРАФИЯ В ОЦЕНКЕ ФУНКЦИИ ПИЩЕВОДНОГО ТРАНСПЛАНТАТА

Научный центр хирургии им.акад.В.Вахидова МЗ РУз

Мясник Б.Н., Эрметов А.Т.

“Қизилунгач трансплантати функциясини баҳолашда динамик эзофагосцинтиграфия”

Муаллифлар ўз олдига операцияни турига қараб, қизилунгач трансплантати функциясини ўрганишни мақсад қилиб қўйган. Инвазив бўлмаган радионуклеидли усул эзофагосцинтиграфия қўлланилган бўлиб, бу трансплантатнинг анатомотопографик жойини, эвакуация тезлиги сон кўрсаткичини, трансплантат бўйича ўртача транзит тезлигини ва гастроэзофагеал рефлюкс мавжудлигини аниқлайди. Текшириш натижаларини таҳлил қилиш мақсадида беморлар 2 гуруҳга бўлинди: қизилунгач колопластикаси амалиёти бажарилган беморлар ва қизилунгач гастропластикаст бажарилган беморлар; 3 гуруҳ назорат гуруҳи бўлиб, текширув натижаларининг қиёсий таҳлили ўтказилди. Шу нарса маълум бўлдики, йўғон ичак пластикасидан кейинги беморларда гастропластикадан кейинги беморларга нисбатан гастроэзофагеал рефлюкс факатгина иккинчи гуруҳда яъни йўғон ичак пластикасининг антиперистальтик турида намоён бўлади. Олиб борилган тадқиқотлар натижасида операциядан кейинги турли муддатларда қизилунгач трансплантати функциясини баҳолашда радионуклеид эзофагосцинтиграфия усули самарали усул деган хулосага келиш мумкин бўлди.

Myasnik B.N., Ermetov A.T.

«Dynamic scintigraphy in evaluation of oesophageal graft function»

Authors aimed to study functioning oesophageal graft depending on type of surgical management. The noninvasive method of radionuclear oesophagoscintigraphy was determined. With determination of anatomical and topographic data of graft and quantitative parameters including velocity of evacuation and presence of reflux. Comparative analysis of control II-nd and III-rd groups underwent oesophagoplasty had been carried out. It has been established, that patients underwent oesophagocoloplasty have high velocity of evacuation in comparison with gastropasty. Reflux appears in case of anti-peristaltic oesophagocoloplasty only. Radionuclear scintigraphy is an effective method for evaluation of functioning oesophageal graft for several postoperative periods.

Хирургические заболевания пищевода, по-прежнему, занимают достаточно большой объем хирургических вмешательств [2,5]. В последние годы большинство хирургов при реконструктивных операциях на пищеводе, предпочитают одномоментные операции [3,5]. Оценка эффективности выполнения операции на пищеводе требует изучения не только органических изменений, но и функциональных параметров искусственного пищевода [2]. В настоящее время общепринято, что для оценки функции пищевода и его проходимости, наиболее благоприятным методом является радионуклидная эзофагосцинтиграфия как наиболее чувствительный и необременительный метод для больного [1,8]. В особой степени этот метод незаменим в хирургической практике, когда, с учетом его неинвазивности, эзофагосцинтиграфия используется повторно для оценки эффективности хирургического вмешательства на разных его этапах. Нами была поставлена цель изучить методом радионуклидной эзофагосцинтиграфии функцию пищевода пищевода трансплантата после двух видов операций: эзофагогастропластики и пластики пищевода с использованием различных участков толстого кишечника. Динамическая эзофагосцинтиграфия проводилась на гамма-камере РНО-Gamma LFOV с компьютером PDP (США) по методике, разработанной в отделении радиологии НЦХ и описанной ранее [6]. В данном случае, больному утром, натощак, в положении сидя спиной к детектору гамма-камеры, давали per os 250 мл жидкой манной каши, равномерно перемешанной с раствором пертехнетата - Тс-99м, активностью 37-40 МБк. Регистрацию прохождения пищевого завтрака начинали сразу же со скоростью 1 кадр/6 сек в течение 20 мин. Детектор центрировали так, чтобы в поле зрения попадала большая часть пищевода трансплантата и желудка. Оценку проводили первоначально визуально для определения характера конфигурации трансплантата и особенностей прохождения пищи и выявления задержки ее в 2 различных отделах трансплантата. Для количественной обработки результатов выделяли 2 зоны интереса - верхний отдел пищевода трансплантата с захватом шейного анастомоза до средней трети искусствен-

ного пищевода и 2 зона- нижняя часть трансплантата. По кривым «время-активность» судили об эвакуации пищи, характере и интенсивности гастроэзофагеального заброса (рефлюксе) пищи. Оценку проводили на основании следующих показателей функции пищевода: процент эвакуации из верхнего отдела пищевода трансплантата (первая зона), среднее время циркуляции (Тср.верх.отд.) в нем, процент эвакуации из нижнего отдела трансплантата (вторая зона) и среднее время циркуляции в этой зоне интереса (Т ср.ниж.-отд.). Для выявления и оценки гастроэзофагеального рефлюкса после выполнения предыдущего этапа исследования, больного переводили в положение лежа на спине, детектор устанавливали над эпигастральной областью с захватом нижнего отдела пищевода трансплантата. Запись информации проводили со скоростью 1 кадр/30 сек в течение 30 мин. При этом, определялась фракция заброса содержимого из нижнего отдела пищевода трансплантата в верхние отделы в %, частота заброса и длительность заброса в мин. Всего обследовано 24 больных, из них ранее 10 больным была произведена эзофагогастропластика и 19 больным- пластика пищевода из различных участков толстого кишечника. Контроль составили 5 больных с язвенной болезнью вне обострения. Повторное исследование после пластики пищевода проводили в отдаленном периоде- через 6 мес.- 2 года после операции. Для анализа результатов, больные были подразделены на 2 группы по виду использованного трансплантата. 1 группу составили больные, которым была выполнена пластика пищевода из различных отделов толстого кишечника и 2 группа- из больных с гастропластикой. 3 группу составили контрольные больные. Желудочная эзофагопластика производилась после экстирпации пищевода, в основном по поводу его опухолевых поражений. При этом, по ходу ложа удаленного пищевода проводился трансплантат, выкроенный из большой кривизны желудка, который анастомозировался с шейным отделом пищевода. Шунтирующая эзофагопластика из различных отделов толстой кишки проводилась только по поводу рубцового сужения пищевода. При этом, в основном, использова-

лась левая половина толстой кишки. Из них у 8 больных пластика проводилась в антиперистальтической позиции и в остальных случаях в изоперистальтической. При использовании правой половины толстой кишки пластика преимущественно производилась в ее изоперистальтической позиции. Считается, что наиболее оптимальным пластическим материалом является желудок, который выгоден в функциональном отношении, т.к. при этом сохраняется последовательность пищеварительного тракта, отсутствуют анастомозы в брюшной полости, а также наблюдается более раннее восстановление моторной функции трансплантата, что в целом дает преимущество перед другими видами операций. Толстая кишка, являясь альтернативой желудочной эзофагопластики имеет ряд положительных свойств. Это возможность подготовки трансплантата любой длины, а также стойкость к ишемии. Наиболее оптимальным для использования в качестве искусственного пищевода является левая половина толстой кишки в изоперистальтическом положении. В антиперистальтической позиции искусственный пищевод имеет несколько отрицательных сторон: это регургитация пищи в ротовую полость и частое рефлюксogenное воспаление нижнего отдела трансплантата. Качественная оценка изображения пищевода трансплантата выявляла у каждого больного степень проходимости пищевода трансплантата, при этом у нескольких больных была обнаружена задержка пищевого комка в месте анастомозирования трансплантата с пищеводом больного, которое нами объясняется послеоперационным стенозированием этого участка. У больных с толстокишечным пищеводным трансплантатом эвакуаторная функция нижнего отдела значительно более ускорена, чем в контрольной группе или у больных после гастропластики, у которых показатели эвакуации были наиболее низкими. На наш взгляд такое ускоренное прохождение («провал») пищи объясняется тем, что толстокишечный трансплантат функционирует лишь как «трубка» для прохождения пищи, которая под действием гравитации в вертикальном положении больного «проваливается» в нижние отделы его и желудок. В то же время, более умеренные величины удаления пищи из пищевода трансплантата после гастропластики, можно объяснить тем, что этот вид трансплантата после операции продолжает свою физиологическую функцию как желудок и за счет сохранения пилорического жома и задерживается пищевой комок во времени. При

исследовании наличия у больных после операции гастроэзофагеального рефлюкса было обнаружено, что является он преимущественно у больных с антиперистальтическим типом толстокишечного трансплантата, при этом, средние величины гастроэзофагеального рефлюкса были следующими: фракция заброса- $20,65 \pm 1,6\%$, длительность заброса- $5,3 \pm 0,9$ мин и частота заброса- $2,0 \pm 0,1$. У больных с изоперистальтическим типом толстокишечного трансплантата рефлюкс не наблюдался. У больных, перенесших гастропластику, фракция заброса была ниже - до $18,5 \pm 1,4\%$, при частоте заброса- $1,5 \pm 0,15$ и длительности заброса- $4,7 \pm$ мин. Наличие рефлюкса в проксимальный отдел искусственного пищевода у этих больных также обусловливается сохранностью пилорического жома желудочного трансплантата. При этом, ни в одном случае не было выявлено дуоденального рефлюкса. Таким образом, данные динамической радионуклидной эзофагосцинтиграфии позволяют оценить не только проходимость и анатомо-топографическое расположение пищевода трансплантата, но и дают возможность выявлять функциональные различия его в зависимости от вида выполненной операции.

Литература

1. М.А.Алиев, Т.К.Кабдрахманов, Ш.Ш.Жураев, Н.В.Кушнар-ева, Ш.К.Хусаинова, О.К.Дарменов, Э.Ш.Султанов *Диагностическое значение динамической ЭВМ-эзофагосцинтиграфии, Мед.радиология, 1987, 12, 3-5.*
2. М.Э.Кобак, А.В.Кочетков, С.Ю.Лыткин. *Морфофункциональное состояние изоперистальтического желудочного трансплантата при пластике пищевода. Ж. Вестник хирургии, 1991, N 7-8, С.25-28.*
3. И.П.Кроловец, В.Я.Герц, И.Р.Максименко, Ю.В.Ветехин, И.Н.Петрин, Е.В.Карпович В кн: *Пластика пищевода, тез.В-сес.симпоз. Толстокишечная эзофагопластика у больных с рубцовой непроходимостью и рака пищевода. М, 1991, стр.56.*
4. Р.А.Садыков, Б.Н.Мясник, А.Х.Янгиев, Г.С.Девид-зон, Б.Т.Гулямов «*Возможности радионуклидной эзофагосцинтиграфии в комплексной оценке функции пищевода и желудка*», *Мед.ж.-Узбекистана, 1989, 8, 11-13.*
5. О.К.Скобелкин, Р.А.Тошаков, Е.И.Брехов. *Некоторые результаты изучения искусственного пищевода, созданного из большой кривизны желудка. Хирургия, 1993, 10, 31-34*
6. В.В.Шишкина, С.Ю.Гриневич «*Динамическая эзофагосцинтиграфия*», *Мед.радиология, 1986, 3, 54-60.*
7. Joanna J. Seibert, William J. Byrne, Arthur R. Euler, Tony Latture, Mike Leach, Margaret Campbell # *Gastroesophage- al Reflux- The Acid Test: Scintigraphy or the pH Probe?# AJR 140:1983, pp.1087-1090*

Ф.Г. Назиров,
Х.А. Акилов,
М.Х. Ваккасов

КИСТЫ И КИСТОЗНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

Научный центр хирургии им.акад. В.Вахидова МЗ РУз,
Наманганский филиал Республиканского Научного центра экстренной медицинской помощи.

Ф.Г. Назиров, Х.А. Акилов, М.Х. Ваккасов

ОШҚОЗОН ОСТИ БЕЗИ КИСТАСИ ВА КИСТОЗ ЎСМАЛАРИ.

Ушбу мақолада ошқозон ости беки кистаси ва кистоз ўсмалари билан ҳасталанган 87 беморни даволаш натижалари таҳлил қилинган. 38 беморда киста деструктив панкреатитдан сўнг, 28 - таси да ошқозон ости беки шикастидан кейин, 6 - таси да вирсунголитиаз ҳисобига пайдо бўлган, 9 - та беморда кистаденома, 6- таси да кистаденокарцинома аниқланган. 87 бемордан 29- тасига ички кистадигестив анастомоз операцияси бажарилган.

Тажирибага асосланиб қуйидаги тавсиялар берилди: тўлиқ шаклланмаган ва йиринглаган ошқозон ости беки кисталарида ультратовуш ёки компьютер томография назорати остида пункцион-катетерлаш амалиёти, тўлиқ шаклланган, асоратсиз кисталарда кистадигестив анастомоз қилиш, пункцион-катетерлаш амалиёти бажариш имкони бўлмаган ҳолларда, асоратланган кистани оператив йул билан ташқарига дренажлаш амалиётлари ва фракцион диализ тавсия этилади.

Кистаденома ва кистаденокарциномада ошқозон ости беки резекциясини бажариш мақсадга мувофиқдир.

Операциядан сўнгги асоратлар: ошқозон ости беки ташки оқмаси (9,1%), кистанинг қайта ҳосил бўлиши (5,7%), аррозив қонаш (4,6%), панкреатит (5,4%), жароҳатни йиринглаши (8%), кистадигестив анастомозни чандикли торайиши (2,3%). Операциядан сўнгги леталлик 6,8% - ни ташкил қилган.

NAZIROV F.G., AKILOV Kh.A., VAKKASOV M.Kh.

CYSTIC FORMATIONS OF PANCREAS

The authors analyze the outcomes of 87 patients with cystic formations of pancreas (64-male, 23-female) who underwent surgical treatment. In 38 cases cysts were formed after destructive pancreatitis, in 28 cases were posttraumatic cysts, in 6 patients the cause was wirsungolitis, in 9 patients cystadenoma, and 6 patients cystadenocarcinoma was diagnosed. In 29 cases authors performed method of internal drainage of pancreatic cysts. According to experience of treatment the puncture and catheterisation under ultrasound and CT control of nonfolds formed cysts is the method of choice. In complicated cyst the external drainage and adequate conservative treatment is recommended. In non malignant cysts widely performed resection of pancreas. The high rate complications was after external drainage, cystogastrostomy, resection of pancreas, performed in cystadenoma and cystadenocarcinoma. The most incidence were external pancreas fistulas (9,1%), recurrent of cysts (5,7%), erosive bleeding (4,6%), pancreatitis (5,4%), inflammation of postoperative wound (8%), strictures of cystodigestive anastomoses (2,3%). Postoperative mortality - 6.8%.

Key words: cyst of pancreas, destructive pancreatitis, external drainage, cystodigestive anastomoses, erosive bleeding

Введение.

Внедрение в повседневную клиническую практику таких высокоинформативных методов диагностики, как ультразвуковая и компьютерная томография, позволило увеличить число диагностированных кист и кистозных опухолей поджелудочной железы (ПЖЖ). (А.А. Шалимов, 1997; М.В. Данилов, 1995; Шкроб О.С., 1996).

По литературным данным, частота кист и кистозных образований ПЖЖ в последние годы неуклонно возрастает (Курыгин А.А., 1996), что связывают с увеличением заболеваемости деструктивным панкреатитом различной этиологии, травм ПЖЖ и т.д. (Нечаев Э.А., 1980). При тяжелых деструктивных формах панкреонекроза образование кист ПЖЖ наблюдается в 50% случаев (Bredley T, Clements J., 1976).

Целесообразность использования того или иного метода хирургического вмешательства остается предметом дискуссии и в настоящее время. Одни хирурги считают преимуществами операции наружного дренирования кисты ПЖЖ ее техническую простоту и низкие показатели летальности, другие предпочитают осуществлять внутреннее дренирование кисты с использованием различных органов - желудка, двенадцатиперстная кишка (ДПК), петли тонкой кишки. Не обоснованы также показания к резекции ПЖЖ при инфицировании содержимого кисты в сочетании с хроническим панкреатитом (Курыгин А.А., 1998; Мухин Н.В., 1998; Шалимов А.А., 1997; Видмайер У., 1997; Данилов М.В., 1995; Альперович Б.И., 1991).

Многочисленные исследования последнего времени посвящены малоинвазивному хирургическому лечению кист ПЖЖ (чрескожные пункционно-катетеризационные способы дренирования кист под контро-

лем УЗИ и КТ, эндоскопическое дренирование кист ПЖЖ). Однако это требует разработки четких показаний и противопоказаний к наружному и внутреннему эндоскопическому дренированию кист ПЖЖ, внедрения более совершенной техники для их выполнения, тщательного анализа отдаленных результатов операции (А.А. Шалимов, 1997; М.В. Данилов, 1995; Шкроб О.С., 1996; Freeny P.C., 1989; Froeschle G., 1991).

Материал и методы.

В НЦХ им. акад. В.Вахидова под наблюдением находились 87 больных (64 мужчин и 23 женщин) в возрасте от 17 до 80 лет. Из них у 38 больных кисты образовались в различные сроки после перенесенного деструктивного панкреатита, у 28 - после травмы поджелудочной железы, у 6 - вследствие хронического панкреатита и вирсунголитиаза, у 9 - диагностирована кистаденома, у 6 - кистаденокарцинома.

Кисты располагались в области головки ПЖЖ - у 17 больных, тела - у 43, в области хвоста - 27. Солитарные кисты были у 73, множественные и многокамерные - у 14 больных. Диаметр кист колебался от 5 до 25 см. Сформированные кисты были у 68 больных, несформированные, в виде ограниченного скопления жидкости без четкой капсулы - у 19. Осложнения кисты в виде нагноения были у 21, перфорация кисты в брюшную полость - у 5, в желудок - у 3, в ДПК - у 1 больного.

Основными методами инструментальной диагностики кистозных образований поджелудочной железы являются ультразвуковое сканирование (УЗС) и компьютерная томография (КТ). При УЗС киста видна как округлое "беззвучное" образование, часто с неровными стенками, что связано с тем, что она не имеет собственных стенок и может включать в себя



Рис. 1. УЗИ. Посттравматическая киста тела и хвоста ПЖЖ.



Рис. 2. УЗИ. Постнекротическая гигантская осложненная (нагноение) киста тела и хвоста ПЖЖ.



Рис. 3. УЗИ. Цистаденома головки и тела ПЖЖ с распадом и аррозивным кровотечением в полость.

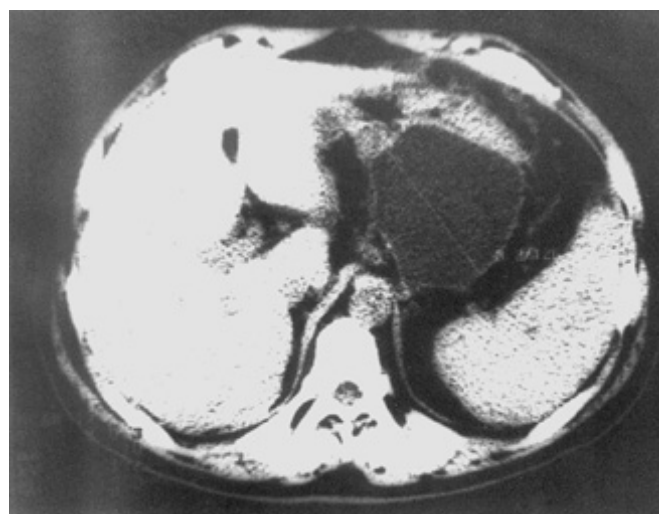


Рис. 4. КТ. Киста тела и хвоста ПЖЖ.

расположенные рядом органы. (рис.1.). При нагноении содержимого кисты на эхограмме отмечается нестабильные участки, слабо отражающие ультразвуковой сигнал (Рис.2.). Многие авторы подтверждают, что при УЗС очень низкий процент ложноположительных и ложноотрицательных результатов в диагностике кист ПЖЖ. По нашим данным точность обнаружения кист методом УЗС составила 85%. Наибольшие трудности возникали при определении микрокистозных цистаденом и цистаденокарциномы при наличии внутриопухолевых перегородок. По данным УЗС опухоли были пониженной эхогенности (Рис.3), остальные микрокистозные аденомы - со смешанными нормоэхогенными и гипоехогенными участками. Цистаденомы проявлялись многокамерными кистами, без четко выраженной капсулы, иногда с хорошо выраженной капсулой, и кальцинированными участками, размерами от 5,5 до 16 см.

В диагностике кистозных образований поджелудочной железы КТ - один из наиболее точных методов, что позволило выявить данное образование практически у всех наших пациентов. Наибольшие трудности возникали в распознавании и дифференциаль-

ной диагностике ложных кист от доброкачественных опухолей ПЖЖ. (рис. 4). При цистаденоме отмечаются более утолщенная стенка полостного образования, негетогенность и высокая плотность его содержимого, меньшая четкость и ровность контуров. С целью дифференциальной диагностики нами проводилось тонкоигольная аспирационная биопсия (рис. 5) у 7 больных при подозрении на цистаденому, правильный диагноз установлен только в 2 случаях.

Ретроградная панкреатикохолангиография была выполнена для уточнения наличия связи полости кисты с главным панкреатическим протоком ПЖЖ (рис.6)

Рентгенологические исследования желудочно-кишечного тракта, ирригография, эзофагогастродуоденоскопия, радиоизотопное сканирование, радиоизотопная ренография, экскреторная урография применялись лишь для того, чтобы исключить другую патологию со стороны рядом расположенных органов.

Результаты исследования.

Пункционное дренирование под контролем УЗИ и КТ выполнено у 7 больных с признаками нагноения кисты через 12-14 мес. после перенесенного дест-

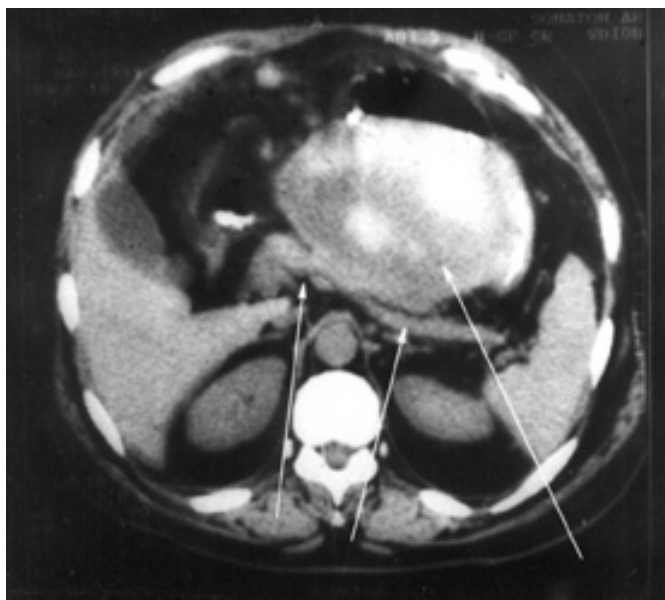


Рис. 5. КТ. Гигантская цистаденома тела и хвоста ПЖЖ.

руктивного панкреонекроза.

В отдаленном периоде рецидив кисты отмечен у 2 больных, по поводу чего повторно было произведено пункционное дренирование под контролем УЗИ. При контрастном исследовании на 6-7 сутки после пункционного дренирования, связи кисты с главным протоком ПЖЖ не было обнаружено.

При нагноении, осложненном геморрагией в полость кисты у 21 больных характер операции заключался в удалении гнойно-некротических масс, секвестров и гематом с лигированием кровоточащего сосуда и наружным проточно-аспирационным дренированием.

При спонтанном прорыве и опорожнении кисты в просвет желудка и ДПК проводилось консервативное лечение и активная аспирация содержимого желудка. У 5 больных с прорывом кисты в брюшную полость, произведено наружное дренирование кисты, санация и дренирование брюшной полости.

У 6 пациентов с псевдокистой на почве хронического панкреатита и вирусного гепатита, в дооперационном периоде выполнена эндоскопическая папиллосфинктеровирсунготомия, и этим больным в последующем выполнена цистоеюностомия на отключенной по Ру петле в сочетании с холецистэктомией (2) и наружным дренированием общего желчного протока (3).

Из 29 больных с неосложненными кистами: трансканалькулярная цистогастростомия по Юрашу проводилась у 6 больных, у 10 - цистоеюноанастомоз на выключенной петле по Ру, у 5 - цистоеюноанастомоз с межикишечным анастомозом по Брауну, у 8 больных с локализацией псевдокисты в хвостовой части железы выполнена дистальная резекция ПЖЖ, которая в 2 случаях сочеталась со спленэктомией.

Из 9 больных с цистаденомой тела и хвоста ПЖЖ у 7 - выполнена дистальная резекция ПЖЖ (у 2-х больных в сочетании со спленэктомией), у 1 - цистэктомия, у 1 - наружное дренирование кисты.

У 6 больных с цистаденокарциномой тела и хво-



Рис. 6. ЭРПХГ. Посттравматическая киста головки ПЖЖ. Наличие связи главного панкреатического протока с кистой.

ста только в одном случае была выполнена резекция ПЖЖ, у остальных больных из-за распространенности процесса за пределы ПЖЖ и тяжелого общего состояния, операцию заканчивали эксплоративной лапаротомией.

После наружного дренирования у 4 больных кисты рецидивировали, у 2 - образовался стойкий наружный панкреатический свищ, неподдающийся консервативной терапии. Этим больным в последующем выполнены: в одном случае наложение подкожного фистулоэнтероанастомоза, в другом - иссечение фистулы и наложение панкреатоэнтероанастомоза.

Из 5 больных с перфорацией кисты в брюшную полость умер 1 больной от перитонита. У 2 образовался наружный панкреатический свищ, который закрылся после консервативного лечения. Рецидива кисты в этой группе больных не наблюдалось.

После цистогастростомии в послеоперационном периоде наблюдалось обострение панкреатита и аррозивное кровотечение у 2 больных, нагноение кисты - у 2, по поводу чего произведено разобщение анастомоза и наружное дренирование кисты. Умерло 2 больных от аррозивного кровотечения.

Основными осложнениями после наложения цистоеюноанастомоза были: несостоятельность швов анастомоза с образованием наружного панкреатического свища - у 2 больных, сужение цистоеюноанастомоза с затруднением опорожнения кисты - у 2, которые сопровождались приступами болей и гипертермией. Им были выполнены повторные реконструктивные операции: были вскрыты дополнительные камеры кисты и наложены широкие цистоеюноанастомозы.

После резекции ПЖЖ по поводу цистаденомы и цистаденокарциномы умерли 3 больные, из них 2 - от деструктивного панкреатита, перитонита и аррозив-

ного кровотечения из культи ПЖЖ, 1 больной - от печеночно-почечной недостаточности. Наружный панкреатический свищ открылся у 2 больных. Частота послеоперационных осложнений составила 36,5%. Послеоперационная летальность составила 6,8%.

Таким образом, полученные результаты позволяют считать: методом выбора при несформированных и осложненных кистах ПЖЖ является пункционное дренирование под контролем УЗИ и КТ. Больные с осложненными кистами ПЖЖ требуют индивидуального подхода в выборе тактики лечения, что во многом определяет исход заболевания. В большинстве случаев наружное дренирование и комплексная консервативная терапия, при невозможности выполнения интервенционных вмешательств под контролем УЗИ и КТ, может стать окончательным видом лечения. При неосложненных сформированных кистах ПЖЖ предпочтение отдаем операциям внутреннего дренирования (цистоеюноанастомоз по Ру или Брауну). При локализации кисты в хвостовой части железы возможна дистальная резекция ПЖЖ. При цистаденоме и цистаденокарциноме показана резекция ПЖЖ. Перспективным в хирургической панкреатологии также являются методы эндоскопического внутреннего дренирования кисты ПЖЖ через желудок, что является

предметом дальнейших интересных исследований в этом направлении.

Литература

1. Альперович Б.И., Цхай В.Ф. Хирургическое лечение кист и свищей поджелудочной железы. Хирургия 1991; №2., с. 113-116
2. Видмайер У., Рау Б., Бегер Г. Хирургическое лечение панкреонекроза. Там же., 1997; с. 47-57.
3. Данилов М.В., Федоров В.Д. Хирургия поджелудочной железы. М: Медицина 1995; с.512.
4. Курыгин А.А., Смирнов А.Д., Перегудов С.И. Хирургическое лечение кист поджелудочной железы. Хирургия 1998; №3., с.10-13.
5. Мухин И.В., Шаталов А.Д., Лиховид И.П. и др. Лечение кист поджелудочной железы с использованием малоинвазивных методов. Там же., 1998; том 3, №3., с. 311-312.
6. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Нечитайло М.Е., Радзиховский А.П. Хирургия поджелудочной железы. - Симферополь "Таврида" 1997: -560с.
7. Шкроб О.С., Лотов А.Н., Заводнов В.Я. и др. Выбор метода лечения деструктивного панкреатита и его последствий. Хирургия 1996; №5., с.21-26.
8. Freeny P.C., Lewis G.P., Traverso L.W., Ryan J.A. Infected pancreatic fluid collections: percutaneous catheter drainage. Radiology. 1988; 167: 435-441.
9. Froschle G., Doris H., Kremer B., et al. Pancreaspseudozysten und ihre interdisziplinäre therapy. Zbl. Chir. 1991; Bd.116., S. 359-368.

Ф.Г.Назыров,
Х.А.Акилов,
М.Х.Ваккасов

ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА: ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ.

Научный центр хирургии МЗ РУз им.акад. В.Вахидова г. Ташкент,
Наманганский филиал Республиканского Научного центра экстренной медицинской помощи.

Ф.Г.Назыров, Х.А.Акилов, М.Х.Ваккасов

Ўткир панкреатитнинг йирингли некротик асоратларининг диагностикаси ва уларни хирургик даволаш

Мақолада ўткир панкреатит билан хасталанган 985 та беморларни даволаш натижалари таҳлил қилинган бўлим, шундан 97та (9,8%) беморда деструктив панкреатитнинг 144-та турли хил асоратлари қайд этилган. Беморлар 19 ёшдан 62 ёшгача бўлиб, 63-эркак, 34-аёллар гуруҳи ташкил этган.

Ошқозон ости бези ва чарви халтаси абсцесси - 21 беморда, қорин ости соҳаси флегмонаси - 12-та, қорин бўшлиғи абсцесси - 14-та, аррозив қонаш - 11-та, ташки панкреатик оқма - 24та, ошқозон-ичак ташқи оқмалари - 9та, асоратлашган панкреас кистаси - 25, ва ушбу киста ва абсцессларнинг қорин бўшлиғига ёрилиши натижасида перитонит ривожланиши - 9та, деструктив зотилжам - 8, жароҳатнинг чуқур йиринглаб эвентрация ҳолатлари 11-та беморларда кузатилган.

Деструктив панкреатит асоратларининг турига қараб ўз вақтида жарроҳлик амалиётларини бажариш ва кенг қўламда антибактериал даволаш, ушбу хасталикда ўлим ҳолатларини камайтиради. Келгусида юқорида қайд этилган асоратларни даволашда оз шикаст етказувчи (ноинвазив) жарроҳлик муолажаларни тараққий этказиш ҳамда уларни кенг йўлга қўйиш бу мураккаб муаммонинг асосий ечимларидан биридир.

NAZIROV F.G., AKILOV Kh.A., VAKKASOV M.Kh.

SURGICAL MANAGEMENT OF LONG-TERM COMPLICATIONS OF NECROTIZING PANCREATITIS.

The authors analyze outcomes of 97 patients with necrotizing pancreatitis with pyogenic complications, jccupies 9,8% from 985 patients treated with acute pancreatitis. There were 63 men and 34 women. Age ranged from 19 to 62 years. There were 144 different pyosis and other kind of complications in 97 patients - pancreas abscess in 21 patient, subperitoneal abscesses in 12 patients, abdomen abscesses in 14 patients, in 11 cases arroisive bleeding, pancreas fistulas in 9 cases, pancreas pyocysts in 19 cases and others. Active surgical management, adequate antibacterial therapy allow to increase postoperative mortality.

В структуре заболеваемости острым панкреатитом постоянно растет число осложненных деструктивных форм, при которых летальность варьирует от 30 до 70% (Савельев В.С. и соавт. 1999).

Несмотря на определенные успехи при лечении больных острым панкреатитом в ранней стадии, пациенты умирают в поздней стадии заболевания вследствие развития гнойных осложнений, полиорганной недостаточности, которые в настоящее время являются причиной смерти у 80% больных с острым панкреатитом (Лобаков А.И. и соавт. 1998; Макаров Н.А. и соавт. 1990; Нестеренко Ю.А. и соавт. 1998; Рудаков

А.А. и соавт. 1998; Тоскин К.Д., 1990; Doglietto G.B. et al 1994).

До настоящего времени не решены вопросы ранней диагностики, определения показаний и выбора метода лечения при вторичных гнойных осложнениях панкреонекроза. Исключительно тяжелое положение и высокий процент летальности при гнойных осложнениях панкреонекроза заставляют относить эту группу больных к подлежащим непременно хирургическому лечению (Данилов М.В. и соавт. 1996; Савельев В.С. и соавт. 1998; Шалимов А.А. и соавт. 1997; Шкроб О.С. и соавт. 1996; Beger H.G. 1988;

Критерии оценки тяжести физиологического состояния (тфс) при панкреонекрозе. (Савельев В.С. и соавт., 1997)

Признаки	4	3	2	
Пульс	>190	150-189	80-149	
А/Д	>190		150-189	
Вазопрессоры				
Температура	>41	39-40		38
Частота дыхания	>50	35-49		25
ИВЛ				
Диурез			>5 л	3,5
Сознание				
Отделяемое по назогастральному зонду			нет	
Перистальтика кишечника				
Медикаментозная стимуляция кишечника				
Стул				
ЦВД, см.вод.ст.			<0	1

Примечания. При увеличении тяжести физиологического состояния более 12 баллов растет частота встречаемости панкреатогенного шока и распространенного гнойного перитонита в ранние сроки заболевания, которые и определяют структуру общей летальности.

Клинико-лабораторные признаки острого панкреатита по шкале Ranson (1974)

При поступлении	Через 48 часов госпитализации
Возраст > 55 лет	Снижение гематокрита более, чем на 10%
Глюкоза крови > 11 ммоль/л	Кальций плазмы < 5 mEq/L
Лейкоцитоз >16000 мм ³	Мочевина > на 1,8 ммоль/л
Лактатдегидрогеназа > 400 IU/л	Pa O ₂ < 60 мм рт.ст.
АСТ > 250 IU/л	BE > 4 ммоль/л
	Дефицит жидкости > 6 л

Примечания. Один показатель соответствует одному признаку. При наличии менее 3 признаков - ОП легкого течения, 3-5 признаков - средней степени тяжести, более 5 признаков - ОП тяжелого течения.

Farkas G. Et all. 1996).

В НЦХ им.акад. В.Вахидова под наблюдением находилось 97 больных с деструктивным панкреатитом, что составило 9,8% от пролеченных 985 больных с острым панкреатитом. У 97 больных мы отметили 144 различные гнойно-септические и другие сочетанные осложнения деструктивного панкреатита. Мужчин было 63, женщин - 34. Возраст больных колебался от 19 до 62 лет. Гнойные осложнения развились в сроке от 14 до 62 дней после перенесенной операции по поводу панкреонекроза. Большинство из них первично оперированы в других лечебных учреждениях,

Система APACHE-II

Комбинация признаков в любой из этих систем позволяет дифференцировать отечную и деструктивную формы панкреатита, ориентироваться в прогнозе и тактике лечения.

Артериальное давление, Температура, Частота пульса, Частота дыхания, PO ₂ , pH, Мочевина крови, реатинин крови, плазмы, Гематокрит Лейкоциты, Баллы по Глазго, Возраст, Хронические заболевания
Примечание. Перечень критериев, учитываемых при оценке тяжести состояния пациента с острым панкреатитом, создан на основе "критериев болезни" (APACHE-the acute physiology and chronic health evaluation). каждый показатель оценивается в баллах. При сумме баллов более 15 панкреатит считается тяжелым.

где им были выполнены дренирование и тампонирувание сальниковой сумки. В связи с ухудшением состояния и признаками выраженной гнойной интоксикации больные поступали к нам на 16-30 сутки после перенесенной операции.

Абсцесс поджелудочной железы (ПЖЖ) и сальниковой сумки (СС) наблюдались у 21 (2,1%) больных, некротическая забрюшинная флегмона - у 12 (1,2%), абсцессы брюшной полости (поддиафрагмальные, подпеченочные, межпеченочные) - у 14 (1,4%), аррозивные кровотечения - у 11 (1,1%), наружные панкреатические свищи - у 24 (2,5%), свищи желудочно-кишечного тракта - у 9 (0,9%), инфицированные постнекротические кисты - у 25 (2,6%), перитонит на почве прорыва абсцесса и инфицированных кист ПЖЖ в брюшную полость - у 9 (0,9%), абсцедирующая пневмония - у 8 (0,8%), глубокое нагноение послеоперационной раны с эвентерацией - у 11 (1,1%)

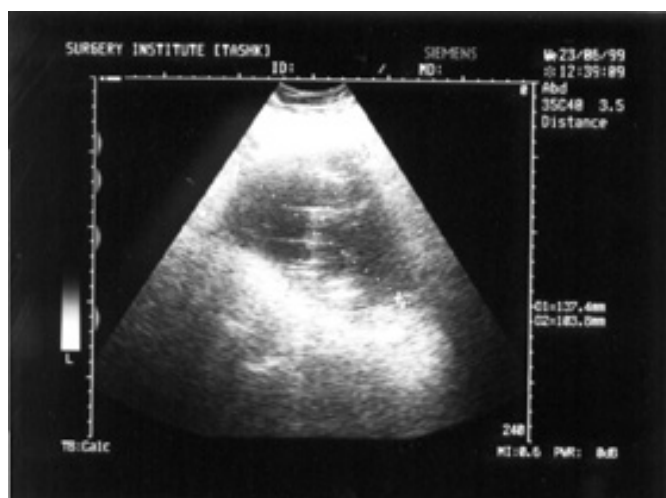


Рис.1. УЗС. Нагноившаяся киста поджелудочной железы.



Рис.2. УЗС. Абсцесс поджелудочной железы.



Рис.3. УЗС. Инфицированная постнекротическая киста головки и тела поджелудочной железы.



Рис.4. УЗС. Панкреатический абсцесс с наличием крупного секвестра.

больных.

При развитии гнойных осложнений у большинства пациентов вскоре после операции наблюдалось ухудшение состояния, появлялись боли в верхней половине живота, тошнота, упорная рвота, повышение температуры тела до 39-40° С, нестабильность гемодинамики, парезы кишечника, прогрессирующая общая слабость, отсутствие аппетита, симптомы легочных осложнений. Развитие панкреатогенного и септического шока указывает на критическую степень тяжести патологии. У таких больных наблюдались одышка, тахикардия, нарушения психики, акроцианоз, мраморная окраска кожных покровов, выраженные волевические и полиорганные нарушения.

Диагностика гнойных осложнений представляет определенные трудности. Клинико-лабораторные признаки носят лишь вероятностный характер, позволяющий заподозрить развитие и прогрессирование гнойно-некротического процесса в области ПЖЖ.

Тяжесть состояния больных определялась симптомами панкреатогенной интоксикации, панкреатогенного или инфекционно-токсического шока, степенью волевических нарушений и органной недостаточности. Как универсальный критерий оценки тяжести со-

стояния больных осложненными формами деструктивного панкреонекроза использовали оригинальную шкалу балльной оценки тяжести физиологического состояния, предложенной акад. В.С. Савельевым и соавт. (1997), APACHE-II (1985), RANSON (1974).

При наличии клинических и лабораторных признаков основным методом топической диагностики деструктивных форм панкреатита и его осложнений являются ультразвуковое сканирование (УЗС). Этот метод позволяет предположительно определить вариант патоморфологических изменений в поджелудочной железе и состояние внепеченочных желчных путей, выявить наличие жидкостных образований в сальниковой сумке и в брюшной полости (Рис.1-2-3-4-5). Однако УЗС недостаточно эффективно при выраженном метеоризме и оментобурите (выраженные инфильтративные изменения поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки). В таких случаях проводилось цветное доплеровское картирование. Достоверность УЗС в диагностике гнойных осложнений составило 76%.

В настоящее время важнейшую роль в диагностике деструктивного панкреатита и его осложнений играет компьютерная томография (КТ). (Рис.6-7). Дан-



Рис. 5. УЗС. Гигантская киста поджелудочной железы.

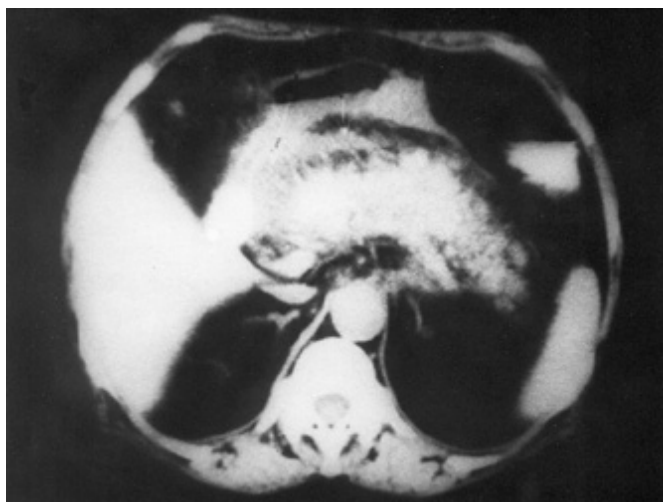


Рис. 6. КТ. Деструктивный панкреатит. Жидкость в салениковой сумке.



Рис. 7. Компьютерная томография. Панкреонекроз. Остро возникшая киста головки поджелудочной железы.

ный метод применен нами у всех больных в процессе лечения, и повторяли каждые 7-8 дней послеоперационного периода. Информативность и достоверность данного метода возрастает при сочетании с контрастированием, что позволяет выявлять локализацию, обширность, глубину поражения паренхимы ПЖЖ, а также произвести чрескожную аспирацию и пункционно-катетеризационные вмешательства при жидкостных образованиях в проекции ПЖЖ с последующим бактериологическим исследованием пунктата. Достоверность КТ в диагностике поздних гнойных осложнений панкреонекроза в наших наблюдениях составила 96,5%.

Эндоскопическую ретроградную панкреатохолангиографию и папиллосфинктеротомию проводили у 55 больных с билиарным панкреатитом при отсутствии деструкции желчного пузыря и перитонита, холедохолитиаза, ущемленного камня большого сосочка двенадцатиперстной кишки, механической желтухи.

При необходимости применялись другие рутинные инструментальные исследования: рентгенологические исследования желудочно-кишечного тракта, грудной клетки, эзофагогастродуоденоскопия,

фистулохолангио- и панкреатография.

Всем больным проводили комплексную патогенетическую терапию, направленную на угнетение панкреатической и желудочной секреции, устранения ферментной токсемии, ликвидацию гиповолемии, водно-электролитных и белковых нарушений, улучшения микроциркуляторных расстройств, борьбу с гипоксией, парезом кишечника, антибактериальную терапию.

Абсцесс ПЖЖ и СС вскрывали через верхнесрединный доступ, после рассечения желудочно-ободочной связки и некротомии производили дренирование полости абсцесса двухпросветными трубками для проведения пролонгированного лаважа. При распространенном панкреонекрозе, когда невозможно произвести полной некрэтомии, операцию завершали рыхлой марлевой-мазевой тампонадой зон некроза и забрюшинной клетчатки и формировали оментобурсостому. При образовании широкого раневого канала, через 5-7 дней производили этапные некротомии. У 8 больных при небольших гнойниках ПЖЖ и СС успешно удалось дренировать их специальным троакар катетером под контролем УЗС и КТ.

При забрюшинной флегмоне помимо дренирования СС, подвели латеральные дренажи и перчаточный тампон к телу и хвосту ПЖЖ через забрюшинный разрез в зависимости от путей ее распространения (оментобурсо- и люмбостомия).

При абсцессах брюшной полости их вскрывали и дренировали внебрюшинно. Поддиафрагмальный абсцесс дренировали под контролем УЗС и КТ.

Аррозивные кровотечения в большинстве случаев удалось остановить под действием активной консервативной терапии. При безуспешности (3) терапии вскрывали СС, ушивали кровоточащий сосуд и производили перевязку селезеночной артерии на протяжении.

Панкреатические свищи, обусловленные наличием несанированной гнойной полости и не имеющей связи с главным панкреатическим протоком, после санации и дренирования этих полостей самостоятельно закрывались.

При свищах желудочно-кишечного тракта больных вели консервативно, что в большинстве случаев

оказалось эффективным. Только в 5 случаях свищи закрылись после операции (в 2-х после резекции кишечника, в 3- отключения петли тонкого кишечника, с наложением обходного анастомоза).

Характер операции при инфицированных постнекротических кистах ПЖЖ заключался в их наружном дренировании, в 7 случаях дренировали под контролем УЗИ и КТ. Рецидив кисты наблюдался у 8 больных.

При перитоните обусловленном прорывом гнояника или инфицированной кисты ПЖЖ в брюшную полость на фоне тяжелого состояния больных производили лапароскопическую санацию и дренирование брюшной полости.

Абсцедирующая пневмония во всех случаях сопровождалась развитием острой эмпиемы плевры. Больным, наряду с антибактериальной терапией производили дренирование плевральной полости.

Общая послеоперационная летальность при поздних гнойных осложнениях панкреонекроза составила - 17,5%. Летальность в основном была обусловлена прогрессированием полиорганной недостаточности, некротической забрюшинной флегмоной, аррозивным кровотечением.

Таким образом, выбор адекватного хирургического вмешательства прежде всего зависит от вида, локализации и распространенности гнойных осложнений. Дальнейшая разработка новых способов, преимущественно малоинвазивных оперативных вмешательств

может значительно облегчить решение этой проблемы.

Литература

1. Гальперин Э.И., Докучаев К.В., Погосян Г.С. и др. Панкрео- и парапанкреонекроз: когда оперировать и что делать?. Материалы IX Всероссийского съезда хирургов. Волгоград, 2000. Стр. 31
2. Данилов М.В., Глабай В.П., Буриев И.М., Темирсултанов Р.Я. Современные проблемы хирургии панкреатита. Анналы хирургической гепатологии. 1996; 1: 67-71.
3. Лобаков А.И., Ватазин А.В., Савов А.М. и др. Хирургическое лечение панкреонекроза в фазе гнойных осложнений. Там же, 1998, т.3, №1, с.56-61.
4. Нестеренко Ю.А., Шаповальянц С.Г., Михайлуков С.В. и др. Малоинвазивные методы лечения гнойных осложнений панкреонекроза. Там же. 1998; т.3, №1, с. 41-46.
5. Рудаков А.А., Дуберман Б.Л. Панкреатическая инфекция. Там же, 1998; т.3, №2, с. 94-99.
6. Савельев В.С., Филимонов М.И., Бурневич С.З. и др. Хирургическое лечение распространенного панкреонекроза. Анн. хирургии, 1998; №1, с.34-39.
7. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Нечитайло М.Е., Радзиховский А.П. Хирургия поджелудочной железы. Симферополь. Таврида, 1997. - 560с.
8. Beger H.G., Bittner R., Block S. Bacterial contamination of pancreatic necrosis // Gastroenterology, 1988; 91: 433-438.
9. Doglietto G.B., Gui D., Paceli F et al. Open versus closed treatment of secondary pancreatic infection. Arch. Surg. 1994; 129: 689-693/
10. Farkas G., Marton J., Mandi Y et al. Surgical strategy and management of infected pancreatic necrosis. Br.J.Surg., 1996; 83: 930-933.

Ф.Н. Нишанов,
Ш.А. Таджибаев,
М.А. Ахадов,
Т.А. Абдукаримов,
Б.Р. Исаков,
Б.Ж. Рахманов.

К ВОПРОСУ О РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЕ И ЕЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ.

Андижанский Государственный медицинский институт
Наманганский филиал Республиканского Научного центра экстренной медицинской помощи. Городская больница №1 г. Наманган.

Ф.Н. Нишанов, Ш.А. Таджибаев, М.Ф. Фархадов, Т.А. Абдукаримов, Б.Р. Исаков, Б.Ж. Рахмановларнинг
Фарғона водийсида ўт-тош касаллигининг тарқалганлиги ва унинг жарроҳлик йўли билан даволаш масалалари
Муаллифлар 1995 йилдан 2000 йилнинг 1-ярмига қадар олинган статистик маълумотлар асосида ўрта йирик вилоятдан ташкил топган Фарғона водийси минтақасида ўт-тош касаллигининг тарқалишини ўргандилар.
Кузатувлар натижасида муаллифлар ўшбу минтақада ўт-тош касаллигининг ташхиси паст даражада деган хулосага келдилар.
Ўшбу касаллиқнинг жарроҳлик хусусияти бу касалликда жарроҳлик амалиёти тизкор усулда, яъни ташрихни оғир асоратлари келиб чиқишидан аввал ўтқазиш муаммосини кўрсатди.

F.N. Nishanov, Sh.A. Tadjibaev, M.A. Akhadov, T.A. Abducarimov, B.R. Iskhakov, B.J. Rakhmanov

To a problem on a prevalence cholecystolithiasis in the Fergana valley and its surgical correction.

The authors study a prevalence of cholecystolithiasis in the Fergana valley, which is region consisting from three administrative areas, because of statistical reporting with 1995 for first half-year of a 2000. A problem of a surgical correction of the given pathology, that is parity of various operating interferences used in practical surgery in the given region simultaneously is investigated.

Because of analysis, the authors came to the conclusion, that in the given region a low level scrining of diagnostics of cholecystolithiasis. This circumstance lifts a problem on realization of wided research, which would allow to envelop a large part of the population of the Fergana valley. The analysis of a surgical correction of the given pathology has revealed a problem of activation of surgical tactics in scheduled surgery cholecystolithiasis, that is to conduct operating interferences up to development of complications.

В последние десятилетия заболеваемость желчнокаменной болезнью резко повысилась и продолжает возрастать, в связи с чем, данная патология, на сегодняшний день, продолжает оставаться актуальной проблемой гастроэнтерологии. В развитых странах это заболевание приобрело значение социальной проблемы, как с позиции терапевтов, так и хирургов [1, 4, 6].

Внедрение в клиническую практику новых мето-

дов диагностики, таких как ультразвуковое исследование и компьютерная томография значительно расширили возможности выявления конкрементов желчного пузыря и желчных протоков и способствовали увеличению и без того значительной группы камне-носителей. Так, по данным 6-го Всемирного конгресса гастроэнтерологов, желчнокаменной болезнью страдает около 10% населения мира [5]. За последние годы

заболеваемость желчнокаменной болезнью в России выросла в 2,8 раза, а в мире в 2,5 раза. Ежегодно в мире выполняется 2,5 млн. холецистэктомий, в США около 700 тыс., а в России около 100 тыс. [4].

Возрастает количество осложненных форм желчнокаменной болезни в виде деструктивного холецистита, механической желтухи, холангита, холецистопанкреатита, достигающие в старших возрастных группах 30-40%. В свою очередь имеется отчетливая тенденция увеличения возраста пациентов, страдающих желчнокаменной болезнью [3]. С этих позиций проблема оперативного лечения желчнокаменной болезни не перестает быть одной из наиболее актуальных в абдоминальной хирургии.

Материал и методы.

В настоящее время в Республике Узбекистан, определены приоритетные задачи хирургической службы и начата ее реорганизация [2]. Исходя из этого, нами изучена распространенность желчнокаменной болезни по Ферганской долине, которая включает в себя три региона: Андижанская, Наманганская и Ферганская области. Исследование произведено на основании статистической отчетности с 1995 по I полугодие 2000 года. Необходимо отметить, что одновременно мы изучали вопросы хирургической коррекции данного заболевания, т.е. соотношение различных вариантов оперативных вмешательств, имеющихся, на сегодняшний день, в арсенале хирургии.

Результаты и их обсуждение.

Соотношение численности и ежегодного прироста населения с количеством больных желчнокаменной болезнью по Ферганской долине за период с 1995 по 2000 годы, представлены в таблице 1. (данные за 2000 год представлены по I полугодию).

Как видно из таблицы 1, численность населения в Ферганской долине в 1995 году составила 6374,7 тыс. человек, тогда как на I полугодие 2000 года – 6823,7 тыс., что соответствует приросту в пределах 63,0 – 64,0 тыс. человек ежегодно. Вместе с тем, больные с ЖКБ в 1995 году составили - 16923 пациента, из них диагноз был установлен впервые у – 4463 больных. В 1999 году всего зарегистрировано больных с желчно-

каменной болезнью – 17226 человек, из них впервые – 4151, к концу года на диспансерном учете состояло – 9830 больных.

Сравнительный анализ статистических данных 1995 года с показателями 1999 года показывает, что количество больных с желчнокаменной болезнью увеличилось на 303 пациента, что свидетельствует о ежегодном ее среднем росте на 60 человек. Необходимо отметить, что пик диагностики желчнокаменной болезни приходится на 1998 год (18547 пациентов, из них заболевание впервые диагностировано у 6843 больных). Данные цифры свидетельствуют о низком уровне скрининг - диагностики данной патологии в регионе Ферганской долины и как следствие о необходимости осуществления широкомасштабных исследований, позволяющих охватить значительную часть населения и способствующих ранней диагностике и своевременной коррекции.

Общеизвестно, что наряду с данными заболеваемости, важное значение имеют показатели: количество выписанных больных, их суммарный койко-день и летальность при желчнокаменной болезни, что отражено в таблице 2.

Как видно из таблицы 2, количество выписанных больных с желчнокаменной болезнью получивших стационарное лечение в 1999 году уменьшилось, по сравнению с 1995 годом, на 4637 человек, на I полугодие 2000 года стационарное лечение получили 3867 пациентов. Как видно отмечается четкая тенденция к уменьшению числа больных желчнокаменной болезнью, нуждающихся в стационарном лечении. Что, по-видимому, связано с четкими критериями для госпитализации в последнее время и с расширением амбулаторной службы.

В отношении суммарного койко-дня, проведенного больными желчнокаменной болезнью, прослеживается аналогичная закономерность в сторону их значительного сокращения, что связано с интенсификацией хирургической службы и её реорганизацией в целом по Республике и сокращением дооперационного периода в частности. Так, в целом в 1995 году данный показатель составил 182759 дней, тогда как в 1999 году – 97109 дней (уменьшение на 85650 дней), а на I полугодие 2000 года – 45403 койко-дня.

Однако необходимо отметить, что процент леталь-

Таблица 1.
Численность населения и количество больных желчнокаменной болезнью по Ферганской долине за 1995-2000 годы.

Годы наблюдения	Численность населения	Зарегистрировано больных ЖКБ		Состоит на диспансерном учете на конец года.
		Всего	В том числе с впервые	
1995	6 374 700	16 923	4 463	8 798
1996	6 483 200	13 362	3 505	7 536
1997	6 561 300	17 791	5 141	7 567
1998	6 656 800	18 547	6 843	8 860
1999	6 745 400	17 226	4 151	9 830
2000*	6 823 700	13 396	2 388	16 433

Примечание: * - данные за I полугодие 2000 года.

Таблица № 2.
Количество выписанных больных, койко-дни и летальность при желчнокаменной болезни по Ферганской долине за 1995-2000* гг.

Годы наблюдения	Выписано больных	Проведено койко-дней	Летальность	
			ABS	%
1995	12 400	182 759	46	0.4
1996	11 106	155 267	47	0.4
1997	9 840	133 298	42	0.4
1998	7 427	95 541	33	0.4
1999	7 763	97 109	24	0.3
2000*	3 867	45 403	12	0.3

Примечание: * - данные за I полугодие 2000 года.

Количество плановых и экстренных операций по поводу ЖКБ и послеоперационная летальность по Ферганской долине за 1995-2000* гг.

Годы наблюдения	Количество плановых операций	Летальность	
		Abs	%
1995	945	12	1,3
1996	973	14	1,4
1997	1048	9	0,9
1998	1149	6	0,5
1999	1233	10	0,8
2000*	704	1	0,1

Примечание: * - за I полугодие 2000 года.

ности независимо от показателей числа выписанных больных и проведенных ими койко-дней не имеют тенденцию к снижению.

Наряду с исследованием распространенности желчнокаменной болезни по Ферганской долине, нами изучено соотношение плановых и экстренных оперативных вмешательств при данной патологии и послеоперационная летальность, что отражено в таблице 3.

Как видно из данных приведенных в таблице 3, количество плановых операций в 1999 году, по сравнению с 1995 годом увеличилось на 288, а летальность за тот же срок уменьшилась на 0,5 %. При этом, за последние 5 лет, по поводу желчнокаменной болезни выполнено в плановом порядке 5348 операций, из них с летальным исходом у 51 больного, что в среднем составило 1,0 % оперированных.

Наряду с этим, ежегодно увеличивается число операций, выполненных в экстренном порядке. Так, за последние 5 лет произведено 1845 экстренных операций по поводу желчнокаменной болезни, с летальным исходом у 24 пациентов, что в среднем составило 1,3% оперированных. Наибольшее число плановых и экстренных операций произведено в 1999 году: 1233 и 415 соответственно.

В целом соотношение плановых и экстренных операций, по поводу желчнокаменной болезни, за период исследования сохраняется на уровне 3:1. Однако, если за указанный срок количество плановых оперативных вмешательств увеличилось на 30%, то операции выполняемые по экстренным показаниям - на 41%.

Данное соотношение, с одной стороны, свидетельствует о сохранившемся ещё недостаточном уровне диагностики, а с другой — о необходимости обоснованной активизации хирургической тактики в плановой хирургии желчнокаменной болезни.

Летальность, после экстренных операций по поводу желчнокаменной болезни, закономерно выше, чем

при плановых операциях за все периоды наблюдения (в 1995 году 1,3% и 2,7%; в 1999 году 0,8% и 1,2% соответственно).

Таким образом, анализ распространенности желчнокаменной болезни, свидетельствует о низком уровне скрининг - диагностики данной патологии в регионе Ферганской долины и как следствие необходимость осуществления широкомасштабных исследований, позволяющих охватить значительную часть населения и способствующих её ранней диагностике и своевременной коррекции. Анализ характера оперативных вмешательств и соотношения показателей летальности ставит вопрос об активизации хирургической тактики в плановой хирургии желчнокаменной болезни, то есть “оперировать до развития осложнений”.

Литература

1. Каримов Ш.И. Проблемы и перспективы хирургии острого холецистита в Узбекистана// Материалы Республиканской научно-практической конференции “Холецистит и его осложнения”, -Бухара, 1997. —С. 3-6.
2. О мерах по развитию и совершенствованию хирургической службы в Республике Узбекистан (Приказ №522 от 27.08.99г. МЗ РУз)// Хирургия Узбекистана. —1999. -№ 4. —С. 5-6.
3. Панцырев Ю.М., Коновалов А.Ю., Паньков А.Г. и др. Применение декомпрессивных эндоскопических операций при осложненном течении желчнокаменной болезни// Вестник хирургии. —1992. -№ 4. —Т. 148. —С. 32-36.
4. Худайбергенов А.М., Атаджанов Ш.К., Саидазимов Э.М., Каримов М.Э. Лапароскопическая холецистэктомия: анализ осложнений и пути их профилактики// Хирургия Узбекистана. —1999. -№ 3. -С. 101-102.
5. Ярема И.В., Карцев А.Г., Сергейко А.А., Яковенко И. Профилактика осложнений лапароскопических холецистэктомий// Анналы хирургической гепатологии. —1999. -Том 4, №1-2. -С. 56-61.
6. Katkhouda N. Management of problems in laparoscopic surgery of the biliary tract// Annales Chirurgiae et Gynecologiae. -1994. -№83. -P. 93-99.

Р.Э. Ниязметов,
Д.Ф. Каримова,
Н.Х. Муминова

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ГЕПАТОЗА И ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В У БЕРЕМЕННЫХ

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Р.Э. Ниязметов, Д.Ф. Каримова, Н.Х. Муминова

Ҳомиладор аёлларда учрайдиган ўткир ёғли холестатик гепатоз ва вирусли гепатит «В»нинг дифференциал ташхиси.

Врач акушер-гинеколог ва инфекционистлар учун ҳомиладорликда учрайдиган ўткир ёғли холестатик гепатоз ва вирусли гепатит «В» ларнинг ташхиси жуда муҳим аҳамиятга эгадир, чунки ўткир ёғли гепатозларда ҳомиланинг ривожланишини сариқлик босқичидан олдин тўхтатиш, оналар ўлимини кескин камайтиришга олиб келади. Вирусли гепатит «В» касаллигида ҳомила олиб ташлаш она ҳаётини ҳавф остига қўяди ва перинатал ўлимнинг кўпайишига олиб келади. Дифференциал ташхисда клиник ва лаборатория кўрсаткичларига катта аҳамият бериш керак

Niyzmetov R.E., Karimova D.F., Muminova N.Kh.

The diagnosis of a differential viral jaundice B and acute fatty holostetic hypatose

The diagnosis of a differential viral jaundice B and acute fatty holostetic hypatose during pregnancy are very nessecary for medwife, gynecologists and infectionists. Because the abortion of fetus in an acute fatty jaundice B before the period of jaundice signs saves mother's libe. The abortion of fetus during the ilbness, viral jaundice B, is very dangerous for mother's life and it increases a perenatal death. A greate attention must be payed to a clinical and laboratory index in differential diagnosis.

В последние 3 года (1997 по 1999) среди беременных женщин нашей республики частота гепатозов увеличилась в структуре материнский смертности. По городу Ташкенту за 1999 год гепатозы беременных занимали 4 -ое место и составили 15,3% [1].

Несмотря на то, что это тяжёлое заболевание печени известно уже более 100 лет, до сегодняшнего дня этиология гепатозов не ясна.

Хотя некоторые авторы [2,4] считают эту патологию аутоимунной, проф. М.С. Абдуллаходжаева считает эту патологию тяжёлым последствием гестоза беременных. По нашему мнению, на основании клинических наблюдений причина возникновения гепатоза беременных полиэтиологична.

В возникновении гепатоза большую роль играет как вирусная инфекция, а также различные воспалительные заболевания приводящие к снижению функций клеточной и гуморальной иммунной системы.

Экстрагенитальные заболевания: ожирение, хронические гепатиты, холециститы, заболевания желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, употребление пищевых продуктов богатых жирами, а также экологические факторы играют также немаловажную роль. Для врачей акушер-гинекологов, инфекционистов, работающих с беременными женщинами возникают большие трудности при дифференциальной диагностике между различными формами гепатитов (А,В,С,Д,Е.) и гепатозом. От своевременной и ранней диагностики зависит лечебная и акушерская тактика, а также судьба матери и плода.

Клинико-лабораторные изменения имеют много общего при данных заболеваниях, но тщательные клинические наблюдения, глубокие лабораторные исследования, обследования маркеров приводят к безошибочной постановке диагноза.

Материалы и методы исследования.

С 1997 по 1999 год в 1 городской инфекционной больнице и родовспомогательных учреждениях под нашим наблюдением находилось 24 - беременных с острым жировым гепатозом, 28 - с холестатической формой гепатоза и 62 больных с вирусным гепатитом В. Больные разделены по группам. Контрольную группу составило 25 - здоровых беременных, первую группу 24 беременных с ОЖГБ, вторую группу 28 - с холестатической формой гепатоза, третью группу - 62

- с вирусным гепатитом В.

У всех беременных определены клинико-биохимические показатели крови, и функциональные исследования, отражающие состояние печени.

Обсуждение полученных результатов.

Острый жировой гепатоз у 22 беременных 91,6% развился к сроку 20-32 нед., у одной беременной (4,3%) в сроке 16-17 нед, у одной в 33-34 нед. беременности. У 16-ти (66,6%) беременность была первая, у 7 (29,1%) вторая, у одной (4,1%) беременность четвертая. Острым жировым гепатозом беременных в дожелтушной стадии поступили 16 беременных (66,6%), в желтушной стадии - 6(25%), в переходной стадии - 2 (8,3%).

У 16 больных преобладающего симптома не было. Характерные симптомы были тошнота, рвота, слабость, сонливость, снижение аппетита, умеренный кожный зуд, изжога.

У 7 (29,1%) больных отмечалось чувство жжения и тяжесть в эпигастральной области, у 9 (37,5%) изжога, которая в дальнейшем усиливалась.

Признаки печеночной недостаточности отмечались у 11 из 16 больных поступивших в стационар в дожелтушной стадии. Через 3 дня у 3 (12,5%) через 5 дней у 4 (16,6%) началась желтушная стадия болезни. В дожелтушной стадии у 9 (37,5%) прервана беременность, у 8 (33,5%) с началом желтушной стадии, у 7 (29,1%) в разгаре желтушной стадии.

Аntenатальная гибель плода произошла у 19 (79,1%).

При ВГВ - у 7 (11,2%), при холестатическом гепатозе - 2(7,1%).

При ВГВ характерны астено-вегетативные симптомы, артралгия, лихорадка до 37-38° катар верхних - дыхательных путей.

Особенно яркое течение ОЖГБ у 8 беременных поступивших в переходной и желтушной стадии. У этих беременных в первые часы отмечалась резкая желтушность кожных и слизистых покровов, кожный зуд, усиливающаяся изжога и почасовое нарастание общего от 120-220 мкмоль/л, прямого 81-144 мкмоль/л и непрямого билирубина крови, и при этом показатели АлАт и АсАТ увеличивались незначительно до 0,8-1,3 мкмоль/л.

У 62 беременных с ВГВ отмечалось увеличение

Клинические особенности и лабораторные показатели	Острый жировой гепатоз беременности	Хол
Срок развития болезни	20-32 нед.беременности	28
Течение болезни	в основном тяжелое, крайне тяжелое	средне
Клинические проявления: желтуха	до желтушной стадии-умеренная	ср
- кожный зуд	умеренный, но всегда длительный	интенсивно
- изжога	обязательный признак с резким своеобразным проявлением	часто
- температура	кратковременное повышение t - 38-39о, отмечается довольно часто с началом желтушной стадии	иногда
- сознание больных	сохраняется до терминальной стадии	
- проявления ДВС синдрома - фаза коагулопатической кровотечения	с началом желтушной стадии резко выражена	
- развитие печеночной недостаточности	характерно	
Лабораторные показатели - изменение мочи	желчные пигменты незначительны, небольшая альбуминурия	жел
- изменение крови	нейтрофильный лейкоцитоз, СОЭ повышено	умеренно

общего билирубина 56-116 мкмоль/л, АлАТ и АсАТ от 3,2-5,8 мкмоль/л.

Из 8 беременных поступивших в желтушной стадии ОЖГБ, материнская летальность произошла у 4 беременных. Среди беременных, поступивших в дожелтушной стадии ОЖГБ, холестатической формой гепатоза и при ВГВ материнская летальность не наблюдалось.

Литература:

1. Каримов Ш.И., Гадоев А.Г. Экстрагенитал касаликлар ва хомиладорлик. - Тошкент, 1998. - Б.105-107.
2. Линева О.И. и др. Клиника и лечение холестатического гепатоза // Журнал акушерство и гинекологии. - 2000. - № 2. - С.15-17.
3. Подымова С.Д. Болезни печени. - Москва, 1993.
4. Садыкова М.Х. Анализ материнской смертности. - 1999.

Ю.Г. Расуль-Заде,
В.Т. Борников,
Б.Х. Магзумов,
У.З. Муратова

**СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ АНТИОКСИДАНТНОЙ ПРОТЕКЦИИ
КЛЕТОК КРОВИ У БЕРЕМЕННЫХ С ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ
ПАТОЛОГИЕЙ**

Первый ТашГосМИ, ИБХ АН РУз

The level of activity of phospholipase A₂, parameters of free-radical lipids oxidation and antioxidant defense in platelets of obese and unobese pregnant women, with hypertension disease and concomitant gestosis, have been studied.

Also it has been discovered, that significant activity of free-radical lipid oxidation, depression of activity of antioxidant enzymes and impairment of function of lipid-depended enzyme phospholipase A₂ occurs during pregnancy in association with concomitant diseases, especially, with concomitant gestosis.

В норме изменения состава, окисленности и текучести липидов мембран взаимосвязаны в единой системе, обеспечивающей поддержание гомеостаза окислительных реакций с одной стороны, и обновление состава липидов - с другой. Существование этой системы регуляции играет важную роль в репарации мембран после повреждающего воздействия тех или иных факторов [1]. Одним из последствий изменения состояния липидного бислоя мембран может явиться нарушение скорости свободнорадикального окисления липидов (СРОЛ) и изменение уровня липолитической активности. Стабильность последней в клеточной мембране ассоциируется с функционированием таких ферментов как фосфолипаза A₂, фосфолипаза C, лизофосфолипазы, фосфотидат-фосфогидролазы.

Анализ природы флуктуаций липидного метаболизма тромбоцитов и особенностей выявленных признаков у беременных, страдающих гипертонической болезнью, в ранее проведенных нами исследованиях [2], позволил нам с достаточной долей вероятности предположить участие в процессах дестабилизации липидного матрикса клеток липолитических ферментов, в частности, фосфолипазы A₂ с инициацией реакций свободнорадикального окисления липидов.

Повышение активности липолитических ферментов и роль фосфолипазы A₂ в патогенезе «чистого» гестоза выявлены в работе Endresen [3], однако исследований по изучению активности фосфолипазы A₂ у беременных, больных гипертонической болезнью (ГБ), мы не встретили.

Целью настоящего исследования явилось изучение активности фермента фосфолипазы A₂, системы антиоксидантной протекции и содержания продуктов СРОЛ в тромбоцитах беременных, больных ГБ без и с сопутствующим ожирением.

Материалы и методы.

В клинические испытания были включены 99 беременных, которые были разделены на 5 групп: 18 беременных с ГБ I–II стадии (по ВОЗ) (II группа); 17 беременных с гестозом, сочетанным с ГБ I–II стадии (III группа); 24 беременных, у которых ГБ I–II стадии сопутствовало алиментарно-конституциональное ожирение II–III степени (IV группа); 21 беременная с гестозом на фоне ГБ I–II стадии и алиментарно-конституциональным ожирением II–III степени (V группа). Контрольную (I) группу составили 19 пациенток с неосложненной беременностью.

Активность фосфолипазы A₂ определяли по отщеплению меченной жирной кислоты из (¹⁴C)-фосфолипидов в процессе инкубации с отмывыми тромбоцитами. Стандартная инкубационная среда для определения активности фосфолипазы A₂ содержала 50мМ глицин-NaOH буфер (pH-9,0), 5мМ CaCl₂, 100-200мкг тромбоцитарного белка и 34нмоль (¹⁴C)-меченного субстрата в общем объеме 0,25мл. Активность фосфолипазы A₂ измеряли по De Winter [4] с небольшой модификацией [5]. После инкубации при 37°C в течение 60 минут реакцию останавливали добавлением 1,25мл реагента Dole и нагревали при 60°C в течении 1 минуты. Затем добавляли два объема дистиллированной воды и три объема гептана, после чего смесь интенсивно встряхивали. Верхнюю (гептановую) фазу (0,8мл) отбирали и пропускали через микроколони, изготовленные из пастеровских пипеток и заполненные силикагелем (100мг). Колонки промывали гептаном (0,8мл). Объединенные элюаты помещали во флаконы со сцинтилляционной жидкостью и подсчет радиоактивности производили на счетчике Rack-Beta 1217 «LKB Vallak» (Финляндия).

Определение малонового диальдегида по реакции с 2-тиобарбитуровой кислотой и диеновых конъюгатов осуществляли по методам Стальной и Гаришвилли [6]. Активность супероксиддисмутазы и каталазы

Таблица 1.

Параметры СРОЛ и АОА в тромбоцитах беременных с фоновой патологией и сочетанным гестозом

Показатель	Группа I n=19	Группа II n=18
ДК мкМ/мг липида	13.10±0.73	18.00±1.35 ¹
МДА нМ/мг липида	4.05±0.31	4.90±0.19 ¹
ШО ед.фл./мг липида	15.07±0.98	20.63±0.48 ¹
СОД усл.ед./ мг белка/мин	12.05±0.54	9.63±0.39 ¹
Каталаза мкМ/мг белка / мин.	5.34±0.41	4.71±0.23 ¹

Группа I - женщины с физиологической беременностью. Группа II - беременные с гипертонической болезнью (ГБ) I-II ст.. Группа III - с ГБ I-II ст. и гестозом. Группа IV - с ГБ I-II ст. и АКО II-III ст. Группа V - беременные с ГБ I-II ст., АКО II-III ст. и гестозом. ^{1,2,3,4} - достоверность относительно групп I, II, III, IV соответственно.

определяли по Королюк М.А. [7] и Чумакову.[8].

Результаты и их обсуждение

Нами установлено, что развитие гипертонической болезни у беременных сопровождается повышением активности фермента фосфолипазы A_2 , что несомненно отражается на функциональном состоянии клеток. Изучение активности фосфолипазы A_2 в тромбоцитах выявило прямую зависимость активности фермента от тяжести фоновой патологии.

Сравнивая значения активности фермента в тромбоцитах у беременных, больных ГБ I-II ст. и у тучных беременных с ГБ I-III ст., мы установили, что этот показатель в тромбоцитах при сочетающихся ГБ и алиментарно-конституциональном ожирении (АКО) выше на 12,1%.

Данный показатель у беременных этих же групп превысил его значения у здоровых беременных на 49,6% и на 52,7% соответственно. При отягощении ГБ ожирением активность фермента в тромбоцитах оказалась в 1,7 раза выше, чем у здоровых.

Гестоз на фоне гипертонической болезни и алиментарно-конституционального ожирения характеризуется резким возрастанием активности фосфолипазы A_2 в кровяных пластинках.

Наряду с активацией фосфолипаз, важным звеном в цепи механизмов, ответственных за нарушение функциональных характеристик форменных элементов крови у беременных с акушерскими осложнениями, является стимуляция СРОЛ на фоне снижения активности основных ферментов антиоксидантной защиты - супероксиддисмутазы, каталазы и глутатионредуктазы (9).

Нами установлено, что содержание диеновых конъюгатов (ДК) в тромбоцитах больных гипертонической болезнью беременных достоверно выше, чем у здоровых, а при сочетанном соматическом фоне (ГБ и АКО) уровень ДК повышается в два раза относительно здоровых и на 46,0% по сравнению с больными ГБ нетучными беременными. Гипертоническая болезнь обуславливает увеличение и малонового диальдегида (МДА), а при отягощении ГБ ожирением уровень МДА возрастает на 11,2%.

Выявлено, что содержание МДА у беременных больных гипертонической болезнью с сопутствующим ожирением коррелирует с уровнем среднего артериального давления (АД) ($r=0,73$), что согласуется с результатами [10], в которых авторы показали прямую корреляцию как с уровнем среднего АД, так и неблагоприятными исходами беременности на фоне артериальной гипертензии.

Нам представляется правомерной экстраполяция полученных данных и к ожирению, поскольку при его сочетании с ГБ процессы СРОЛ активизируются в большей степени. Отсюда вытекает и очевидность более серьезных нарушений липидного метаболизма при ассоциации обоих заболеваний - ГБ и выраженного ожирения.

Аналогичные тенденции наблюдаются и в изменении содержания шиффовых оснований (ШО) в кровяных пластинках беременных с ГБ без и с сопутствующим ожирением: уровень этого показателя при гипертонической болезни без АКО выше, чем у здоровых на 36,9%, и на 8,5% ниже, чем у тучных, больных ГБ беременных.

При осложнении беременности сочетанным гестозом (СГ) содержание ДК, МДА и ШО возрастает соответственно в 2,1, 1,4 и 1,6 раза относительно здоровых. В большей степени - при отягощенной ожирением гипертонической болезнью - в 2,7, 1,5 и 1,48 раза соответственно. Сопоставление этих показателей при осложнении беременности гестозом у женщин с ГБ без ожирения и у тучных, больных ГБ, следует отметить, что ожирение оказывает дополнительное негативное воздействие на процессы СРОЛ: уровень ДК возрастает на 25,8%, МДА на 8,8% и снижение ШО на 9,7%.

Совершенно очевидно, что присоединение и прогрессирование гестоза обуславливало ещё более резкое усиление липопероксидации, показатели которой достоверно отличались от их значений у больных ГБ тучных женщин с неотягощенной гестозом беременностью. Наши результаты созвучны с выводами ряда исследователей, что уровень СРОЛ начинает повышаться уже при легкой степени данного осложнения, по мере прогрессирования гестоза патологические изменения в клеточных мембранах связаны и с активацией фосфолипазы A_2 и тканевой гипоксией [11].

Наличие у беременных экстрагенитальной патологии ведет к серьезным изменениям и в активности антиоксидантных ферментов клеток. Наибольшее снижение активности супероксиддисмутазы (СОД) и каталазы отмечено при отягощении беременности СГ. Так, активность СОД снижается на 38,8% и на 45,0% в группах III и V относительно здоровых, а активность каталазы - соответственно на 29,0 и 38,4%.

На основании полученных результатов можно отметить, что в тромбоцитах беременных, больных ГБ с сопутствующим ожирением, происходит резкая активация процессов СРОЛ и значительное угнетение активности антиокислительных ферментов, и эти тенденции усиливаются при отягощении беременности гестозом.

Таким образом, наши данные свидетельствуют о значительных нарушениях как процессов СРОЛ, систем антиоксидантной защиты, так и липидзависимых ферментов тромбоцитов в гестационном периоде у женщин с ГБ без и с сопутствующим ожирением и при сочетанном с ней гестозе.

Литература

1. Погорелова Т.Н., Крукиер И.И., Орлов В.И. Липидный состав и активность фосфолипазы A_2 плазматических мембран плаценты крыс при гипоксических состояниях. // *Вопр. мед. хим.* - 1995. - Т.41. - №6. - С.30-33.
2. М.М.Шехтман, В.А.Бурлев, Ю.Г.Расуль-Заде, В.И. Иванов, В.Т.Борников. Некоторые показатели липидного метаболизма форменных элементов крови у беременных с фоновой экстрагенитальной патологией и сочетанным поздним токсикозом. // *Вестник Росс. Ассоц. акуш. и гин.* - 1999. - №2. - С.
3. Endresen M.J., Lorentzen B., Henriksen T. Increased lipolytic activity of sera from pre-eclamptic women due to the presence of a lysophospholipase. // *Scand. J. Clin. Lab. Invest.* - 1993. - V.53. - N7. - P.733-739.
4. De Winter J.M., Vianen A.M., Van Den Bosch. Purification of rat liver mitochondrial phospholipase A_2 . // *Biochem. Biophys. Acta.* - 1982. - V.712. - N2. - P.332-341.
5. Муратова У.З. Выделение и исследование функциональных свойств фосфолипаз A_2 из митохондрий и тромбоцитов // *Дисс. докт. биол. наук.* - Ташкент, 1994. - 33 С.
6. Стальная И.Д., Гаришвилли Т.Г. // *Современные методы в*

биохимии. - М., 1977. - С. 66-68.
7.Королюк М.А., Шанова Л.И., Майорова И.Г. и др. //Лаб.дело. - 1988.- N1. - С. 16-18.
8.Чумаков В.П., Осинская Л.Ф., // Вопр. мед. химии. - 1977.- N5.- С. 712-713.
9.Мокация Р.Г. Перекисное окисление липидов в прогнозировании исхода беременности. // Вопр. охр. матер. и дет.- 1990.-

T.35.- N 10.- С.70.
10.Uotila J.T., Tuimala R.J., Aarnio T.M. et al. Findings on lipid peroxidations of pregnansy. //Br. J. Obstet. Gynaecol. - 1993. - V.100. - N3. - P.270-276.
11.Peiker G., Kretzschmar M., Dawczynski H., Muller B. [Lipid peroxidation in pathologic pregnancy: pregnancy-induced hypertension. I]. //Zentralbl. Gynakol. - 1991. - V.113. - N4. -P.183-188.

Т.С.Саламов. ПУТИ СНИЖЕНИЯ ЛЕТАЛЬНОСТИ В ХИРУРГИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ.

Первый Ташкентский Медицинский институт.

Т.С. Саламов
Яра касаллиги хирургиясида ўлимни камайтириш йўллари

Меъда ва 12-бармоқли ичак яра касаллигининг турли асоратлари туфайли операция қилинган 1463 бемордан 44 тасида 12-бармоқли ичак чўлтоғи чокларининг етишмовчилиги кузатилган. Чоклар етишмовчилигини даволаш услубига караб, беморлар 2 гуруҳга ажратилган. Контрол ва ассосий (958 ва 505 беморлар)
1-чи гуруҳдаги беморларда анъанавий, 2-чи гуруҳдаги беморларда эса, муаллиф тамонидан таклиф қилинган даво чоралар қўлланилган. Ўлимнинг 1,05% дан 0,4% гача камайиши кузатилган.

T.S.Salamov
Way of reducing lethality in surgery of peptic ulcer

Conduct retrospective analysis postoperative lethality amongst 1463 handle on the cause of different complications to the peptic ulcer a belly and duodenum (1992-1999). Beside 44 cancelling insolvency an sutures cults of duodenum.
Coming from treatments tactitions of insolvency an sutures cults of duodenum sick are portioned on 2-groups: 1-control and 2-main (accordingly-958 and 505). First group got a traditional treatment, second –an of - fered author by the way. Lethality is reduce by 1,05% before 0,4%.

Введение:

Одним из показателей эффективности того или иного метода хирургического лечения является оценка его ближайших результатов, особенно послеоперационной летальности. По данным литературы в хирургии язвенной болезни послеоперационная летальность составляет от 0,3 до 8,8% [9,12,4,3,11,13,7,8,15], при кровоточащих язвах от 37,8 до 57,1% [14,5], а после проведенных релапаротомий - до 50% [10,2]. Если учесть, что в странах СНГ и США ежегодно выполняется около 100000 резекций желудка и среди них летальность составляет 6% [1,7], то становится очевидным актуальность проблемы поиска путей снижения послеоперационной летальности.

Материал и методы исследования:

Нами проведен ретроспективный анализ летальности среди 1463 оперированных (1992-1999) по поводу различных осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ и ДПК). После операции умерли 24 больных (1,6% по отношению ко всем оперированным), из числа повторно оперированных по поводу несостоятельности швов культи ДПК и гастроэнтероанастомоза (ГЭА) умерли 12 больных (0,8% по отношению ко всем оперированным).

Среди оперированных 1463 больных у 44 наступила несостоятельность швов культи ДПК и ГЭА (соответственно у 42 и 2). Из них 28 повторно оперированы, 16 получили консервативное лечение. Исходя из применяемой в лечении тактики несостоятельности швов больные были условно разделены на 2 группы. В первую группу вошли 958 больных оперированных с 1992 по 1996гг, а во вторую группу 505 больных оперированных с 1997 по 1999гг. в клинике, факультетской хирургии 1-ТашМИ. В ранний послеоперационный период, соответственно, у 27 и 17 больных наступила несостоятельность швов. Больные оперированы по поводу следующих осложнений (табл. 1).

Результаты и обсуждение

После релапаротомии по поводу несостоятельно-

Таблица 1.

Несостоятельность швов.	Разлитой перитонит.	Ограниченный перитонит.
Несостоятельность швов культи ДП	17	7
Несостоятельность швов ГЭА	2	1
Несостоятельность швов стенки ДП	1	
Итого	20	8

сти швов ДПК и ГЭА до 1997 года мы придерживались традиционной тактики заключающейся в релапаротомии и проведении санации брюшной полости, промывании антисептиками, при разлитом перитоните - проведении лаважа брюшной полости по методике клиники Ш.И.Каримова с соавторами (1984) с назоэнтеральной интубацией. К культе ДПК подводили “тампон сигару” и рядом с ней оставляли дренажную трубку. Из этой группы лишь 2 больным проводили повторное ушивание культи ДПК. Наряду с этим проводили дезинтоксикационную, антибактериальную и восполнительную терапию. После релапаротомии умерли 10 больных, что составляет 1,05% по отношению ко всем оперированным. На основании анализа причин летальных исходов на почве несостоятельности швов мы еще раз убедились, что летальность чаще всего наступает за счет потери дуоденального содержимого и продолжающегося перитонита с интоксикацией, иногда образованием тонкокишечных свищей, аррозивных кровотечений. Причиной этому, по нашему мнению, является скопление дуоденального содержимого в области “тампон сигары” и распространение ее в брюшную полость, с разъеданием тканей под действием дуоденального и панкреатического сока. Исходя из этого, начиная с 1997 года, мы категорически отказались от введения в брюшную полость “тампон сигары” и ушивания дефекта

культы ДПК. В настоящее время наша клиника придерживается следующей тактики при несостоятельности швов культы ДПК: во время первичной операции оставляем назоэнтеральный (по показаниям назодуоденальный) зонд. При несостоятельности швов культы ДПК или ГЭА проводим релапаротомию и санацию брюшной полости, в полость ДПК вводим дренажную трубку (через дефект культы ДПК). В подпеченочном пространстве также оставляем дренажную трубку (она улавливает попавшую в брюшную полость дуоденальное содержимое). Осуществляем назоэнтеральную интубацию, с целью декомпрессии верхнего этажа желудочно-кишечного тракта (первые 2-3 сутки), а в дальнейшем его используем для раннего энтерального кормления. Операцию завершаем дренированием брюшной полости (по показаниям). В послеоперационном периоде дренажную трубку присоединяем к активному отсосу и отсасываем дуоденальное содержимое (начиная с первых суток). Учитывая то, что в составе дуоденального содержимого в большом количестве имеются важные для организма белки, электролиты и ферменты, после ее фильтрации, капельно возвращаем больному через назоэнтеральный зонд. Наряду с этим вводим питательные вещества (бульоны, соки, чай, минеральные воды в объеме до 2-3 литров). Благодаря такому подходу лечения несостоятельности швов, исключается скопление дуоденального содержимого в подпеченочном пространстве и распространение в брюшную полость, не происходит мацерации кожи вокруг дренажной трубки. Происходит постоянная декомпрессия культы ДПК, благодаря введению дуоденального содержимого и питательных препаратов в кишечник быстрее восстанавливается перистальтика кишки и самое главное, уменьшаются потери организма. Кроме того, быстрее формируется дуоденальные свищи, которые чаще всего самостоятельно закрываются. После применения этого метода (приоритетная справка на патент от 31.05.2000 ДР 2000.0414/ДФ) во втором периоде, среди 17 больных с несостоятельностью швов ДПК, умерли лишь 2 больных, что составляет 0,4% по отношению к всем оперированным больным (из 505 оперированных с 1997 по 1999). Причинами смерти были: продолжающийся перитонит с образованием множественных кишечных свищей (1), аррозивное кровотечение из сосудов головки панкреас (1).

Выводы

1. Применение “тампон сигары” часто приводит к скоплению дуоденального содержимого в подпече-

ночном пространстве и тем самым способствует распространению ее в другие отделы брюшной полости.

2. Применение активного отсасывания содержимого из культы ДПК и подпеченочного дренажа способствуют отграничению перитонита и формированию узкого дуоденального свища, исключается мацерация кожи вокруг дренажной трубки.

3. Благодаря введению дуоденального содержимого через назоэнтеральный зонд и раннему кормлению, уменьшается потеря электролитов, ценных ферментов, количество внутривенных инфузий.

Литература:

1. Абдуллаев Дж. С., Опыт хирургического лечения язвенной болезни желудка. *Хирургия*, 1999, №8, с.8-11.
2. Ахунжанов Б.А., Девятков В.А. Причины и результаты ранней релапаротомии. *Хирургия Узбекистана* 2000, №1, с.12-21.
3. Бабалич А.К. Хирургическое лечение больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. *Хирургия* 1999, №7, с.19-22.
4. Витебский Я.Д. Основы клапанных гастрозентероанастомозов. Челябинск, 1986.
5. Демидов Г.И. К вопросу о причинах летальности и хирургической тактики при кровоточащих гастродуоденальных язвах. В кн: VIII Всероссийский съезд хирургов. Краснодарь, 1995, с.221-222.
6. Каримов Ш.Н., Турсунов К.Н., Асрапов А.А., Зимин Г.А. Эффективность применения перитонеального диализа и энтерального зондового питания в комплексном лечении разлитого гнойного перитонита. *Метод. рекомендации*. Ташкент. 1984, с.14.
7. Помелов В.С., Смагин А.А. Надпиратниковая резекция желудка у больных язвенной болезнью. *Хирургия*. 1999, №1, с.17-19.
8. Романгилен А.Ф., Понамарев А.М., Гостимский А.В., Зайцева И.В., Никоненко А.М. с соавт. Хирургическое лечение больных с сочетанными осложнениями гастродуоденальных язв. *Вестник хирургии* 1999, №3, с.105-106.
9. Кузин М.И., Постолов Т.М. Выбор метода хирургического лечения язвенной болезни. *Хирургия*, 1976, №6, с.126-132.
10. Савельев В.С., Голигорский В.А. Релапаротомия в ургентной хирургии. *Всероссийская конференция хирургов*. Пермь-1985, с.145-146.
11. Гурин Н.Н., Логунов К.В., Дмитриченко В.В., Солдатов А.И., Макаров М.Р. О расширении показаний к оперативному лечению язвенной болезни желудка. *Вестник хирургии* 1999, №1, с.17-19.
12. Захарова Н.Г., Чуенков В.Ф. Основные задачи хирургического лечения язв желудка и двенадцатиперстной кишки. *Вестник хирургии*, 1974, №2, с.17-22.
13. Ишленок В.Н., Зельдин Э.Я., Приступа Ю.В. Лечение прободных гастродуоденальных язв. *Хирургия*, 1999, №2, с.11-13.
14. Хараберюш В.А., Кондратенко П.П. Хирургическое лечение больных с кровоточащей язвой желудка и двенадцатиперстной кишки. *Клин.хир.*, 1991, №8, с.3-7.
15. Nussbaum M.S., Shusterman M.A. Management of Giant Duodenal ulcer. *Amer.S.Shur. yol/* 144.3-p.357-361/

С.С. Тилляходжаев

БУЙРАК УСТИ БЕЗИ ГИПЕРТЕНЗИЯСИ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРНИ РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯР ЖАРРОҲЛИК УСУЛИДА ДАВОЛАГАНДА БУЛЬБАР КОНЬЮКТИВА ЎЗГАРИШЛАРИНИНГ ДИНАМИКАСИ

Иккинчи Тошкент Давлат тиббиёт институти

С.С. Тилляходжаев

Динамика нарушений микроциркуляции бульбарной конъюнктивы у больных с надпочечниковой гипертензией в процессе рентгеноэндovasкулярных вмешательств.

На основании проведения биомикроскопических и капилляроскопических исследований у 49 больных с надпочечниковой гипертензией установлено значительное нарушение микроциркуляции бульбарной конъюнктивы, заключающееся в резком сужении артериол и капилляров, с неравномерностью их калибра, расширении и извитости венул, с периваскулярным отеком и сладжированием эритроцитов в сосудистом русле. Морфометрический анализ показал нарушения артериоло-венулярного коэффициента и выраженное замедление скорости кровотока. С помощью изучения параметров микроциркуляции определены эффективность различных методов рентгеноэндovasкулярной хирургической коррекции надпочечниковой гипертензии. Установлено, что по результатам микроциркуляторных параметров глаз и общеклинических показателей, наиболее эффективным методом коррекции этой патологии является острая окклюзия центральной вены надпочечника с ее электрокоагуляцией. Обнаружение артериоло-венулярных анастомозов свидетельствует о склонности сосудистой сети организма к повышенному шунтообразованию, что негативно сказывается на нормализации артериального давления больных.

Tillakhodjayev S.S.

The dynamics of violations of microcirculation of a bulbar conjunctiva for patients with an adrenat hypertension in the process of roentgenoendovasular interferences.

On the basis of holding biomicroscopic and capillaroscopic researches for 49 patients with an adrenal hypertension the considerable violation of microcirculation of a bulbar conjunctiva encompassing by sharp contraction of arterioles and capillary tubes, with nonuniformity of their calibre, extension and tortuosity of venulas, with a perivascular edema and sludge-phenomenon of erythrocytes in a vascular channel was proved. The morfometric analysis has shown the violations of arteriolo-venular ratio and expressed deceleration of bloodflow speed. With the help of teaming of parameters of microcirculation are defined efficiency of different methods of roentgenoendovasular surgical correction of an adrenal hypertonia. It was proved that by results of microcirculation parameters of an eye and general clinics indexes, the most effective method of correction of this pathology is the acute occlusion of a central vein of an adrenal glands with its electrocoagulation. The detection of arteriolo-venular anastomoses testifies to tendency of the vascular network of an organism to heightened connective formation, that negatively has an effect for normalization of arterial pressure of the patients.

Симптоматик артериал гипертензиянинг кечиши ва даволаш масалаларини ўрганиш хозирги замон тиббиётининг долзарб муаммоларидан бири ҳисобланади (3). Ушбу касалликни юзага келтирувчи асосий сабаблардан бири буйрак усти бези қобиғида гиперпластик жараён вужудга келиб, альдостероннинг меъёридан ортик ишлаб чиқарилишидир. Бундай ҳасталик билан оғриган беморларни даволаш шифокорларга катта қийинчилик туғдиради. Ушбу касалликни даволашнинг замонавий йўналишларидан бири рентгеноэндovasкуляр жарроҳлик (РЭЖ) усуллари қўллаш, яъни томирларни катетерлаш усулидир (3,4). Йўналиш янгилиги сабабли буйрак усти безида қўлланиладиган РЭЖ услубларини танлаш ва уларнинг мохиятини аниқлаш масалалари ўз ечимини кутмоқда (2,3). Бу масалада бульбар конъюнктива микроциркуляциясини ўрганиш катта аҳамиятга эга, чунки микроциркулятор ўзгаришлар аксарият касалликларнинг патогенезини ёритиб беришда ўзининг ишончли эканлигини кўрсатди (1).

Ўтказилган изланишнинг мақсади буйрак усти бези гипертензияси билан ҳасталанган беморларда бульбар конъюнктива микроциркуляциясининг РЭЖ турли услубларида даволаш натижасида ўзгаришини ўрганишдан иборат.

Материал ва тадқиқот усуллари

II-ТошДавТИ II-шифохонасининг кон-томир жарроҳлиги булимида даволанаётган 49 бемор текширувдан ўтказилди. Улардан 37таси эркак, 12таси аёл бўлиб, ёши 19дан 61гача, уртача $40,3 \pm 1,93$ ёшни ташкил этган. Беморларда артериал гипертензия аниқланган муддати 1 дан 17 йилгача бўлиб, ўртача $6,1 \pm 0,73$ йилни ташкил этди. Улардан 38та беморда симптоматик гипертензия турғун кечиб, 11тасида криз шаклида

бўлган. Артериал қон босимининг (АҚБ) кўрсаткичлари қуйидагича: систолик босим 160дан 300 мм. сим. уст.гача, диастолик босим 75дан 140 мм. сим. уст.гача. Барча беморларда ультратовуш текшируви ва компьютер томографияси ёрдамида буйрак усти бези гиперплазияси аниқланган.

Беморлар ўтказилаётган РЭЖ усулига қараб 2 гуруҳга бўлинди. I-гуруҳдаги 32та беморда даволаш мақсадида буйрак усти бези марказий венасининг электрокоагуляцияси ўтказилган. II-гуруҳдаги 17та беморда буйрак усти бези марказий венасининг ўтқир окклюзияси ва унинг электро-коагуляцияси ўтказилган. Синон гуруҳи 17 соғлом кишилардан иборат бўлди. Барча беморларда операциядан олдин ва ундан бир ойдан сўнг Н.А.Шульпина услуби бўйича фототиркишли лампа ёрдамида бульбар конъюнктива биомикроскопияси ва ТМ-1 асбоби ёрдамида телевизион капилляроскопия, ҳамда морфометрик таҳлил ўтказилди.

Тадқиқот натижалари ва муҳокамаси

Биомикроскопия натижалари буйрак усти бези гипертензияси билан ҳасталанган беморларда микроциркуляциянинг салмоқли ўзгаришларини кўрсатди. Ушбу ўзгаришлар томир деворларида (артериолларнинг нотекис равишда ўта торайиши, йўналишининг «илон изи» шаклида бўлиши, веналарнинг кенгайиши ва уларда қон димланиши, капиллярларнинг торайиши ва бунинг натижасида артериоло-венуляр кўрсаткичининг $1/3-1/4$ гача пасайиши), ўтказувчанликнинг бузилиши (периваскуляр шиш), гемореологик ўзгаришлар (қон ҳаракат тезлигининг пасайиши, сладж-феномен) билан кечеди. Текширув жараёнида 82,7% беморда венуларларнинг кенгайиши ва нотекислиги, 51,9% беморда артериолаларнинг торайиши ва йўналишининг бузилиши аниқланди. Капиллярларнинг то-

райиши 38,4%, веноз саккуляциялар - 19,2% беморларда кузатилди. Бундан ташқари 21,1% беморда капиллярларнинг қуриб қолган қисмлари билан чегарадош турсимон томирланиш ва микрошунтлар пайдо бўлган қисмлар кузатилди. Сладж-феномен 26,9% беморда учради. Капилляроскопик текширув натижалари таҳлил қилинганда артериолаларнинг меъёрга нисбатан торайиши ($p < 0,05$), венулаларнинг меъёрга нисбатан 1,5 баробар кенгайиши ва капиллярларнинг торайиши аниқланди. Артериоло-венуляр коэффициент меъёрга нисбатан 4 марта пастлиги, эритроцитларнинг ҳаракатланиш тезлиги эса ўта пасайиши кузатилди. Барча беморларга операциядан 30 кун ўтгандан сўнг қайта биомикроскопия ва телевизион капилляроскопия ўтказилди. Бу даврда умумий текширувлар I-гуруҳ беморларнинг 43,4%да, II-гуруҳ беморларнинг эса 83,3%да АКБнинг меъёрлашувини кўрсатди. Бунда I-гуруҳ беморларининг текширув натижалари артериолаларнинг торайиши ва нотекислиги фақатгина 19,5%да, веналарнинг кенгайиши ва «илон изи» шаклда бўлиши - 41,3%да, капиллярларнинг торайиши 6,5%да сакланишини кўрсатди. Артериоло-венуляр коэффициент беморларнинг асосий қисмида 2/3-1/3ни ташкил этди ва микроциркулятор кўрсаткичларнинг тикланаётганидан далолат берди. Шу билан бирга беморларнинг 67,4%да капиллярларнинг турсимон тизимда жойлашиши, яъни артериоло-венуляр анастомозлар ҳосил бўлиши кузатилди.

Капилляроскопик курсаткичларининг морфометрик таҳлили артериола ва венулаларнинг диаметрлари қисман тикланишини, капиллярлар диаметрининг меъёрга келишини аниқлади. Бунда артериоло-венуляр коэффициент меъёрга нисбатан юқори бўлди ва бу ҳолат, бизнинг фикримизча, коллатерал қон айланишининг ривожланиши ва артериоло-венуляр анастомозлар ҳосил бўлиши билан боғлиқ.

II-гуруҳ беморларда операциядан кейинги 30 кун давомида биомикроскопик кўрсаткичларнинг меъёрлашуви кузатилди. Фақат 1 беморда артериола ва капиллярлар торайиши, ҳамда нотекислиги, капилляр турининг ўта қуриши сакланиб қолди. Ушбу беморда периваскуляр шиш ва капиллярларда эритроцитларнинг сладжланиши кузатилди. Бульбар конъюнктива микроциркуляциясининг морфометрик кўрсаткичлари эса меъёрдан фарқ қилмади ($p < 0,05$).

Шундай қилиб, ўтказган изланишимиз натижалари беморларни даволашда буйрак усти беzi марказий венасининг ўткир окклюзияси ва унинг электрокоагуляцияси самарадорлигини кўрсатди. Бунда АКБнинг меъёрлашуви билан биргаликда организмда гемодинамиканинг тикланиши кузатилди. Буйрак усти беzi марказий венасининг электрокоагуляцияси микроциркуляциянинг қўпчилик кўрсаткичларини тиклагани билан, гемодинамиканинг тўлиқ меъёрлашувига олиб келмади. Текширув давомида қўп микдорда артериоло-венуляр анастомозларнинг кузатилиши организм қон-томир тизимининг шунт ҳосил қилишга мойиллиги ва АКБнинг меъёрлашувига салбий таъсир этишини кўрсатади.

Хулоса:

1. Буйрак усти беzi гипертензияси бульбар конъюнктива микроциркуляциясининг сифат ва сон узгаришларига олиб келади.

2. Беморларни даволашда жаррохлик услубини танлашда конъюнктивал микроциркуляция курсаткичларини эътиборга олиш лозим.

3. Конъюнктивал биомикроскопия ва капилляроскопия курсаткичлари бўйича буйрак усти беzi гипертензиясини даволашда унинг марказий венаси ўткир окклюзияси ва электрокоагуляцияси юқори самара беради.

4. Микроциркулятор ўзаниннг васкуляр қисмидаги катта ўзгаришлар ва қўплаб артериоло-венуляр анастомозлар учраши буйрак усти беzi марказий венаси ўткир окклюзияси ва электрокоагуляцияси ўтказишга асос бўлади.

Адабиётлар:

1. Бахритдинова Ф.А. Комплексная оценка функционального состояния сосудов глаза при некоторых сосудистых заболеваниях. Автореф. дисс. ...докт. мед. наук. -Ташкент. -1999. -32с.
2. Выбор метода рентгеноэндоваскулярных вмешательств у больных эссенциальной гипертензией /Турсунов Б.З., Суннатов Р.Д., Боровский С.П., Кадыров Р.Ю. //Патология. -1997. - №2. - С.50-52.
3. Даутов Т.Б. Оптимизация рентгеноэндоваскулярных вмешательств при симптоматической гипертензии почечного и надпочечного генеза. Дисс... к.м.н. -Алма-Ата. - 1997. -133с.
4. Суннатов Р.Д. Обоснование и выбор метода рентгеноэндоваскулярных вмешательств у больных артериальной гипертензией надпочечникового генеза. Автореф. дисс. ...к.м.н. -Ташкент. - 2000. -16с.

Г.Н. Трофимова,
Р.Х. Рахимов,
Л.Е. Кейнова,
У.В. Турбанова,
Н.Н. Тихонова

ПРИМЕНЕНИЕ ДАЛЬНОГО УЗКОСПЕКТРАЛЬНОГО ИНФРАКРАСНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ.

НМЦ "Infra R",
Первый Ташкентский Государственный медицинский институт

Г.Н. Трофимова, Р.Х. Рахимов, Л.Е. Кейнова, У.В. Турбанова, Н.Н. Тихонова

ТОР СПЕКТРЛИ ИНФРАКРИЗИЛ НУРЛАРНИНГ ГИНЕКОЛОГИК БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШДА ҚЎЛЛАНИЛИШИ

Бочадон ортикларининг сурункали ялигланиши касалликлари кичик чаноқ органлари касалликлари орасида етакчи ўринни эгаллайди. Сўнги йилларда адабиётларда дори моддаларнинг турли органлар функцияларига салбий таъсири ҳақида маълумотлар берилмоқда. Бу маълумотлар шифокорларни беморларни даволаш учун бошқа альтернатив даво чораларни излашларига сабаб бўлмоқда.

Қуйдаги мақолада аёлларнинг сурункали гинекологик яллигланиш касалликларини дори-моддаларсиз даволашда тор спектрли инфракизил нурлардан фойдаланиш усули самарали ва организм учун зарарсиз усул эканлиги курсатиб берилди.

RESULTS OF MEDICAL TREATMENT IN GYNECOLOGY BY MEANS OF NARROW RANGE INFRARED EMITTERS

Pelvis inflammation in very often met with every day practic. There is a growing body of evidence the adverse effects on various organs of the female body.

The article demonstrates the possibility of using narrow-range infrared emitters for treatment of patients with salpingo-oophoritis.

Воспалительные заболевания придатков матки занимают ведущее место (80%) в структуре заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ). В настоящее время преобладают хронические рецидивирующие формы заболевания, при этом чаще ВЗОМТ подвержены женщины репродуктивного возраста, поэтому лечение данных заболеваний является не только медицинской, но и социальной проблемой. [5,6,8]

В последние годы в литературе имеются данные об отрицательном воздействии на функции различных органов лекарственных препаратов, в частности антибиотиков, а также развитие побочных эффектов и аллергических реакций. По данным ряда авторов летальные исходы встречаются в 1 из 10000 аллергических реакций. Лекарства служат причиной смерти у 0,01% хирургических и у 0,1% терапевтических больных [11,12]. Эти данные заставляют врачей всех специальностей, в том числе и гинекологов искать альтернативные пути лечения больных.

В течение многих лет для лечения заболеваний используется инфракрасное излучение [4,9]. Однако оно не находило широкого применения в медицине из-за отрицательного воздействия на организм его коротких волн [3,10]. На основе керамических материалов разработанных в Институте материаловедения РУз удалось получить излучение в заданном диапазоне дальнего инфракрасного спектра, которое с успехом применяется при лечении ряда заболеваний. [1,2,7]. Имеются сообщения о нормализующем действии этого излучения на состояние монооксигеназной системы печени и иммунной системы, на уровень свободных радикалов [13].

Каков же механизм действия этого излучения?

Человек излучает фотоны в инфракрасном диапазоне, которые можно обнаружить и определить. Их мощность составляет около 50-100 Вт. Излучение является результатом химических (фотохимических) процессов в организме, скорость которых зависит от уровня вырабатываемой и поглощаемой энергии. Любые патологические процессы влекут за собой изменение скоростей химических реакций, определяющих энергетическое состояние органа, его части или всего организма. Закономерно предположить, что применение излучения восстанавливающего энергетического

состояние органа может привести к восстановлению скоростей химических реакций, а значит и к нормализации иммунного статуса, растворению патологических образований (например, коллагена, атеросклеротических бляшек и т.д.), а также уничтожению бактерий, грибов и вирусов. При этом длина волны ИК-излучения для лечения больных должна иметь квантовую энергию не выше той, которую производит сам человек, так как в противном случае излучение может вызвать нежелательные реакции организма. В то же время, она должна быть такой, чтобы могла быть использована для выравнивания скоростей фотохимических процессов организма. В настоящее время Министерством Здравоохранения РУз разрешено применение для лечения больных четырех видов керамических излучателей, имеющих различные длины волн и оказывающих воздействие на патологические процессы с которыми находятся в резонансе.

Диапазон излучения эмиттера оказывающего иммунокорректирующее действие соответствует излучению человека. Механизм его действия основан на том, что большинство реакций, протекающих в живом организме, являются фотохимическими. Первый шаг любого фотохимического процесса - поглощение света. Когда фотон поглощается электроном, последний становится энергетически достаточно активным, чтобы быть вытолкнутым с внутренней на внешнюю орбиту. В результате молекула переходит в "возбужденное состояние". Вследствие ограниченного числа орбит, имеющих особый энергетический уровень, на которых могут существовать электроны, любой заданный атом или молекула могут поглощать свет только определенной длины волны.

Рассмотрим состояние иммунной системы и интенсивность обменных процессов в зависимости от скоростей химических реакций и уровня излучаемой энергии. Снижение защитных (иммунных) сил организма будет наблюдаться по мере ослабления этого излучения. Общее ослабление ИК-излучения приводит к снижению скоростей фотохимических реакций. При патологических состояниях скорости различных реакций снижаются неодинаково, в результате, в зоне снижения отмечается накопление продуктов преды-

дущих реакций. По закону действия масс эти продукты идут на другие конкурирующие реакции. Таким образом, в организме возникает дисбаланс необходимых компонентов, и постепенно развиваются различные патологические состояния.

Закономерно предположить, что если извне по-дать излучение, соответствующее нашему собственно-му, то будет наблюдаться выравнивание скоростей реакций, что проявится в нормализации обменных процессов и иммунитета.

Механизм действия другого типа излучателя свя-зан с влиянием на уровень свободных радикалов. Применение данного вида излучения позволяет инак-тивировать свободные радикалы различной природы. Излучатель испускает два последовательных импульса продолжительностью 10мкс и 13мкс. Первый имеет необходимую энергию активации для создания ак-тивного радикала из ионизированной воды, составля-ющей 10^{-14} от общего содержания воды в организме. Второй заставляет активный радикал соединиться с образовавшимся радикалом воды. Кроме того, этот импульс приводит к рекомбинации радикалов, обра-зованных из воды (радикал молекулы воды долго не существует, т.к. он всегда стремится быть в комбина-ции H_2O). В результате цикла реакций образуется хи-мически стабильная система, позволяющая остановить развитие патологического процесса.

В процессе развития практически любого заболе-вания отмечается развитие дегенеративных процессов, связанных в первую очередь с разрастанием соеди-нительной ткани в органе и нарушением микроцир-куляции в нем. Внутримолекулярные связи пато-логических отложений непрочные, т.к. осуществляются за счет водородных связей, сил вандерваляса и др. На “расшатывании” этих слабых межмолекулярных свя-зей и переводе нерастворимых соединений в раство-римое состояние, с последующим выведением их из организма без опасности тромбирования основан ме-ханизм действия излучателей серии (серии Z).

Для оказания противовоспалительного и антими-кробного действия используются излучатели серии G. Действие излучения основано на прерывание неко-торых химических реакций необходимых для нормаль-ного протекания процесса деления бактерий.

Целью данного исследования явилось определе-ние эффективности применения различных типов излучателей при лечении некоторых воспалительных процессов органов малого таза. Под наблюдением на-ходилось 32 женщины, страдающие хроническими неспецифическими воспалительными процессами в возрасте от 19 до 35 лет. Диагноз хронический сал-пингоофорит основывался на данных анамнеза, кли-нических проявлениях заболевания, результатах лабо-раторных и инструментальных (УЗ диагностика) ис-следований. Длительность заболевания колебалась от 1 года до 6 лет. Ранее больные неоднократно получа-ли курсы традиционной противовоспалительной (ан-тибиотики, сульфаниламиды, витамины) и рассасы-вающей терапии. В результате проведенной терапии отмечали кратковременный эффект.

Среди обследованных больных кольпит имел мес-то у 10 женщин (31,2%), эндоцервицит - у 8 (25%); вторичное бесплодие выявлено из анамнеза у 3-х;

нарушение менструального цикла - у 3 (9,4%), альго-дисменорея - у 12 (37,5%), дизурические расстрой-ства - у 3 (9,4%). У больных выявлены следующие сопутствующие заболевания: хронический тонзилит, хронический колит, хронический пиелонефрит.

Клинически при вагинальном осмотре у всех боль-ных определялась болезненность в проекции придат-ков, увеличение их размера и изменение консистен-ции в виде уплотнения, у одной больной из-за спаеч-ного процесса матка была смещена вправо.

Ультразвуковая диагностика проводилась по об-щепринятой методике на аппарате TOSHIBA с ис-пользованием поверхностного и вагинального датчи-ков. В процессе обследования выявлено увеличение и уплотнение яичников, уплотнение капсулы. У 6-ти больных выявлено наличие жидкости в дугласовом пространстве, у одной больной отмечалось смещение матки.

При бактериоскопическом обследовании у жен-щин с проявлениями кольпита установлена 3-4 сте-пени чистоты влагалища.

Лечение узкоспектральным инфракрасным излу-чением проводилось без дополнительного исполь-зования медикаментозной терапии. Лечение проводи-лось 1 раз в день с использованием излучателей ло-кального и общего воздействия. Продолжительность экспозиции излучателей общего действия составила от 10 до 45 минут; локального от 5 до 15 минут. Вы-бор излучателей и продолжительность экспозиции определялись выраженностью клинических проявле-ний процесса. Длительность терапии составила $19 \pm 7,34$.

В результате проведенного курса терапии клини-чески отмечалось исчезновение болей в области при-датков, исчезновение патологических белей, значитель-ное улучшение соматического статуса. Результаты повторного обследования определили нормализа-цию показателей бактериоскопических исследований, данных УЗ диагностики.

Данное сообщение является первым в новом направлении развития немедикаментозного метода лечения воспалительных заболеваний органов малого таза. Результаты проведенных наблюдений позволя-ют сделать вывод, что предлагаемый метод лечения является достаточно эффективным и безвредным для организма больных и для широкого использования в гинекологической практике нуждается в дальнейших научных исследованиях.

Литература:

1. Аседова Е.А., Кадиев Х.К., Шахабиддинов Т.Т. //Комп-лексная терапия псориаза у детей. Новости дерматологии и венерологии - 1999. - N3.- с.52-54.
2. Бобомурадов Т.А. //Оценка иммунологической эффек-тивности инфракрасного излучения при остром бронхите у детей. Международная научная конференция ИНФРА-2000 (Сборник научных статей). - Ташкент.-2000. - с.100-103.
3. Гвозденко Л.А. //О критериях оценки повреждающих эффектов инфракрасного излучения. Гигиена и санитария. - 1987. - N11. - с.20-24
4. Кныш Ю.К. //Действие инфракрасной радиации на сим-патико-адреналовую систему- Автореферат на соискание степ. Канд.мед.наук Харьков 1974- 16 с
5. Кулавский В.А., Уткин Е.В. //Критерии тяжести и остро-го неспецифического салпингоофорита. Акушерство и гинекология.- 1989.-N 2.- с.30-33.
6. Курбанов Д.Д., Хасанова М.А., Залиева М.В. //Со-стояние клеточного и гуморального звена иммунитета при

хламидиозе у женщин. - Педиатрия-1999. - с.189-191

7. Рахимов Р.Х., Насырова Г.И. //Применение узкоспектральных ИК-излучателей в лечении эпидемического паротита. Международная научная конференция ИНФРА-2000 (Сборник научных статей). - Ташкент.-2000. - с.141-143

8. Савельева В.М., Антонова Л.В. //Острые воспалительные заболевания придатков матки.- Акушерство и гинекология.- 1990 N1 - с.39-43.

9. Турсунов Б.С., Гафаров Э.Х. //Лечение ожоговых ран у детей в управляемой антибактериальной среде с инфракрасным излучением. Современные средства первой помощи и методы лечения ожоговой болезни. III Всесоюзная конференция.

- стр. 61-63.

10. Уквольберг Л.Я., Яшунова З.А.//Физические факторы производственной среды и их влияние на состояние здоровья работающих. Сборник трудов. Москва 1973 с.122-129

11. Boston Collaborative Drug Surveillance Program. Drug-induced anaphylaxis: a cooperative study. -JAMA- 1973 -vol. 224 - p. 613-615.

12. Bush W.H., Swanson D.P., Radiocontrast. Immunol. Allergy Clin. North Am. - 1995-vol. 15 -p597-612.

13. Rakhimov R. //Ceramic emitter as an eliminator of free radicals. Oxidative pathways in health and disease. 1999.December 1-4.- poster 53.

Т.Э.Тўлаганов.

Р.Қ.Жалолов.

ТУҒРУҚ БИОМЕХАНИЗМИДА ҲОМИЛАНИНГ ОЛДИН КЕЛГАН ҚИСМИНИНГ ИЧКИ БУРИЛИШИ ҚОНУНИЯТИНИНГ ЯНГИ ТАРКИБИ.

Иккинчи Тошкент Давлат медицина институти, Тошкент Давлат педиатрия медицина институти.

Т.Э.Тўлаганов, Р.Қ.Жалолов

Новый взгляд на закономерности внутреннего поворота предлежащей части плода в биомеханизме родов.

Нами обследованы женщины, страдающие различной степенью сколиоза, до наступления беременности, во время нее и в процессе родов с использованием рентгенологического и ультразвукового аппаратов. В результате были выяснены некоторые, не описанные ранее в литературе особенности биомеханизма родов, а именно, течение внутреннего поворота предлежащей части плода.

Ведущая роль в этом принадлежит форме и строению крыловидных костей. Был проведен сравнительный анализ течения родов и биомеханизм родов в группе женщин, страдающих сколиозом, а также имеющих признаки анатомического сужения таза, и контрольной группе. Выявлена прямая зависимость между степенью сколиоза и частотой родов в заднем виде -61,3%. Таким образом, в течении биомеханизма родов (внутренний поворот предлежащей части) основную роль играет строение крыльев тазовых костей, что мы назвали "пояснично-крыловидным фактором".

T.E.Tulaganov, R.K.Jalolov

Some new peculiarities of the internal turning of a child's front part in the biomechanism of labor.

The group of women with scoliosis and anatomic small pelvis was examined using X-rays and sonography before and during gestation and in labor. Some peculiarities of biomechanism have been investigated.

As it was seen the internal turning of the front part of a child depends on the form and structure of wings of the innominate bones. The frequency of the labor in the "back type" depends on the degree of scoliosis and /or contraction of pelvis, particularly, it equals to 61,3%. Such pathologies can be cause of leaning back of a child's head, and hence a changing of biomechanism in general.

Thus, the main reason of internal turning of a child's front part is the form and structure of innominate bones. We have called it "the Lumbar-Iliac Factor".

Меъради ва асоратланган туғруқ механизмини билиш муҳим аҳамиятга эга, чунки акушерлик амалиётларини бошқариш шартларидан бири шундан иборатки, ҳақим ўз ҳаракатлари билан туғруқдаги табиий жараёнга таҳлиқ қилмоғи лозим, бунга эса фақат механизмни тўлиқ билгандагина эришиш мумкин:- деб А.Я.Кроссовский бундан 120 йил аввал таъкидлаган.

Туғруқ биомеханизмининг хусусиятларини мукаммал ўзлаштиришга интилиш ҳақида И.Ф. Жордания янада қўпроқ эътибор қаратган. Олимнинг таъбирича "туғруқ биомеханизмини билиш - бу акушерлик санъатининг мустаҳкам пойдеворидир".

Қундалиқ акушерлик амалиётида аёл чанок ўлчамлари ва ҳомила ўлчамлари орасида мутаносиблик борлигидан истисно, акушер гинекологик, умумий анамнезлари асоратсиз бўлган тақдирда ҳам клиник тор чанок ҳоллари кўп учрайди. Таҳлиллар шуни кўрсатадики, бундай вазият ҳомилани орқа қўринишда тақалиши ва унинг олд томонга бурилмаганлиги сабабли рўй беради. Клиник тор чанок эса она ва бола учун ўзига хос асорат ва оғирлашувларга эгадир. Шу боисдан ҳомила олд қисмининг ички бурилиш қонуниятини ташкил қилувчи таркибларни аниқлаш акушерлик ва перинатал оғирлашувлар улушини ва даражасини камайтиришда қўйилган яна бир қадам бўлади деган умиддамиз.

Ҳомиланинг, айниқса уни олдин келган қисмининг, туғруқ йўллари тўсиқларидан ўтиши, яъни уни илгарилаб силжиши инкор қилиб бўлмайдиган икки хил ҳаракатнинг - бўйлама ва қўндаланг ўқлар атрофида бурилиши билан боғлиқдир.

Ҳомила олдин келган қисмининг қўндаланг ўқи атрофида бурилиши мавжуд адабиётда кенг ёритилган. Бироқ, шу билан бир каторда, ҳомила олдин келган қисмининг ўз бўйлама ўқи атрофида бурилиши ҳақидаги маълумотлар кам, мавжудларида келтирилган далиллар эса яхши эритилмаган.

Маълумки, ҳомиланинг олдин келган қисми кичик чанок бўшлиғида илгариланган ва айни вақтда, ўз бўйлама ўқи атрофида бурилади.

Ҳомиланинг олдинги келган қисмининг кичик чанок бўшлиғидаги ўз бўйлама ўқи атрофида бурилиш сабаби махсус адабиётларда ҳозирги вақтгача аниқ ёритилмаган.

Акушерлик илмининг йирик намоёндаларидан бири И.Ф. Жордания таъкидлаши бўйича, ҳомила боши энгашган ҳолатда кичик чанок бўшлиғига тушади ва кейинчалик бевосита паст томонга силжиш имконияти йўқлиги сабабли ўз бўйлама ўқи атрофида бурилади, яъни чанок бўшлиғининг пастки қисмига буралиб тақалади. Шуни таъкидлаш жоизки, ушбу бурилишда ҳомиланинг энса қисми олдинга бурилади ва пастда

жойлашади. Агар ҳомила бирламчи орқа кўринишда бўлса, бу бурилиш 135° ни ташкил қилади ва энса қов остига келади.

Айни вақтда М.С. Малиновский, А.М. Фой ўз изланишлари натижасида шуни аниқладиларки, ҳомила бошининг ўз бўйлама ўқи атрофида бурилиши кичик чанокқа кириш қисмида бошланади ва тубида ниҳоясига етади. Бироқ, улар ҳам бу бурилиш сабабини аниқ ёритиб бермаганлар.

Ҳомила олдин келган қисмининг ички бурилишида аёл чаноғининг кириш, кенг, тор ва чиқиш қисмлари ўлчамларининг бир-бирларига нисбатан ўзгаришлари, мушаклар, урогенитал диафрагма ҳолатларининг ўрни илмий адабиётларда ўз ифодасини топган.

Бироқ, қайси сабабларга кўра, ҳомила бошининг олдинга келган қисми энса бўлса у доимо қов томонга, кеккайиш даражасини қанчалик юқори бўлса, шунчалик кўп думғаза томонга, чаноғи билан тақалганда одатда олд кўринишга, ҳатто орқа оёғи тушган ҳолатда ҳам олд кўринишда бурилади.

Бундай қонуният сабаблари адабиётларда ўз аксини топмаган.

Аёллар чаноғини ҳомиладорликкача бўлган даврда рентгенологик, ҳомиладорлик, айниқса туғруқ жараёнида ультра товуш ёрдамида текширишлар, сколиозли аёлларда туғруқ кечишига бағишланган тадқиқотларимизга асосланган ҳолда айни вақтгача адабиётда ифодаланмаган ҳомила олдин келган қисмининг туғруқ биомеханизмида ички бурилиши қонуниятининг яна бир таркибини аниқладик.

Изланишлар натижасида яна бир бор тасдиқландики, меъёردаги ўлчамларга эга бўлган аёл чаноғининг ёнбош суяқларининг қанотлари ички томонда биров чуқурроқ ва йўналиши орқадан олдинга, юқоридан пастгадир.

Келтирилганларга асосланган ҳолда, ҳомила олдин келган қисмининг туғруқ биомеханизмидаги ички бурилиш босқичини кўриб чиқамиз:

1. Энса тақалиши:

а) олд кўриниши.

Ҳомила боши илгарилаб силжиши натижасида унинг елка қисми позицияга мос ёнбош суягининг қаноти бўйлаб сирпанади ва энса 45° бурилиб қов остига жойлашади.

б) орқа кўриниш.

Ҳомила боши илгарилаб силжиши натижасида унинг елка қисми позицияга мос ёнбош суягининг

қаноти бўйлаб сирпанади ва энса 135° бурилиб қов остига жойлашади.

2. Ҳомила бошининг кеккайиб тақалиши.

Ҳомила бошининг кеккайиб тақалиши сабабларидан бири анатомик тор чанокдир ва у ўз навбатида, ёнбош суяқлари қанотларининг тузилишида ўзгаришларга (яссиланиши, вертикалроқ жойланишига) олиб келади. Бунинг натижасида, табиийки туғруқ биомеханизми ҳам ўзгаради, ҳомила боши орқа кўринишда, олд тараф ўрнига, қисқа йўл билан орқа томонга 45° бурилади ва туғруқ шу кўринишда рўй беради. Ҳомила боши кеккайиши сабабли у кичик чанок бўшлиғида илгарилаб силжиши вақтида унинг елка қисми акс позиция томондаги ёнбош суяк қаноти бўйлаб сирпанади, натижада ҳомила боши орқага бурилади ва бурилиш чанок тубида ниҳоясига етади. Ҳомила бошининг орқага бурилиши, унинг кеккайиш даражасига боғлиқдир.

3. Чанок билан тақалиш.

Ҳомиланинг илгарилаш ҳаракати туфайли унинг елка қисми акс позиция томондаги ёнбош суякнинг қанотида сирпанади, натижада думбаси кичик чанок чиқиш қисмининг тўғри ўлчамидан ёриб ўтади.

Ҳомила олд қисмини ички бурилиши қонуниятининг биз аниқлаган таркибини сколиозли аёлларда туғруқ натижалари билан солиштирганимизда маълум бўлдики, сколиоз даражаси қанчалик юқори бўлса, ҳомила шунчалик кўп 61,3% орқа кўринишда туғилган.

Махсус-мактаб интернатда даволанган аёллар орасида сколиоз даражаси пастлиги сабабли ҳомила кўпроқ 39,6 олд рақамлар тури кўринишида туғилган.

Худди шундай ҳолат анатомик тор чанокли аёлларда ҳам қайд этилди.

Хулоса қилиб, амалга оширилган изланишларимиз натижасида қуйидагиларни таъкидлашимиз мумкин:

1. Ҳомила олд қисмининг ички бурилиши қонуниятини, бошқа сабабларни инобатга олинган ҳолда, ёнбош суяқлар қанотларининг ҳолатига боғлиқдир ва уни “бел-ёнбош” сабаби деб атадик.

2. Ҳомила олд қисмининг ички бурилишини ҳар бир аёлда истикболлашда ёнбош суяқлар қанотларининг ҳолати асосий омил ҳисобланади.

Адабиётлар

1. *Жордания И.Ф. “Учебник акушерства”М., Медгиз, 1955*

2. *Малиновский М.С. “Оперативное акушерство”М., Медгиз 1955*

А.М.Хаджибаев,
А.Мехманов

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ
НЕПРЕРЫВНОСТИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ
ПОВТОРНЫХ И РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА
ЖЕЛУДКЕ ПО ПОВОДУ РЕЦИДИВНЫХ И ПЕПТИЧЕСКИХ
ЯЗВ АНАСТОМОЗА ПОСЛЕ ВАГОТОМИИ

Государственный Научный Центр неотложной медицинской помощи
Андижанский медицинский институт

А.М. Хаджибаев ва. А.СМ.Мехманов

**Ваготомиядан кейинги анастомознинг такрорий ва пептик яраси туфайли ошқозонда қайтадан утказилган реконст-
ркетив жарроҳлик амалиётида ошқозон-ичак тракти узликсизлигини тиклашнинг баъзи масалари**

12-бармокли ичакнинг ваготомиядан кейинги такрорий яраси (79) ва анастомознинг пептик яраси (65) бўлган жами 144 беморда ошқозон
резекцияси амалиёти бажарилди.

Ошқозон қайта операциялар рецидив ва пептик яраларнинг жойлашиши, пилородуоденал соҳадаги ошқозонда ўтказилган операциялар-
дан кейинги анатомик ҳолат, ошқозон моторикаси ва кислота ишлаш қобилияти назарга олинган ҳолда амалга оширилди.

Юқорида кўрсатилган ҳолатларда ошқозон-ичак узлуксизлигини тиклашнинг ҳар хил турларига кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар баён
қилинган.

Узлуксизлиқни тиклаш мақсадида асосий жарроҳлик амалиёти қилиб тўғридан-тўғри гастродуоденоанастомоз, ёки уни бажаришнинг
имконияти бўлмаса термино-латерал гастродуоденоанастомоз бажарилиши мақсадга мувофиқлиги кўрсатилган

Hadjibaev A.M., Mehmanov A.

**Some problems of recovery of continuity of a gastrointestinal channel at repeated and recovery operations on a stomach
at recurrent round ulcers of an anastomosis after a vagisection**

144 ill with the recurrent and not begun to live duodenum ulcers of an intestine (79) and round ulcers of an anastomosis (65) after a vagisection
the resection of a stomach is made. The way of recovery of continuity of a gastrointestinal channel the ambassador resection of a stomach was
personalized depending on localization recurrent and round ulcers of an anastomosis, character complication and combined pathology,
topographoanatomic of conditions in a zone of operation bound with operations, draining a stomach, and from a condition of a motility and oxyntic
function of a stomach. The indications and contraindications to imposing of different kinds gastrointestinal coустий are set up. As operation of
selection consider by a straight line gastroduodenum an anastomosis, and at impossibility of fulfilment it is terminolateralis gastroduodenoanastomos.
After operation have died 4 ill.

Введение.

Широкое внедрение ваготомии в изолированном
виде или с органосохраняющими операциями на же-
лудке при хирургическом лечении язвенной болезни
12-перстной кишки и ее осложнений, привело к по-
явлению ряда патологических состояний, именуемых
в литературе “постваготомическими синдромами” [1,
2, 3, 4, 7]. Большинство больных из этой категории
нуждаются в повторном хирургическом лечении. В ос-
новном это больные с рецидивными язвами (РЯ) и
пептическими язвами (ПЯ) анастомоза после ваго-
томии. Распространенными видами повторных опера-
ций при РЯ и ПЯ анастомоза после ваготомии явля-
ются повторные и реконструктивные резекции же-
лудка в их различных вариантах [2-4,7,8].

Известно, что частота пострезекционных синдро-
мов в отдаленном периоде после операции зависит,
наряду с уровнем резекции желудка и от варианта
восстановления непрерывности желудочно-кишечно-
го тракта. Операции восстановления гастродуоденаль-
ной непрерывности при резекции желудка сопровож-

даются лучшими отдаленными результатами в плане
возникновения пострезекционных функциональных
синдромов, чем операции “выключающие” 12-перст-
ную кишку из пищеварения [4,6,8].

В связи с этим выбор оптимального способа вос-
становления непрерывности пищеварительного трак-
та в измененных анатомических условиях, связанных
с локализацией рецидивного язвенно-деструктивно-
го процесса и ранее проведенными операциями на
желудке имеет исключительное значение в повтор-
ной и реконструктивной хирургии желудка.

Материал и методы.

В клинике хирургических болезней педиатричес-
кого факультета с 1986 по 1998 гг. обследовано 160
больных по поводу РЯ и ПЯ анастомоза после ваго-
томии, мужчин было 146, женщин - 14. Возраст боль-
ных от 19 до 69 лет. Распределение больных по харак-
теру ваготомии и виду постваготомных язв представ-
лены в таблице 1.

Метод и объем повторной и реконструктивной
резекции желудка выбирали в зависимости от лока-

Таблица 1

Характер ваготомии и виды рецидивных и пептических язв

Вид ваготомии	Всего больных	
		Рецид
ТВ с дрен.операц.	7	-
СПВ с дрен. операц.	58	-
СПВ в изолир. виде	95	50
Итого :	160	50

Примечание: ТВ - труккулярная, СПВ -селективная проксимальная ваготомия.

Таблица 2

Количество больных и виды повторных и реконструктивных операций на желудке с различными вариантами восстановления непрерывности желудочно-кишечного тракта

Виды резекции желудка	Число больных
Резекция желудка в том числе:	144
Бильрот-1	67
Бильрот-1 ТЛ ГДА	12
Финстереру	34
Ру-Ридигеру	22
Бальфур	4
Мойниген	5

Примечание: ТЛ ГДА - термино-латеральный гастродуоденальный анастомоз.

лизации и характера осложнений РЯ и ПЯ анастомоза, топографоанатомических условий в пилорoduоденальной зоне, связанные с повторными язвенно-деструктивными процессами и от варианта ранее произведенных дренирующих желудок операций, состояние моторики и кислотопродуцирующей функции оперированного желудка. Операцией выбора была экономная резекция желудка с иссечением малой кривизны, которая является вариантом селективной ваготомии [6,7]. Этот вид операции был произведен 115 больным, остальным 29 больным выполнена экономная резекция желудка без иссечения малой кривизны. Виды повторных операций на желудке с различными вариантами восстановления непрерывности желудочно-кишечного тракта представлены в таблице 2.

Результаты и их обсуждение.

Основной особенностью повторных вмешательств после селективной проксимальной ваготомии (СПВ) является выраженный спаечный процесс в верхнем этаже брюшной полости особенно с печенью, которая как "панцирь" прикрывает тело и кардию желудка массивными плоскостными спайками, с обильно проросшими кровеносными и лимфатическими сосудами. А в пилорoduоденальном отделе выраженность спаечного процесса и нарушение анатомических взаимоотношений различные, в зависимости от вида дренирующих желудок операций и осложнений рецидивных и пептических язв анастомоза. Особенно грубые анатомические изменения обнаруживаются при пенетрирующих рецидивных и пептических язвах анастомоза, при стенозах привратника после изолированной СПВ и сужениях дренирующих желудок соустьях.

После выделения желудка из сращений (с печенью, поперечно-ободочной и тонкой кишками, передней брюшной стенкой) мобилизуем желудок по большой кривизне до необходимого уровня и перевязываем левую желудочную артерию. После этого накладываем гемостатические швы через всю стенку желудка (кетгут №4), оставлением соустья для анастомоза диаметром около 2,5 см на большой кривизне по намеченной линии резекции. После этого пересе-

каем желудок на границе 1/3 или 1/2 ее объема. При этом мы не пользуемся желудочными жомами, которые нарушают трофику в области анастомоза и вновь формируемой малой кривизны. Затем формируем малую кривизну культи желудка наложением серозно-мышечных узловых швов шелком или искусственными нитями до соустья, оставленного для восстановления непрерывности желудочно-кишечного тракта. Пересечение желудка перед его выделением позволяет в значительной степени обескровить и визуально выделить из сращений и мобилизовать удаляемую часть желудка и 12-перстной кишки по обоим кривизнам, передней и задней стенкам.

При больших, гигантских и сочетанных язвах желудка после СПВ, когда рубцово-язвенный процесс распространяется до кардиального отдела малой кривизны: культи желудка формируем открытым методом, т.е. поэтапным пересечением желудка по намеченной линии и наложением гемостатических швов кетгутом до места предполагаемого соустья у большой кривизны с последующим формированием малой кривизны культи желудка узловыми серозно-мышечными швами. Далее приступаем к восстановлению непрерывности желудочно-кишечного тракта.

1. Особенности восстановления непрерывности желудочно-кишечного тракта после изолированной СПВ.

Всего по поводу различных постваготомных язв после изолированной СПВ повторно оперировано 79 больных, из них 59 - по поводу осложненных форм незаживших и РЯ после СПВ, 19 - по поводу сочетанных РЯ 12-перстной кишки и желудка и остальные 6 больных оперированы по поводу вторичных язв желудка при постваготомном пилорoduоденальном стенозе, наступившем вследствие заживления язвы после СПВ. Из 79 повторно оперированных больных у 39 пациентов нам удалось завершить операцию восстановлением гастродуоденальной непрерывности. Из них у 29 больных создание прямого ГДА. Рубцовые и инфильтративные изменения в пилорoduоденальной области, резкое снижение пластических свойств 12-перстной кишки, выраженный перидуоденит служили основанием к отказу от наложения прямого гастродуоденоанастомоза (ГДА). Поэтому у остальных 10 больных выполнен концевой поперечный (7) или продольный (3) ГДА [5,8].

Особую сложность представляет в плане выбора восстановления непрерывности желудочно-кишечного тракта при операциях на желудке постбульбарные незаживающие и рецидивные язвы 12-перстной кишки после ваготомии. Если при первичных низких язвах 12-перстной кишки имеются два альтернативных способа хирургического лечения: резекция желудка на выключение, или СПВ с дренирующими операциями или в изолированном варианте, то при рецидивных и незаживших язвах после ваготомии такой перспективы нет. Попытки удаления этих язв травматичны и чреваты опасностью повреждения соседних органов и развитием послеоперационного панкреатита, от которого умерло 2 больных в начале нашей деятельности. В связи с этим всем одиннадцати больным с низкими постбульбарными рецидивными или незаживающими язвами после ваготомии нами выполнена эконо-

номная резекция желудка на “выключение” по Финстереру.

Остальным 29 больным произведены резекции 1/2 желудка с различными вариантами восстановления непрерывности желудочно-кишечного тракта. Так у 14 больных выполнена резекция желудка по Ру-Ридигеру в модификации И.Ю.Ибадова [6], у 2 больных по Бальфуру и у 3 больных непрерывность желудочно-кишечного тракта восстановлена созданием переднеободочного антиперистальтического гастроэнтеро-анастомоза (ГЭА) по Мойнигену, остальным 10 больным произведена резекция желудка по Гофмейстеру-Финстереру на короткой петле.

Операции восстановления гастроинтестинальной непрерывности с “выключением” 12-перстной кишки из пищеварения выполнены при следующих показаниях: при наличии сопутствующей ХДН у 14 больных, при пенетрирующих рецидивных и незаживших язвах - у 10 больных, при резкой деформации малого сальника и при наличии выраженного перипроцесса у 5 больных. Нам представляется, что выполнение резекции желудка при наличии активной пенетрирующей язвы или при наличии воспалительной стадии пилорoduodenальных стенозов опасно, так как она проводится в условиях воспалительной инфильтрации тканей, поддерживаемой наличием деструктивного процесса в язве. Мы наблюдали 2 летальных исхода вследствие несостоятельности швов культи 12-перстной кишки, поэтому в последние годы операцию выполняем только после предварительного курса консервативной терапии больных в терапевтическом стационаре гастроэнтерологического профиля, после ликвидации воспалительного процесса и уменьшения активного язвенно-деструктивного процесса.

В тех случаях, когда язва окружена воспалительным инфильтратом, распространяющимся не только на окружающие ткани, но и на стенку 12-перстной кишки, язвенный субстрат выделяли в открытой культе. Последнюю ушивали атипично, укрывая культю место пенетрации после обработки ее раствором антисептика. Наличие пенетрации язвы в поджелудочную железу не предопределяет развитие послеоперационного панкреатита, но у тех больных, которые имели эти осложнения в целях профилактики этого осложнения осуществляли следующие мероприятия: новокаиновую блокаду парапанкреатической клетчатки, аккуратное бережное манипулирование в зоне поджелудочной железы, трансназальную интубацию 12-перстной кишки, назначение ингибиторов ферментов и цитостатиков, введение глюкозо-новокаиновой смеси, спазмолитики и др. В результате проведения таких профилактических мероприятий в последние годы мы не потеряли повторно оперированных больных от острого послеоперационного панкреатита.

2. Особенности повторных и реконструктивных операций при пептических язвах анастомоза. Таких больных было 65. Одним из факторов, определяющих варианты повторных и реконструктивных операций при пептических язвах анастомоза является вариант ранее произведенной дренирующей желудок операции и топографо-анатомические изменения в пилорoduodenальной области, связанные с ней.

При пептической язве ГЭА, по поводу которой

повторно оперированы 19 больных, после формирования культи желудка и резекции желудка вместе с анастомозом, пилорической язвой и тощей кишкой с Браунским соустьем сразу восстанавливаем непрерывность тощей кишки “конец в конец” и приступаем к созданию непрерывности желудочно-кишечного тракта. Реконструктивная резекция желудка завершена созданием прямого ГДА по Бильрот-1 у 11 больных, по Финстереру на короткой петле - у 4. При этом ГЭА между культей желудка и тощей кишкой всегда накладывали дистальнее межкишечного анастомоза. Из них у 2 больных с пептической язвой переднего ГЭА с межкишечным Браунским соустьем, при наличии достаточной длины приводящего и отводящего колена анастомоза, для упрощения операции и ускорения ее, после резекции желудка вместе ГЭА и приводящей и отводящей петель, имеющийся межкишечный анастомоз использован для сохранения непрерывности кишечной трубки. Пересеченные оба колена выше межкишечного анастомоза, перевязаны и инвагинированы в культю выше анастомоза или проведена защита 2-рядными швами без вмешательства на самом межкишечном анастомозе.

Возможен и другой вариант операции. Культи желудка анастомозирует с отводящей петлей, пересеченной тощей кишкой в виде соустья по Ру. Приводящий конец тощей кишки анастомозирует в бок отводящего на расстоянии 35-40 см от желудочно-кишечного анастомоза методом инвагинации [6]. Подобная реконструктивная операция была произведена у 4 больных с пептической язвой переднего ГЭА после ваготомии.

Больных с пептической язвой ГДА по Джабулею было 36. Из них у 28 больных операцию завершили по первому способу Бильрот. Из них у 2 больных непрерывность желудочно-кишечного тракта восстановлена созданием термино-латерального ГДА в модификации Л.Г.Хачиева с соавт. [2]. Остальным 8 больным выполнена реконструктивная резекция желудка с восстановлением непрерывности желудочно-кишечного тракта по Финстереру у 3 больных, по Ру-Ридигеру с межкишечным инвагинационным анастомозом - у 3 больных, по Бальфуру - у 1 и по Мойнигену - у 1.

Всем больным с рецидивными язвами 12-перстной кишки после пилороластики произведена экзонная резекция желудка с иссечением малой кривизны. Из них у 4 непрерывность желудочно-кишечного тракта восстановлена путем создания прямого гастродуоденоанастомоза по Бильрот-1, у 3 - по Финстереру, у 1 - по Ридигеру. Остальным 2 больным непрерывность восстановлена созданием антиперистальтического переднеободочного ГЭА по Мойнигену.

Заключение.

Таким образом, решение проблемы лечения больных с рецидивными и пептическими язвами анастомоза после ваготомии заключается в дальнейшем улучшении организации всего комплекса диспансерных мероприятий у больных после выполнения органосохраняющих операций, одним из ведущих звеньев которого является взаимосвязь между терапевтами и хирургами, позволяющая своевременно определить

показания к повторному оперативному лечению и избежать послеоперационных осложнений.

Выбор способа восстановления непрерывности желудочно-кишечного тракта при повторных операциях по поводу рецидивных и пептических язв анатомоза затруднителен, так как у большинства больных имеет место пенетрация язвы в соседние органы и анатомо-топографические изменения, связанные с дренирующими желудок операциями.

У большинства больных (54%), осуществлен принцип первого способа Бильрота, но при общем стремлении к наложению прямого ГДА выбор метода операции при рецидивных и пептических язвах анатомоза должен быть индивидуален в зависимости от ее осложнений и ранее произведенных дренирующих желудок операций.

При резекции желудка по Бильрот-1 методом выбора желудочно-кишечного соустья считаем наложение прямого ГДА, а в тех случаях, когда это невозможно - терминолатерального ГДА.

При постбульбарных рецидивных и незаживших язвах после ваготомии, гигантских и больших пенетрирующих РЯ и ПЯ и при сочетании Р и ПЯ анасто-

моза с ХНД более приемлемым является резекция желудка по Бильрот-11 в модификации Финстерера и Ру-Ридигера с межкишечным анагинационным анастомозом.

Литература:

- 1.Березницкий Я.С., Кириченко В.И., Спивак В.П., Шевченко Б.Ф. Диагностика и лечение постваготомических нарушений //Хирургия.- 1992.- №2.- С.21-25.
- 2.Вахидов В.В., Хаджибаев А.М. Постваготомные синдромы и их хирургическая коррекция.- Т., 1993.- 206 с.
- 3.Горбашко А.И., Рахманов Р.К. Постваготомические синдромы.- Т., 1991.- 168 с.
- 4.Калиш Ю.И. Болезни оперированного желудка: Автореф. дисс.докт.мед.наук.- Москва, 1984.- 31с.
- 5.Мышкин Е.Н., Франкфурт Л.А., Чернышев Н.Н. Терминальный гастродуоденальный анастомоз в хирургии язвенной болезни//Хирургия.- 1982.- №3.- С.3-6.
- 6.Ибадов И.Ю. Модификации резекции желудка по Ру-Ридигеру//Хирургия.- 1991.- №3.- С.76-78.
- 7.Ибадов И.Ю., Мехманов А. Хирургическое лечение рецидивных и пептических язв после ваготомии//Вестник хирургии.- 1990.- 310.- С.44-46.
- 8.Чернышев В.Н., Поляков П.В. Хирургическое лечение язвенной болезни 12-перстной кишки у больных молодого возраста//Вестник хирургии.- 1992.- №4.- С.15-21.

Р.А.Хорошаева,
Н.У.Шарапов

ОСОБЕННОСТИ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ

Научный центр хирургии им.акад.В.Вахидова МЗ РУз.

Р.А.Хорошаева, Н.У.Шарапов

АТЕРОСКЛЕРОТИК ЎЗГАРИШЛАРИ БЎЛГАН ХИРУРГИК БЕМОРЛАРДА КОРОНАР ЕТИШМОВЧИЛИГИ ДАРАЖАСИНИ БАХОЛАШНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ.

Аорта равони, қорин аортаси ва унинг тармоқлари атеросклеротик ўзгаришлари бўлган 72 хирургик беморда (ўртача ёши 52 ± 7 ёш) юрак ишемик касаллигини (ЮИК) ташхислаш мақсадида велоэргометрия, қўл эргометрии ва изометрик юк синамалари ўтказилди. 30,5% беморда ЮИК билан оғирган беморларнинг кўпчилиги (72,6%) III ва IV гуруҳ ФК га киртирилди, бу ўз навбатида бундай беморларда биринчи босқичда коронар артерияларнинг реконструкцияси амалиётини бажариш тўғрисида масалани ҳал қилиш мақсадида коронарография текширувини ўтказиш заруриятини қўрсатади.

Khorochaeva R.A., Sharapov N.U.

FEATURES OF ESTIMATION OF THE CORONARY INSUFFICIENCY DEGREE IN SURGICAL PATIENTS WITH ASSOCIATED ATHEROSCLEROTIC INJURIES

In 72 surgical patients (mean age 52 ± 7 years old) with atherosclerotic injuries of the aortic arch, abdominal aorta and its branches veloergometry, manual ergometry and isometric load were performed to diagnose the attendant IND. IND was diagnosed in 30.5% patients. The majority of patients with IHD (72.6%) were belonged to FC II and IV that determined the necessity of coronary artery reconstruction on the first stage.

Вопросы диагностики и тактики консервативного и хирургического ведения больных с различными клиническими формами ИБС продолжают оставаться ведущими в современной кардиологии и кардиохирургии [2,6,7,9]. Интенсивно разрабатываются вопросы тактики ведения больных с сочетанными атеросклеротическими поражениями различных артериальных бассейнов - коронарных артерий, ветвей дуги аорты, брюшной аорты и ее ветвей [1,4,5,7,11,12].

При сочетанных поражениях коронарных артерий, ветвей дуги и брюшной аорты мозговой инсульт и инфаркт миокарда являются основными причинами неблагоприятных исходов при выполнении реконструктивных операций.

В диагностике поражения коронарных артерий нагрузочное тестирование является основным объективным неинвазивным методом оценки степени тяжести ИБС, определяющим показания к выполнению коро-

нографии и аорто-коронарного шунтирования (АКШ).

Цель настоящего исследования- уточнение тактики подхода к диагностике ИБС у больных с сочетанными атеросклеротическими поражениями.

Материалы и методы

Из 140 обследованных нами больных (98% мужчин, 2% женщин, средний возраст 52 ± 7 лет) с синдромом дуги аорты, поступивших на реконструктивные операции, у 62,2% по результатам ангиографии диагностировано двухстороннее или множественное поражение ветвей дуги аорты. Из них в группу обследуемых включены 72(52,4%)больных, имевших поражение брюшной аорты и ее ветвей.

Диагностика сопутствующей ИБС осуществлялась с применением велоэргометрии («Siregnost FD 88» «Siemens») по стандартному протоколу (в положении сидя с частотой педалирования 60 об/мин и по-

вышением уровня нагрузки на 25 Вт. каждые 3 минуты, до достижения субмаксимальной ЧСС или порогового уровня нагрузки (появления стенокардии напряжения или транзиторной ишемии миокарда на ЭКГ [8] и ручной эргометрии- педалирования руками по вышеуказанной методике.

У больных со стенокардией покоя при малых нагрузках выполнялась изометрическая нагрузка [3] с помощью сжатия большим пальцем динамометра в течение 4-5 минут, что обуславливало рост гемодинамической нагрузки на сердце при постепенном повышении сопротивления сердечному выбросу за счет повышения системного артериального давления и частоты сердечных сокращений. До, во время и после нагрузки регистрировалась ЭКГ и измерялось давление по методу Короткова. Уровень нагрузки определяли по величине двойного произведения (ДП) (произведение АД и ЧСС). Критериями ишемии считали появление стенокардии напряжения и горизонтальной или косонисходящей депрессии сегмента ST > 1 мм по сравнению с исходными данными.

По степени тяжести больные с ИБС разделены на 4 функциональных класса по классификации Нью-Йоркской ассоциации кардиологов.

Результаты и обсуждение

Из 72 больных 14 перенесли инфаркт миокарда (4-трансмуральный) в сроки от года до 10 лет к моменту обследования, стенокардия напряжения имела у 4 больных, стенокардия малых нагрузок и покоя - у 4.

Сложности диагностики сопутствующей ИБС у обследованной группы больных определялись наличием стенокардии покоя и малых нагрузок (у 4) и ранним развитием симптомов перемежающейся хромоты (у 38 больных).

Это определило тактику в выборе диагностики ИБС: применение велоэргометрии, ручной эргометрии и изометрической нагрузки.

По результатам велоэргометрии (30 больных) ИБС диагностирована у 8 (стенокардия напряжения, депрессия сегмента ST более 1 мм в одном или нескольких отведениях ЭКГ). У 22 больных на субмаксимальном уровне нагрузки признаков транзиторной ишемии миокарда не выявлено.

У 38 больных с ранними симптомами перемежающейся хромоты выполнена ручная эргометрия. ИБС диагностирована у 10 больных. У 4 нагрузка прекращена в связи с появлением стенокардии напряжения в сочетании с депрессией сегмента ST в двух отведениях ЭКГ более 1 мм, у 6 - в связи с наличием признаков ишемии миокарда на ЭКГ, не сопровождавшихся стенокардией. 28 больных выполнили нагрузку до достижения субмаксимальной возрастной ЧСС без клинических и ЭКГ признаков транзиторной ишемии миокарда.

Установлена эффективность применения ручной эргометрии у больных с сочетанными атеросклеротическими поражениями в диагностике ИБС. Сравнительная оценка основных показателей вело- и ручной эргометрии показала отсутствие статистически значимых различий ($p < 0,01$) при указанных видах тестирования (двойного произведения, времени работы по стандартному протоколу велоэргометрии, ЧСС).

Отмечена лишь несколько большая (на 5-10%) ЧСС на пороговом уровне нагрузки при ручной эргометрии.

Это позволяет рекомендовать нагрузочное тестирование с педалированием руками у больных при наличии симптомов перемежающейся хромоты с целью выявления скрытой коронарной недостаточности и оценки степени выраженности ИБС. Своевременная диагностика ИБС у таких больных определяет тактику и характер предоперационной подготовки больных с ИБС и уточнение показаний к выполнению АКШ на первом этапе с целью снижения летальности от острого инфаркта миокарда в послеоперационном периоде.

Методом выбора в диагностике ИБС с сочетанными атеросклеротическими поражениями может быть изометрическая нагрузка.

Результаты наших исследований показали эффективность ее применения у больных со стенокардией покоя и малых физических нагрузок. Стенокардия напряжения, сопровождавшаяся транзиторной ишемией миокарда, возникшая в течение 3-4 минут тестирования (горизонтальная депрессия сегмента ST на 1-1,5 мм по сравнению с исходными данными), отмечена у 4 больных. Особенностью пробы является минимальная энергетическая нагрузка на миокард, что гарантирует безопасность в случае тяжелой степени коронарной недостаточности.

У больных со стенокардией напряжения, возникающей при значительных физических нагрузках, проба оказалась неэффективной в связи с появлением усталости мышц предплечий при проведении пробы свыше 5 минут.

В результате проведенных исследований ИБС диагностирована у 22 (30,5%) из 72 больных.

По степени тяжести ИБС ко II функциональному классу (ФК) отнесено 6 (27,4%) больных, к III ФК- 12 (54,5%), к IV- 4 (18,1%). Установленная значительная частота сопутствующей ИБС III и IV ФК (72,6%) свидетельствует о необходимости выполнения у таких больных коронаграфии с целью определения показаний к рентгенэндоваскулярной дилатации и стентированию коронарных артерий или коронарного шунтирования на первом этапе с последующим выполнением реконструктивных операций на ветвях дуги аорты или брюшной аорте и ее ветвях.

Выводы

1. С целью диагностики и объективизации степени выраженности ИБС у больных с атеросклеротическими поражениями ветвей дуги и брюшной аорты, целесообразным является дифференцированный подход к применению нагрузочных проб с использованием велоэргометрии, ручной эргометрии или изометрической нагрузки, в зависимости от возможностей больных к выполнению того или иного теста.

2. Сопутствующая ИБС диагностирована у 30,5% больных с сочетанными атеросклеротическими поражениями ветвей дуги аорты, брюшной аорты и ее ветвей. Большинство больных с ИБС (72,6%) отнесены к III и IV ФК, что определяет необходимость проведения у таких больных коронаграфии для решения вопроса о выполнении на первом этапе реконструкции коронарных артерий.

Литература

1. Акчурун Р.С., Беляев А.А., Долгов Ч.М. Выбор тактики у больных с сочетанными поражениями коронарного и брахиоцефального русла. Тез. докл. I Всесоюзного съезда сердечно-сосудистых хирургов. М., 1990, С. 481-482.
2. Аронов Д.М., Мазаев В.Т., Михеева Т.Г. с соавт. Доклинический период ИБС и коронарного атеросклероза в классификации функционального состояния больных. // Тер. архив, 1996-№5. - С.47-51.
3. Белецкий Ю.В., Иванов С.В., Лабуцкий А.К. с соавт. Классы тяжести коронарной недостаточности у больных со стенокардией покоя и малых напряжений по данным изометрической нагрузки. // Кардиология. 1988-№9. - С.66-70.
4. Белов Ю.В., Баландин Н.Л. Одномоментные операции у больных с сочетанными поражениями коронарных и брахиоцефальных артерий. // Ангиология и сосудистая хирургия. 1996.- №5.- С. 35-42.
5. Белов Ю.В., Султанян Т.Л., Степаненко А.В. с соавт. Одномоментная реваскуляризация миокарда с протезированием брюшного отдела аорты и почечной артерии. // Ангиология и сосудистая хирургия. 1997.- №4.- С. 121-128.
6. Зяблов Ю.И., Плотнокова Н.Д. Безболевая ишемия миокарда у больных с различными клиническими формами ИБС. // Тер. арх.- 1996.- №9.- с.40-42.
7. Покровский А.В., Фитеев С.Б., Складорова Е.А. Значение резерва коронарного кровообращения в оценке частоты инфаркта миокарда при хирургическом лечении больных атеросклерозом аорты и ее ветвей. // Ангиология и сосудистая хирургия, 1996.- №5.- С. 46-50.
8. Хорошаева Р.А., Сетракан С.А., Воловой В.Л. с соавт. Применение нагрузочного тестирования с определением максимального потребления кислорода у больных ишемической болезнью сердца. // Мед. журнал Узбекистана, 1988.- №12.- С.15-18.
9. Чернявский А.М., Гарганеева А.А., Тепляков А.А. с соавт. Клинико-функциональные особенности обратного развития коронарной и миокардиальной недостаточности у больных ИБС после прямой реваскуляризации миокарда. // Тер. арх., 1996.- №4.- с.36-40
10. Chimowitz M.Y., Weiss D.G., Cohen S.Z. et.al. Cardiac prognosis of patients with carotid stenosis and no history of coronndry artery disease. // Stroke, 1994.- V.25.- P. 759-765.
11. Raby K., Ron K. Long-term prognosis of miocardial ischemic defected by Holter monitoring in periferal vasalar disease. // Am. J. Cardiol., 1990.- V. 66 (19). P.- 617 - 625.
12. Sanguigni V., Galli M., Strano A. Incidence of carotid atherosclerosis in patients with coronary artery disease. // Angiology, 1993.- V. 44. - P. 34-38.

Худайбергенов Ш.А.,
Баженов Л.Г.,
Салахидинов С.З.

ЗНАЧЕНИЕ HELICOBACTER PYLORI ПРИ ДЕМПИНГ-СИНДРОМЕ

Научный центр хирургии им.акад. В.Вахидова МЗ РУз

Худайбергенов Ш.А., Баженов Л.Г., Салахидинов С.З.

ЗНАЧЕНИЕ HELICOBACTER PYLORI ПРИ ДЕМПИНГ-СИНДРОМЕ

Обследовано 15 больных с демпинг-синдромом, развившимся после резекции желудка по Бильрот-II по поводу язвенной болезни 12 перстной кишки, с помощью клинических, рентгенологических, эндоскопических и микробиологических методов.

Установлено наличие у больных выраженное подавление желудочной секреции, обуславливающее снижение частоты высеваемости «НР» и возрастание высеваемости грибковой и транзиторной бактериальной микрофлоры. Выявленные нарушения микроэкологии требуют соответствующей коррекции. Профилактика демпинг-синдрома должна включать проведение своевременной противохеликобактерной терапии.

Khudaybergenov Sh.A., Bazhenov L.G., Salakhidinov S.Z.

«HELICOBACTER PYLORI SIGNIFICANCE IN DUMPING SYNDROME».

15 patients with dumping syndrome developed after the stomach resection according to Billroth II for duodenal ulcer were examined by clinical, roentgenologic endoscopic and microbiological methods.

It was exposed the presence of pronounced suppression of the gastric secretion stipulated the reduction of the frequency of HP sowing and increase of the fungous and the transitory bacterial microflora. The revealed disturbances of microecology demand the corresponding correction.

The dumping syndrome prophylaxis has to include the conduction of the modern antihelicobacter therapy.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки занимает одно из ведущих мест в структуре заболеваний органов пищеварения, поражая до 10% населения экономически развитых стран [8,9]. Их консервативное лечение даже при применении современных медикаментозных средств не всегда приводит к желаемому успеху [5], а в случаях развития осложнений (кровотечение, перфорация, пенетрация, стеноз и их сочетания) операция неизбежна. Однако, многолетний опыт хирургического лечения язвенной болезни показал, что удаление части органа или вмешательство на вегетативной нервной системе нередко приводят к развитию ряда патологических синдромов [3,6,7]. К наиболее тяжелым из них относится синдром сбрасывания или демпинг-синдром (ДС), развивающийся, как правило, после резекции желудка по второму способу Бильрота [4], а также в некоторых случаях и по его первому способу.

Установление в последние годы важной роли *Helicobacter pylori* (НР) в этиопатогенезе язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки позволило пересмотреть традиционные взгляды на ее

лечение и профилактику [5,9]. Вместе с тем, значение НР и других микроорганизмов в возникновении и течении пострезекционных синдромов в т.ч. и ДС практически не освещено.

Целью настоящей работы явилось изучение роли НР и другой микрофлоры культи желудка при ДС.

Материал и методы исследования.

Обследовано 15 пациентов (9 мужчин и 6 женщин) в возрасте от 25 до 61 года, страдающих ДС, развившимся после резекции желудка по Бильрот-II по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

Диагноз ДС был установлен на основании жалоб больных, анамнеза, клинических данных, результатов эндоскопического, рентгенологического исследования.

В качестве материала для микробиологического исследования использовали желудочный сок, полученный при зондировании культи желудка. Пробу желудочного сока натошак в количестве 10-20 мл забирали в стерильный флакон и доставляли в лабораторию, где материал микроскопировали по Граму и высевали на соответствующие питательные среды. НР

Таблица
Результаты микробиологического исследования
желудочного сока больных с демпинг-синдромом.

Показатель	Количество больных	
	Число наблюдений	в %
Обследовано всего больных	15	100
Из них: без микрофлоры	1	6,7
с микрофлорой	14	93,3
в том числе: с выделением монокультуры	5	33,3
с ассоциациями микроорганизмов	9	60,0
с <i>H. pylori</i>	3	20,0
с грибами рода <i>Candida</i>	5	33,3
с плесневыми грибами	3	20,0
с другими микроорганизмами	13	86,7

определяли с помощью методов, описанных нами ранее [2], а грибы рода Кандида (ГРК) и другие аэробные микроорганизмы - традиционными и модифицированными методами [1].

Результаты и обсуждение.

Больные с ДС при поступлении предъявляли следующие жалобы: наличие приступов слабости во время еды или в течение 5-10 мин после приема жидкой пищи, особенно после сладких и молочных блюд, чувство жара и потоотделение, головокружение, головную боль, тошноту, рвоту.

Из анамнеза было выяснено, что у всех пациентов, признаки ДС появились в течение первых двух лет после первичной операции.

Эндоскопическое исследование показало, зияние гастроэнтероанастомоза и наличие в его зоне воспалительных изменений, а также дистрофические изменения слизистой оболочки культи желудка.

При рентгенологическом исследовании отмечена ускоренная эвакуация контрастной массы через гастроэнтероанастомоз по типу провала в течение 5-10 мин.

При изучении кислотопродуцирующей функции культи желудка у 11 (73,3%) больных выявлена нулевая кислотность, а у оставшихся 4-х (26,7%) она была очень низкой (БПК 1,77-2,35 ммоль/мл).

Дефицит массы тела отмечен у 12 (80%) пациентов, и в среднем составил $10,3 \pm 1,78$ кг.

Результаты микробиологического исследования содержимого культи желудка у наблюдаемых больных представлены в таблице.

Как видно из этой таблицы микрофлора обнаружена у 14 (93,3% больных), у 1 (6,7%) больного микроорганизмы в желудочном содержимом отсутствовали. У 5 (33,3%) больных выделены монокультуры, а у 9 (60,0%) - ассоциации микроорганизмов. НР обнаружены только в 3-х случаях (20,0%), ГРК - в 5 (33,3%), плесневые грибы - 3 (20,0%), другие аэробные микроорганизмы - 13 (86,7%).

Обращает на себя внимание достаточно низкая

частота обнаружения НР при ДС (20,0%), учитывая высокую обсемененность НР больных с язвенной болезнью. Однако, это вполне согласуется с данными литературы [1,3,7], свидетельствующими о том, что при отсутствии противохеликобактерного лечения, после операции эти микроорганизмы ускоряют атрофические процессы в слизистой оболочке культи желудка, что приводит к снижению и в дальнейшем к полному прекращению ее секреторной активности. Последнее создает неблагоприятные условия для жизнедеятельности НР и в тоже время способствует росту ГРК, плесневых грибов, а также банальной транзитной микрофлоры, что мы и наблюдаем у наших больных.

Таким образом, у больных с ДС инициированный НР патологический процесс, обуславливающий атрофию кислотопродуцирующих клеток и снижение секреторной активности, способствует подавлению барьерных функций желудочного сока и создает условия для развития грибов и банальной транзитной микрофлоры, усугубляющих заболевание. Отсюда следует вывод о необходимости контроля НР-инфекции у гастроэнтерологических больных с момента их первичного обращения в лечебно-профилактическое учреждение и своевременной эрадикации выявленного возбудителя. А в случаях уже развившегося ДС целесообразно проводить соответствующие мероприятия, направленные на коррекцию микробиологических нарушений, разработке которых и будут посвящены наши дальнейшие исследования.

Выводы.

1. У больных с ДС наблюдается атрофия кислотопродуцирующих клеток культи желудка и выраженное подавление желудочной секреции, обуславливающее снижение частоты выделения НР и возрастание высвеемости грибовой и транзитной бактериальной микрофлоры.

2. Выявленные нарушения микроэкологии культи желудка требуют проведения необходимых мероприятий по их коррекции.

3. Профилактика ДС и других пострезекционных осложнений при хирургическом лечении язвенной болезни должна обязательно включать противохеликобактерную терапию.

Литература

1. Артемова Е.В. Микробиоценоз желудка при гастродуоденальном хеликобактериозе и возможности его коррекции: Автореф. дис. канд. биол. наук. - Ташкент, 2001. - 20с.
2. Баженов Л.Г., Перепелова И.Н. Выделение и идентификация Хеликобактер пилори при гастродуоденальной патологии: Методические рекомендации. - Ташкент, 1994. - 14с.
3. Ишмаков Л.Н., Масевич Ц.Г., Асанина Л.М. и др. // Эндоскопические и гистологические изменения слизистой оболочки культи при инфицировании *Helicobacter pylori*. - Вестник хирургии. - 1999. - N2. - С.13-16.
4. Крылов Н.Н. // Лечение пострезекционных синдромов. - Рус. медицинский журнал. - 1998. - N7. - С.437-439.
5. Латина Т.Л. // Рекомендации по лечению инфекции *Helicobacter pylori*. - 1998. - N7. С.419-425.
6. Лохвицкий С.В., Дарвин В.В., Прошин А.В. и др. // Оценка результатов хирургического лечения язвенной болезни, ассоциированной с *Helicobacter pylori*. - Вестник хирургии. - 1998. - B2. - С.18-20.
7. Подолужный В.И., Зайцев С.А., Пузакова О.Ю. и др. Геликобактериоз оперированного желудка при язвенной болезни. // Вестник хирургии. - 1999. - N5. - С.16-18.

8. Ткаченко Е.Н., Расновская Н.Ф., Луфт В.М. Заболеваемость язвенной болезнью в Санкт-Петербурге. // Рос. журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. -1995.-

N3.-С.233.

9. Smith J., Garner B. medical and surgical treatment of peptic ulcer disease. // Current Opinion in Gastroenterology. -1993, Vol.9.-P.909-916.

Б.В. Шабалкин,
Ю.В. Белов,
И.В. Жбанов,
Т.С. Арзикулов,
Н.А. Трекова,
А.Г. Яворовский,
Г.В. Бабалян

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА БЕЗ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Российский научный центр хирургии РАМН, Москва

Шабалкин Б.В., Жбанов И.В., Белов Ю.В., Арзикулов Т.С., Трекова Н.А., Яворовский А.Г., Г.В. Бабалян

Юрак ишемик касаллигини сунъий қон айланиш усулсиз хирургик даволаш.

Мақолада сунъий қон айланиш усулини қўллагандан бажарилган дастлабки 82та миокард реваскуляризацияси операцияси тажрибаларнинг таҳлили ёритилган. 45та операция чап олд минторакотомия йўли билан бажарилган, 37 операциядан стернотомия қўлланилган 68 беморда 1та тож артериясини шунтлаш, 14та беморда 2 ва ундан ортиқ артерияни шунтлаш амалиёти бажарилган.

12 бемор аортакоронар шунтлаш (АКШ)дан кейин стенокардиянинг қайта хуружи сабабли такроран операция қилинган операциядан сўнги дастлабки натижалар тўла қониқарли бўлди. Операция давомида 3,65% (3) беморда миокард инфаркти кузатилди, миокард инфаркти сабаб бўлган госпитал леталлик 2,43% (2)ни ташкил қилган. АКШни ишлаб турган юракда бажаришга кўрсатмани аниқлашда ангиография критерийлари ҳам қилувчи рол ўйнайди.

Коронар артерияни интраоперацион баҳолаш бажариладиган амалиётининг имкониятлари батамом аниқлашга ёрдам беради. Операциянинг натижалари хирург ва анестезиологнинг тажрибаси ва квалификациясига, уларнинг ўзаро биргаликдаги ҳаракатларининг аниқлигига боғлиқдир. Операциянинг самарадорлигининг муҳим шартлари реваскуляризация соҳасининг оптимал экспозицияси ва миокарднинг локал стабилизацияси тизимининг қўлланилишидир.

Ўтланган тажрибалар ва узоқ муддатдаги антижаларнинг таҳлили сунъий қон айланиш усулсиз бажариладиган АКШ амалиётининг коронар хирургиясидаги ўрнини батамом аниқлашга имкон беради.

Высокий уровень безопасности и клиническая эффективность аортокоронарного шунтирования (АКШ) не вызывают никаких сомнений. В то же время, интенсивный поиск резервов улучшения его результатов продолжается. Многие хирурги видят их в максимально возможном отказе от применения искусственного кровообращения (ИК). Операции на работающем сердце исключают системную воспалительную реакцию, неизбежно возникающую в ответ на ИК, выраженные проявления которой клинически реализуются в виде тяжелых осложнений со стороны внутренних органов [3,7].

Основой для развития коронарной хирургии без ИК послужили работы отечественного хирурга В.И. Колесова, который первым в 1964 г. выполнил операцию маммарокоронарного анастомоза (МКА) на работающем сердце и сформулировал ее основные принципы [1]. Многолетний опыт выполнения АКШ в условиях ИК позволил достичь хирургам высокого уровня технического мастерства, который послужил основой возобновления интереса к операциям реваскуляризации миокарда на работающем сердце. Начиная с 1997г. наблюдается четкая тенденция к постоянному увеличению таких операций [4,9]. Первоначально объектом вмешательства была только передняя нисходящая артерия (ПНА), доступ к которой осуществляли через небольшую левую переднюю торакотомию. Операцию считали показанной пациентам с тяжелой сопутствующей патологией и высоким риском ИК, имевшим объективно документированное, клинически значимое поражение ПНА [5,11]. Вскоре появились сообщения об операциях множественного АКШ на работающем сердце с использованием традиционного доступа через срединную стернотомию [6,10,13]. Сейчас все хи-

рургические вмешательства на бьющемся сердце могут быть разделены на 2 группы: 1 — малоинвазивная реваскуляризация миокарда (МИРМ, MIDCAB — Minimally Invasive Direct Vision Coronary Artery Bypass) 2 — АКШ без ИК (OPCAB — Off-Pump Coronary Artery Bypass). При МИРМ через минторакотомию формируют МКА между ЛВГА и ПНА. АКШ без ИК проводится через срединную стернотомию, которая обеспечивает доступ ко всем КА и позволяет выполнить множественное АКШ.

В настоящее время ряд хирургов стремится проводить все операции АКШ на работающем сердце. Принимая во внимание только экономический аспект, в нашей стране операции на работающем сердце нередко рассматривают в качестве выгодной альтернативы традиционному АКШ в условиях ИК [2,12,15].

Преимущества операций на работающем сердце несомненны. Однако, всегда ли можно говорить о наличии взвешенного, рационального, объективного подхода к определению показаний к ним? Разумно ли всегда отказываться от планового выполнения АКШ в условиях ИК? Учитывая современную методологию ИК, можно ли утверждать, что его риск всегда превышает риск операции на работающем сердце? И, наконец, существуют ли доказательства более высокой клинической эффективности операций без ИК в отдаленном послеоперационном периоде? На некоторые из поставленных вопросов мы постарались ответить в настоящей работе, основанной на первом опыте операций реваскуляризации миокарда без ИК.

Материал и методы

Мы располагаем опытом 82 операций реваскуляризации миокарда без ИК, выполненных в отделе хирургии открытого сердца и аорты РНЦХ РАМН в

1996-2000 г.г. Средний возраст пациентов - 48±9.2 (31-76) лет; 74 мужчины и 8 женщины. 12 пациентов оперированы повторно по поводу рецидива стенокардии после АКШ. Тяжесть всех пациентов по основному заболеванию соответствовала III-IV функциональному классу. 45 (54,8%) пациентов имели постинфарктные рубцовые изменения левого желудочка, у 1 из них диагностирована аневризма задней стенки левого желудочка. Только у 5 пациентов фракция изгнания левого желудочка была ниже 0.4. 77 пациентов (93,9%) имели поражение ПНА: 35 (42,6%) – изолированное, 47 (57,3%) – как часть многососудистого поражения коронарного русла.

Характеристика операций представлена в таблице.

45 операций выполнили через левую переднюю миниторакотомию: 35 первичных и 5 повторных, 5 из этой группы с сочетанными операциями. Всегда шунтировали только ПНА, формируя МКА с левой внутренней грудной артерией (ЛВГА).

Срединная стернотомия использована в качестве доступа при 37 операции – 30 первичных и 7 повторных, в 7 случаях с сочетанными операциями,. Шунтирование 1 КА выполнили 22 пациентам, 2 и более КА – 14, шунтирование 2 КА и пликацию аневризмы задней стенки левого желудочка – 1 пациенту. У 27 пациентов для шунтирования ПНА применили ЛВГА, у 10 – аутовенозный трансплантат. С помощью последнего шунтировали и другие КА.

Суммарный индекс реваскуляризации составил 1.15,

при операциях через стернальный доступ – 1.78.

Результаты и обсуждение

Показания к операции. Первоначально стремление к выполнению АКШ на работающем сердце было продиктовано желанием избежать ИК у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией и низкой сократительной функцией левого желудочка. Отказ от ИК позволял исключить у данной категории пациентов риск постперфузионных осложнений со стороны внутренних органов и синдрома низкого сердечного выброса из-за посткардиоплегической депрессии миокарда [8,10,14]. Однако преимущества непосредственных результатов таких операций, совершенствование хирургического мастерства и анестезиологического пособия, разработка специального инструментария, значительно облегчающего выполнение анастомозов на работающем сердце, изменили место реваскуляризации миокарда без ИК в коронарной хирургии. Отказ от ИК уже не рассматривают как вынужденную необходимость, обусловленную его высоким риском у тяжелой категории пациентов. В настоящее время целесообразность таких вмешательств дает основание хирургу подходить к каждому пациенту как потенциальному кандидату для реваскуляризации миокарда на работающем сердце. Поэтому клиническое состояние и наличие сопутствующей патологии не являются сейчас основными факторами, определяющими показания к операции. Гораздо большее, если не сказать решающее значение имеет состояние пораженных КА. Именно анги-

Таблица

Характеристика операций без искусственного кровообращения (n – 82)

Виды операций
Малоинвазивная реваскуляризация миокар
первичные операции
повторные операции
Сочетанные операции
МИРМ + каротидная эндартерэктомия
МИРМ + линейное протезирование брюшного отдела аорты
МИРМ + билатеральное бедренно - подколенное шунтирование
Аортокоронарное шунтирование без искусственного кр
первичные операции
повторные операции
Сочетанные операции
АКШ + протезирование брюшной аорты с правой общей подвздои
АКШ + протезирование инфраренального отдела аорты
АКШ + бедренно-бедренное шунтирование справа, ЭАЭ из ОБА
АКШ + бифуркационное аортобедренное шунтирование
АКШ + протезирование дистальной части дуги и перешейка аор
Всего

ографические критерии и интраоперационная оценка КА определяют возможность выполнения АКШ на работающем сердце. Выраженность локальной ишемии миокарда, возникающей при пережатии шунтируемой КА, зависит от степени ее поражения и состояния коллатерального кровообращения в ее бассейне, причем эти факторы, как правило, взаимосвязаны. Чем значительней стеноз КА, тем более развита ее коллатеральная сеть, тем менее вероятны тяжелая ишемическая реакция миокарда и гемодинамические нарушения при ее пережатии. Оптимальными для шунтирования на работающем сердце являются окклюзированные или критически стенозированные КА, имеющие развитые коллатерали в своем бассейне. Шунтирование КА со стенозом менее 70%, слабой или отсутствующей коллатерализации следует производить в условиях ИК, так как риск осложнений при пережатии таких артерий очень высок. Большое значение имеет также оценка состояния КА в месте предполагаемого анастомоза. Коронароангиография в этом отношении не всегда информативна. Поэтому окончательное решение о возможности выполнения операции без ИК принимается после интраоперационной ревизии КА. При выраженном диффузном атеросклерозе КА риск технической ошибки при формировании анастомоза на работающем сердце значительно возрастает, поэтому операцию предпочтительнее проводить в условиях ИК и кардиоплегии. Расположение КА под глубоким слоем субэпикардиальной клетчатки или ее интрамиокардиальная локализация также являются противопоказаниями к операции АКШ без ИК.

Таким образом, ангиографические и интраоперационные критерии оценки КА являются решающими при определении показаний к реваскуляризации миокарда на работающем сердце. Окклюзия или критический стеноз КА при развитой коллатерализации в ее бассейне, субэпикардиальное расположение, нормальная или малоизмененная сосудистая стенка в месте предполагаемого анастомоза создают оптимальные условия для выполнения операции без ИК.

Необходимые условия выполнения операции. Четкая интерпретация ангиографической картины и внимательная оценка состояния КА во время операции — важные, но не единственные факторы, определяющие успех реваскуляризации миокарда на работающем сердце. Эффективность вмешательства во многом зависит от опыта и квалификации хирурга, его четкого взаимодействия с анестезиологом, владеющим всеми необходимыми методами и средствами активного контроля за состоянием пациента. Кроме того, непременными условиями выполнения операции являются создание оптимальной экспозиции КА и применение систем локальной стабилизации миокарда.

Квалификация хирурга. Операции на работающем сердце требуют высокого хирургического мастерства, основой которого, несомненно, является опыт выполнения АКШ в условиях ИК и кардиоплегии. Наличие навыков работы на КА, свободное владение техникой качественного формирования анастомозов на остановленном сердце мы считаем обязательным условием успешного освоения этих операций. Крайне нежелательно начинать коронарную хирургию непосредственно с вмешательств на работающем сердце, не выполнив

ни одной операции АКШ с ИК. Никакие экономические преимущества операций без ИК не могут служить аргументами такой позиции. Необходимо ясно понимать, что это гораздо более сложная хирургия, требующая высокого уровня профессионального мастерства.

Анестезиологическое обеспечение. Работа анестезиолога во время операций на работающем сердце значительно отличается от той, которую он выполняет при вмешательствах в условиях ИК. Помимо проведения анестезии он осуществляет активный контроль и коррекцию гемодинамики и локальной ишемии миокарда.

Методика анестезии также имеет специфические особенности. С целью быстрого пробуждения и ранней экстубации пациента наркоз проводится с использованием анестетиков короткого действия. Важное значение для ранней активизации пациента в послеоперационном периоде имеет поддержание нормотермии, обеспечивающей нормальный уровень метаболизма во время операции. Мы стараемся поддерживать время активированного свертывания (АВС, АСТ) крови в пределах 250-300 и не проводить активной нейтрализации гепарина после основного этапа операции. При использовании аутоартериальных трансплантатов для шунтирования КА считаем необходимой медикаментозную профилактику их спазма. С этой целью интраоперационно и в ближайшем послеоперационном периоде осуществляем постоянную инфузию дилтиазема в дозе 0,1 мг/кг/час.

Активный контроль за гемодинамикой невозможен без тесного взаимодействия анестезиолога с хирургом. О каждой манипуляции на сердце и КА анестезиолог должен быть предупрежден, в то же время хирургу необходимо иметь своевременную информацию от анестезиолога о состоянии миокарда, гемодинамике, характере и объеме медикаментозной терапии. Динамизм операции, возможность развития острой ишемии миокарда, нарушений сердечного ритма и циркуляторных расстройств требуют от анестезиолога быстрой и адекватной реакции на изменения обстановки. В связи с этим неотъемлемым компонентом анестезиологического пособия является комплексный, постоянный мониторинг за показателями артериального и центрального венозного давления (АД и ЦВД), сердечного индекса (СИ), электрокардиограммы (ЭКГ) и сократимостью миокарда. С этой целью, помимо прямой регистрации АД и ЦВД, мы используем термодилуционный катетер Свана-Ганса (измерение СИ), постоянный контроль ЭКГ в 12 отведениях (диагностика ишемии миокарда) и трансэзофагеальную эхокардиографию (ТЭЭхоКГ) (оценка локальной сократимости левого желудочка).

Одной из важнейших задач анестезиолога при проведении операций на работающем сердце является профилактика локальной ишемии миокарда. Сохранение нормоволемии и стабильность АД создают благоприятные условия для ее предупреждения. Медикаментозная профилактика осуществляется путем инфузии нитратов во время окклюзии КА. С той же целью мы всегда применяем ишемическое прекондиционирование, пережимая перед артериотомией каждую шунтируемую КА на 5 мин под контролем состояния мио-

карда и гемодинамики. Кроме положительного эффекта, заключающегося в уменьшении зоны локальной ишемии при повторном пережатии КА, прекондиционирование служит важным прогностическим тестом. Если в ответ на него возникает выраженная ишемия миокарда, сопровождаемая гемодинамическими нарушениями и неподдающаяся медикаментозной коррекции, целесообразно изменить план операции и выполнить ее в условиях ИК.

Большое значение для профилактики локальной ишемии миокарда имеет правильная последовательность выполнения анастомозов (см. Хирургическая тактика).

Предупреждение циркуляторных расстройств осуществляется посредством активного управления гемодинамикой во время операции. Дислокация сердца может повлечь за собой нарушения венозного притока и резкое снижение сердечного выброса. В связи с этим перед такими манипуляциями целесообразно увеличить преднагрузку путем инфузии жидкости и перевести пациента в положение Тренделенбурга, также способствующее увеличению венозного возврата крови в правый желудочек и сохранению адекватного сердечного выброса. Допустимо увеличение постнагрузки за счет применения вазопрессоров (как правило, мезатона) для кратковременного поддержания АД при непродолжительной дислокации сердца. Тенденция к прогрессивному ухудшению гемодинамики требует более интенсивной терапии кардиотоническими препаратами (добутрекс, допамин, адреналин).

С появлением средств механической, локальной стабилизации миокарда исчезла необходимость в фармакологической стабилизации — урежении сердечного ритма с помощью β -блокаторов короткого действия (эсмолол). Однако, следует не допускать тахикардии, которая может свидетельствовать о гиповолемии или низком сердечном выбросе.

Хирургическая тактика.

Качество анастомозов, — основной фактор успеха операции, — зависит не только от квалификации хирурга, но и от условий, в которых он работает: удобства экспозиции шунтируемой КА и применения систем локальной стабилизации миокарда.

Большое значение для создания необходимой экспозиции КА имеет правильный выбор хирургического доступа. Мы используем левую переднюю минитомотомию только тогда, когда необходимо шунтировать только ПНА, применив для этого ЛВГА. Указанный доступ не дает возможности быстрого подключения аппарата ИК. Поэтому даже при таком объеме операции у пациентов с выраженными нарушениями сократительной функции миокарда, тяжелыми нарушениями сердечного ритма мы предпочитаем транстернальный доступ. Шунтирование 2 и более КА мы всегда осуществляем через продольную стернотомию, позволяющую визуализировать все сосуды сердца. При этом оптимальная экспозиция КА достигается посредством ротации сердца вокруг собственной оси, либо его смещения сердца в сагитальной плоскости. Первая манипуляция необходима для экспозиции ПНА и ее диагональной ветви (ДВ), вторая — для выведения в рану дистального сегмента правой коронарной артерии (ПКА) и ее задней межжелудочковой ветви (ЗНВ),

одновременные ротация и дислокация в сагитальной плоскости — для экспозиции ветви тупого края (ВТК) и боковых ветвей (БВ) огибающей артерии (ОА).

Для осуществления указанных манипуляций мы применяем ряд методов, помогающих создать оптимальную экспозицию КА при минимальном воздействии на гемодинамику. Положение Тренделенбурга и ротация операционного стола позволяет уменьшить степень мануального воздействия на сердце при выведении в рану его задней и задне-боковой поверхностей. Для экспозиции ПНА и ДВ часто достаточно подкладывания салфеток в полость перикарда. Необходимости в них нет, если использовать глубокие швы на перикард позади диафрагмального нерва. Тракция за эти швы дает возможность хорошо экспонировать ПНА, ДВ, ВТК и, иногда, БВ ОА. Экспозицию ветвей ОА и ПКА мы осуществляем с помощью 2 тракционных тесемок, 1 из которых предварительно проводим в поперечном синусе перикарда, 2 — под нижней полой веной. Правые концы тесемок фиксируем к ранорасширителю, а левые используем для выведения сердца в требуемую позицию.

Непременным условием выполнения операции является применение систем локальной стабилизации миокарда. С их помощью хирургическая ситуация максимально приближается к условиям работы на остановленном сердце. Неподвижность области коронарного анастомоза значительно снижает вероятность технической ошибки при его формировании. Первые 3 операции мы выполнили без локальной стабилизации миокарда, при следующих 33 использовали стабилизаторы (CTS, USSC) компрессионного типа, при 2 последних операциях применили вакуумный стабилизатор Octopus -2.

При операциях на работающем сердце в отличие от АКШ в условиях ИК принципиально важное значение имеет последовательность выполнения анастомозов. Первоначально мы выполняем реваскуляризацию бассейна ПНА, формируя МКА между ЛВГА и ПНА. Вследствие этого возрастает толерантность сердца к ишемии. Затем выполняем все проксимальные анастомозы, что позволяет восстановить кровоток в шунтируемой КА тотчас после окончания дистального анастомоза. Если ВГА не применяем, основной этап операции начинаем с проксимальных анастомозов, после чего восстанавливаем кровоток в ПНА. Затем шунтируем ДВ. Далее осуществляем реваскуляризацию задне-боковой стенки левого желудочка, выполняя дистальные анастомозы шунтов с ветвями ОА. В результате этого возрастает толерантность сердца к ишемии и гемодинамическим перегрузкам при его дислокации во время шунтирования ПКА или ее ЗНВ, которое мы проводим в последнюю очередь.

В целом, мы положительно оцениваем непосредственные результаты первых операций реваскуляризации миокарда на работающем сердце. Показатели госпитальной летальности и периоперационных осложнений можно считать вполне приемлемыми и соответствующиминачальному, небольшому опыту их выполнения. Необходимость в переходе на ИК возникла 5 раз (6,09%): у 4 пациента — вследствие интрамиокардиального расположения ПНА, у 1 — из-за необходимостью шунтировать других коронарных артерий, у дру-

гого — из-за неадекватной функции МКА и острого нарушения коронарного кровообращения. В 1 наблюдении пришлось отказаться от выполнения операции через миниторакотомию из-за гипоплазии ЛВГА, перейти на трансстернальный доступ и шунтировать ПНА с помощью аутовенозного трансплантата. 3 (3.65%) операции МИРМ осложнились периоперационным инфарктом миокарда (ИМ). У 1 пациента он развился вследствие неадекватной функции МКА из-за технических погрешностей при его выполнении. Через несколько дней пациент стал предъявлять жалобы на приступы стенокардии, при ангиографии выявлена окклюзия ЛВГА и ПНА дистальнее МКА. В 2-х наблюдениях ИМ развился на 1-7 сутки после операции и стал причиной летального исхода (2.43%). На секциях в первом случае отмечен острый тромбоз МКА, во втором случае полная проходимость ЛВГА, МКА и ПНА, а также других КА, что дало основание говорить о стойком спазме ЛВГА как возможной причине ИМ.

Таким образом, ангиографические критерии являются решающими в определении показаний к реваскуляризации миокарда на работающем сердце. Интраоперационная оценка КА позволяет окончательно определить возможность выполнения такой операции. Ее результат зависит от опыта и квалификации хирурга и анестезиолога, от четкости их взаимодействия между собой. Важнейшими условиями эффективности операции являются создание оптимальной экспозиции зоны реваскуляризации, применение систем локальной стабилизации миокарда. Выполнение операции в определенной последовательности позволяет по ее ходу постоянно повышать толерантность сердца к ишемии и гемодинамическим перегрузкам. Ближайшие результаты первых операций на работающем сердце вполне удовлетворительные. Накопление опыта и анализ отдаленных результатов позволит окончательно определить место операций без ИК в коронарной хирургии.

Литература

1. Колесов В.И. Хирургия венечных артерий сердца. — Л.: Медицина, 1977. — 360 С.

2. Е.В. Колесов. Пути развития коронарной хирургии. Тезисы докладов 6 Всероссийского съезда сердечно-сосудистых хирургов. — Москва. — 2000. — С. 55.

3. Arom K.V., Flavin T.F. Safety and efficacy of off-pump coronary artery bypass grafting // *Ann. Thorac. Surg.* — 2000.- V. 69.- P. 704-710.

4. Ascione R., Lloyd C.T., Underwood M.J., Lotto A.A., Pitsis A.A., Angelini G.D. Inflammatory response after coronary revascularization with or without cardiopulmonary bypass. *Ann Thorac Surg* 2000;69:1198-1204.

5. Borst C., Santamore W.P. Minimally invasive coronary artery bypass grafting: on the beating heart and via limited access // *Ann. Thorac. Surg.* - 1997.- V.63. — Suppl. 1 - P.1-5.

6. Calafiore A.M., Teodori G., Di-Giammarco G. et al. Minimally invasive coronary artery bypass grafting on a beating heart // *Ann. Thorac. Surg.* — 1997. — V. 63. (Suppl). — P. 72-75.

7. Calafiore A.M., Teodori G., Di Giammarco G. et al. Multiple arterial conduits without cardiopulmonary bypass: early angiographic results // *Ann. Thorac. Surg.* — 1999.- V.67.- P.450-456.

8. Elefteriades J.A. Mini-CABG: a step forward or backward? // *J. Cardiothorac. Vase Anesth.* - 1997.- V.11. — P.661-668.

9. Gu Y.J., Mariana M.A., van Oeveren W. et al. Reduction of the inflammatory response in patients undergoing minimally invasive coronary artery bypass grafting // *Ann. Thorac. Surg.* — 1998.- V.65.- P.420-424.

10. Junsen E.W., Borst C., Lahpor J.R. et al. Coronary artery bypass grafting without cardiopulmonary bypass using Octopus method: result in first one hundred patients // *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* — 1998. — V.116. — P. 60-67.

11. Kshetry V.R., Flavin T.F., Arom K.V. et al. Does multivessel, off-pump reduce postoperative morbidity? // *Ann. Thorac. Surg.* — 2000.- V. 69.- P.1725-1731.

12. Koutlas T.C., Elbeery J.R., Williams J.M., Moran J.F., Francalancia N.A., Chitwood W.R., Jr Myocardial revascularization in the elderly using beating heart coronary artery bypass surgery. *Ann Thorac Surg* 2000;69:1042-1047.

13. Shennib H., Mack M.J., Lee A.G. A survey on minimally invasive coronary arterybypass grafting // *Ann. Thorac. Surg.* — 1997. — V. 64. — P. 110-115.

14. Subramanian V.A. Minimally invasive coronary artery bypass grafting on the beating heart. The American experience. In: Oz M.C., Goldstein D.J., eds. Minimally invasive cardiac surgery. New Jersey: Humana Press, 1999:89-90

15. Coulson A.S., Bakhshay S.A., Sloan T.J. Minimally invasive reoperation through a lateral thoracotomy for circumflex coronary artery bypass. *Tex Heart Inst J* 1998;25:170-174.

Р.Ш.Юлдашев,
Ю.И.Калиш,
К.Х.Хатамов,
Г.Б.Оразалиев.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ КРОВОТОЧАЩИХ ЯЗВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ЖЕНЩИН.

Научный центр хирургии им. акад. В.Вахидова. МЗ. РУз.

Р.Ш.Юлдашев, Ю.И.Калиш, К.Х.Хатамов, Г.Б.Оразалиев.

Муаллифлар томонидан 1975-2000 йиллар мобайнида 709 беморларга (эркаклар 575, аёллар 134) ўн икки бармоқли ичак ярасининг қон кетиш асорати билан жаррохлик муолажаси бажарилган. Шулардан 306 – 43,2% (эркаклар 239 – 78,9% , аёллар- 67- 21,9%) қон кетиш тўхтамаслиги туфайли ва қонаш тўхтагандан сўнг яъни режали равишда 403-56,8% (эркаклар 83,4%, аёллар – 67-16,6%) жаррохлик ёрдами кўрсатилган.

Эркаклар ва аёлларда ошқозон ширасини текширилганда, уларнинг бир хиллиги аниқланди. Шу сабабли ўн икки бармоли ичак ярасининг қонаганида, муаллифлар аёлларга ҳам эркаклар сингари бир ҳил жаррохлик усулини қўллаш лозимлигини топишди. Аёлларда ярадан қон кетиш билан ассоратланганда , эркаклар сингари ҳар ҳил ассоратлар яъни пенетрация стеноз ва уларнинг биргаликда учраши ва ундан ташқари постбульбар, “каллёз” ҳамда дуоденостаз аломатлари борлиги тасдиқланди.

R.Sh. Yuldashev, Yu.I. Kalish, K.Kh. Khatamov, G.B. Orazaliev

SAME PARTICULARS OF BLEEDING DUODENAL ULCERS AT WOMAN

709 (575 – male, 134 – female) patients were operated by authors from 1975 to 2000 years for bleeding duodenal ulcers. From these patients 306 – 43,2% (males – 239 – 78,1%, females 67 – 21,9%) had emergency operations and 403 (56,8%) patients (males – 83,4%, females – 67 – 16,6%) had operations after stop bleeding.

The study of gastric secretion showed similar results in males and females. So that authors suggested the way of treatment has to be same in both. Peptic ulcer disease in females can be complicated by penetration, gastric outlet obstruction and their combination and may be associated with lower localization of ulcer, giant ulcers and duodenostasis.

В последние годы заметно возрос интерес к изучению язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) у женщин, так как среди них отмечается рост заболеваемости. Мнения об исключительной редкости язвенной болезни у женщин значительно колеблелись (Чуб В.В., 1987, Бобров О.Е., 1998).

Вместе с тем, данные литературы свидетельствуют о том, что целый ряд вопросов этой патологии, тем более в условиях экстренной хирургии касающейся женщин, окончательно не решен, носит противоречивый характер и требует дальнейшего изучения.

Материалы и методы.

Располагая большим клиническим материалом НЦХ им. акад. В.Вахидова (1975-2000), мы изучили некоторые особенности кровоточащих дуоденальных язв у женщин, сопоставив с таковыми у мужчин.

За этот период было оперировано 709 больных (мужчин- 575, женщин – 134) по поводу кровоточащих язв ДПК. (Таблица 1). Из них на “высоте кровотечения” – 306 – 43,2% (мужчин 239-78,1%; женщин 67 – 21,9%) и после его остановки, т.е. в плановом порядке – 403-56,8% (мужчин – 336-83,4%; женщин 67-16,6%).

При сравнительном изучении некоторых особенностей типологии кровоточащих дуоденальных язв, обращали внимание на средний возраст, данные анамнеза, локализацию, размеры язв и т.д.

Результаты и их обсуждение.

Как видно из таблицы 18,9% женщин с дуоденальными язвами были госпитализированы в связи с кровотечением.

Американские и западногерманские исследователи приводят данные о том, что частота возникновения язвенной болезни у мужчин составляет 10-15 %, а у женщин 4-8 % от общего числа населения (Braun G. 1983, Kurata J.N. и соавт. 1982), и не менее 15-30% из них нуждаются в хирургическом лечении. Частота госпитализации по поводу язвенной болезни у мужчин колеблется в пределах 157-227 человек, а у женщин 47-76 человек на 100 000 населения, причем при дуоденальных язвах она составляет соответственно 82-153 и 31-53 человека, а для желудочных язв соответственно 48-52 и 9-17 человек. В ФРГ на каждые 100 000 населения

приходится 270-300 мужчин и 80-100 женщин, страдающих язвенной болезнью. У 80% заболевание диагностируется в активном жизненном возрасте.

Литературные данные, (Антонов В.И. с соавт. 1988, Луцевич Э.В. с соавт., 1988, Мазурик М.Ф. с соавт., 1988, Горбашко А.И. с соавт., 1989, Комаров Ф.И. с соавт., 1990, Гвоздяк Н.Н., 1998) свидетельствуют, что доля женщин среди больных язвенной болезнью колеблется от 10,1 до 29%.

Однако патологоанатомическая статистика показывает, что на секции язвенные процессы и рубцовые изменения в желудке и в двенадцатиперстной кишке (ДПК) выявляются у женщин гораздо чаще, а число мужчин превышает лишь в 1,5-2,2 раза (И.М. Флекель, 1958), что объясняется своеобразным течением язвенной болезни у лиц женского пола. Этот факт так же подтверждают данные Л.С.Гребеневой (1984), установившей, что при жизни ЯБ не выявляется у 34,4% женщин.

По мнению Сахаутдинова В.Г. с соавт. (1991) , язвенная болезнь (ЯБ) у женщин протекает не столько легко и благополучно, сколько скрыто и с атипичной клинической картиной, быстрым развитием осложненных форм. Атипичность клинического течения не позволяет установить своевременно правильный диагноз и заболевание диагностируется нередко только после развития осложнений или даже смерти больных. Все это обуславливает в целом некоторую недооценку статистических данных относительно частоты язвенной болезни у женщин.

Наиболее частыми осложнениями у женщин являются пилоростеноз и гастродуоденальные язвенные кровотечения (Куликова А.К. 1984, Луцевич Э.В.

Таблица 1.
Распределение больных по полу среди оперированных по поводу кровоточащих дуоденальных язв.

Пол	Всего	На "высоте"	После остановки
Мужчины	575-81,1%	239-41,6%	336-58,4%
Женщины	134-18,9%	67-50%	67-50%
Итого	709-100%	306-43,2%	403-56,8%

Таблица 2.

Распределение больных по полу и возрасту среди оперированных по поводу кровоточащих дуоденальных язв.

Пол	До 19 лет	19-44	45-59	60 и старше
Женщины	5 (3,7%)	45 (33,6%)	48 (35,8%)	31 (23,9%)
Мужчины	22 (3,8%)	293 (51,0%)	172 (29,9%)	80 (14,3%)

1988).

О.Ю.Кушнаренко с соавт.(1986) описывают случай кровотечения из хронической язвы двенадцатиперстной кишки у женщины 18 лет во время родов, когда после кесарева сечения одномоментно произведена резекция желудка по Бильрот-2.

Большее число больных были молодого и среднего возраста, однако, 26,8% женщин находились в старческом и пожилом возрасте, тогда как мужчин в этой возрастной категории было 15,3%. Средний возраст оперируемых женщин был 56,8±1,2 лет, мужчин 49,7±0,6 лет (таблица 2).

По данным Кузина М.И. с соавт.(1982), Затевахи-на И.И. (1998) у 10-15% госпитализированных больных течение язвенной болезни осложняется кровотечением. До сих пор результаты лечения кровоточащей хронической дуоденальной язвы нельзя признать удовлетворительными, летальность составляет от 3 до 23%. (Перкин Э.М. 1984, Луцевич Э.В. (1991), Брыскин Б.Е. (1996).).

Мы изучили средние показатели красной части крови в двух сравниваемых группах. Так средний показатель гемоглобина оперированных на “высоте”; у женщин 70,7±8,1 г/л, мужчин 88,8±7,7г/л., и после остановки 94,3±6,3 и 105,6±4,9г/л соответственно.

Такие же низкие показатели у женщин мы отметили при изучении гематокрита (таблица 3).

С целью выработки единого взгляда врачей на показания к оперативному вмешательству все гастро-дуоденальные кровотечения мы делили на остановившиеся и продолжающиеся. Возможности дифференцированного подхода в значительной мере возросли в связи с внедрением гастроскопии в широкую клиническую практику.

Экстренное эндоскопическое исследование должно не только ответить на вопрос о причине кровотечения, но и определить динамику процесса (продолжающееся или остановившаяся кровотечение).

Ряд особенностей были выявлены при сопоставлении групп больных, оперированных “на высоте” кровотечения (таблица 4).

Таблица 3.

Средние показатели гемоглобина и гематокрита на «высоте» и после остановки кровотечения

Пол	Показатели гемоглобина (г/л)	
	На “высоте”	После остановки
Мужчины	88,85±7,7	105,63±4,9
Женщины	70,73±8,1	94,34±6,3
Пол	Показатели гематокрита (в %)	
	Мужчины	Женщины
Мужчины	29,6±2,2	33,5±2,7
Женщины	22,4±3,1	28,2±2,9

Так у женщин чаще были в анамнезе множественные кровотечения, перфорации при поступлении сочетанные с кровотечением, гигантскими по размерам язвы.

Таблица 4

Некоторые типологические особенности на высоте кровотечения

Осложнения	Женщины (67)	Мужчины (239)
Пенетрация	29 (43,3%)	124 (51,9%)
Кровотечение в анамнезе	25 (37,3%)	56 (23,4%)
Перфорация в анамнезе	1 (1,5%)	15 (6,3%)
Перфорация при поступлении	6 (8,9%)	12 5,02%)
Гигантские язвы	20 (29,8%)	42 (17,6%)
Низкие язвы	15 (22,4%)	52 (21,7%)

В связи с тем, что после остановки кровотечения все больные были обследованы в отделении, это дало возможность провести сравнительную характеристику некоторых типологических особенностей в сравниваемых группах, т.е. у мужчин и женщин (таблица 4, 5).

Как видно из таблицы, нельзя согласиться с мнениями некоторых авторов, что ЯБДПК у женщин протекает более доброкачественно чем у мужчин и редко возникают осложненные формы ЯБ. (Медведев В.Н.1985, Помелов В.С.1987). об этом свидетельствует высокая частота стенозирования, пенетрация, низкие по локализации язвы и сопутствующий дуоденостаз, что не отличает их от таковых у мужчин.

Однако при этом такое грозное осложнение как кровотечение, развиваются при более благоприятном и легком, на первый взгляд клиническом течении и при

Таблица 5

Некоторые типологические особенности после остановки кровотечения.

Осложнения	Женщины (67)	Мужчины (336)
Стенозирование	38 (56,7%)	164 (48,8%)
Пенетрация	28 (41,8%)	175 (52,1%)
Кровотечение в анамнезе	30 (44,8%)	101 (30,1%)
Перфорация в анамнезе	2 (2,9%)	23 (6,8%)
Гигантские язвы	13 (19,4%)	80 (23,8%)
Низкие язвы	10 (14,9%)	46 (13,6%)
Дуоденостаз	12 (17,9%)	32 (9,5%)

Таблица 6

Основные показатели секреторной активности желудка у мужчин и женщин (м/моль)

Осложнения	БП	МП гистамин
Стеноз- I:-		
-женщины	5,78±0,68	18,9±1,41
мужчины	8,18±0,91	23,4±1,39
Стеноз- II		
-женщины	5,55±0,83	18,6±1,64
-мужчины	5,88±0,81	19,9±1,87
Стеноз- III		
женщины	4,38±0,61	18,0±1,19
-мужчины	6,43±0,87	19,8±2,5
Пенетрация		
-женщины	5,09±0,79	17,2±1,55
-мужчины	6,93±0,91	20,3±1,64

более коротком язвенном анамнезе по сравнению мужчинами.

Наиболее сложным остается вопрос о показаниях к хирургическому вмешательству, сроках выполнения операции и ее объеме.

Весьма распространенная активно-выжидательная тактика при язвенных кровотечениях, у которой было много сторонников, перестала удовлетворять запросам неотложной хирургии, так как летальность при этом тяжелом осложнении длительное время не имеет тенденции к снижению (Брыскин Б., 1996).

Все операции при кровоточащих язвах в зависимости от сроков выполнения могут быть разделены на 2 группы: экстренные — на высоте кровотечения, плановые — после его остановки.

Мы согласны с мнением Брыскина Б. (1996) что исходя из клинко-эндоскопической оценки, все случаи продолжающегося кровотечения (даже слабое подтекание крови из под сгустка, прикрывающего язву) и неустойчивого гемостаза служат показанием к экстренной операции.

Вопросы выбора оптимальной операции у больных на высоте кровотечения должны исходить также из данных секреторной активности желудка, последнее по понятным причинам у этой групп лиц не изучалось, однако мы имели возможность определить ее у лиц оперированных в плановом порядке (таблица 6).

Так, состояние секреторной активности желудка как у лиц мужского, так и женского пола было идентичным. Это дает нам основание полагать, что выбор способа хирургического лечения кровоточащих язв ДПК у женщин должны строиться на той же базе данных, что и у мужчин.

Таким образом, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложненная кровотечением у женщин, со-

провождается тем же спектром сопутствующих осложнений (стенозирование, пенетрация, их сочетания), а так же наличием при этом язв “низкой” локализации, гигантских по размеру и в той же степени дуоденостазом.

Литература.

1. Антонов В.И., Пономарев Ю.В., Шабанов Г.А. и др. Использование компьютерной томографии в диагностике и лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. // Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки: Материалы 2-й Всесоюзной научной конференции. - Курган, 1988. - С. 204
2. Бобров О.Е., Бучиев В.И. Особенности хирургического лечения осложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у женщин. // Анналы хирургической гепатологии, 1998. - N. 3. - С. 350-351.
3. Брыскин Б. Лечебная тактика при язвенных кровотечениях. // Врач. - 1996. - июнь. С. 7-10.
4. Гвоздяк Н.Н., Плешко А.С., Воронский О.О., Мусиенко А.В. Остро кровоточащие сочетанные и гигантские язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки. // Анналы хирургической гепатологии. - 1998. - N. 3. - С. 346-347.
5. Горбашко А.И., Савич Л.В., Егоров Н.В., и др. Профилактика и лечение ранних осложнений при операциях по поводу язвенной болезни. // Вестник хирургии 1989. - N. 2. - С. 79-82.
6. Гребенева Л.С. Нераспознанные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. // Клиническая медицина, 1984 - N. 7. - С. 109-113.
7. Затевахин И.И., Щегелев А.А., Титков Б.Е. и др. Язвенные гастродуоденальные кровотечения: Состояние проблемы и реальные перспективы. // Российский медицинский журнал. - 1998. - N. 2. С. 3-8.
8. Комаров Ф.И., Серебрянская М.В. Клинико-иммунологические аспекты различных вариантов течения язвенной болезни. // Терапевтический архив. - 1990. - N. 2. - С. 38-43.
9. Кузин М.И., Постолов П.М., Кузин Н.М. Ваготомия в лечении язвенной болезни. // Хирургия. - 1982. - N. 12. - С. 7-14.
10. Куликова А.К. Резекция желудка при язвенной болезни у женщин. // Хирургическое лечение осложненной язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. - Иваново, 1984. - С. 36-39.
11. Кушнаренко О.Ю., Плотникова В.А., Фролов С.Д. Острое желудочно-кишечное кровотечение на фоне беременности. // Клиническая хирургия. - 1986. - N. 4. - С. 56.
12. Луцевич Э.В., Бахшалиев Б.Р. Диагностика и лечение желудочно-кишечных кровотечений. // Хирургия 1988. - N. 12. - С. 41-46.
13. Луцевич Э.В., Ярема И.В., Бахшалиев Б.Р. // Хирургия 1991. - N. 9. - С. 55-60.
14. Мазурик М.Ф., Деменюк Д.Г., Мазурик С.М., и др. Варианты пилоросохраняющих резекций при язвенной болезни желудка. // Клиническая хирургия. - 1988. - N. 8. - С. 34-36.
15. Медведев В.М., Орловский В.Ф., Зеленская Л.М., Доценко Н.Я. Особенности клинического течения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у женщин. // Клиническая медицина 1985. - N. 11. С. 76-79.
16. Перкин Э.М., Островский А.И. Ваготомия при кровоточащей язве двенадцатиперстной кишки. // Вестник хирургии. - 1984. - N. 4. С. 34-38.
17. Помелов В.С., Ганжа П.Ф. особенности течения и лечения язвенной болезни у женщин. - Советская медицина N. 5. С. 48-52.
18. Сахаутдинов В.Г., Ганцев Ш.Х., Праздников Э.Н. Особенности язвенной болезни у женщин. - 1991. - N. 2. - С. 145-147.
19. Флекель И.М. Язвенная болезнь. - Л., 1958.
20. Чуб В.В., Остапенко О.И. Течение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у беременных и родильниц. // Акушерство и гинекология, 1987. - N. 10. - С. 65-66.
21. Braun G. // Therapiewoche. - 1983 - Bd. 33-S. 728-732.
22. Kurata I.H. Honda G.D. // Gastroenterology. - 1982 - Vol. 83. - P. 1008-1016.

А.Р. Яриев,
А.В. Трынкин

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ПОДКЛЮЧИЧНО-ПОЗВОНОЧНОГО ОБКРАДЫВАНИЯ

Научный Центр хирургии им. акад. В. Вахидова МЗ РУз
Сырдарьинский филиал Республиканского Научного центра
экстренной медицинской помощи.

А.Р. Яриев, А.В.Трынкин,

Умров ости умуртка угирлаш синдромини жаррохлик йўли билан даволаш

Ўз, Респ. С.С. Вазирлиги В.Вохидов номли ЖИМ қон томир бўлимида умров остиартериясининг окклюзияси билан 106 жаррохлик амалиёти 96 беморга бажарилди.

Ҳамма беморларга комплекс ангиологик амалиёти бажарилди. Маълум бўлдики, уйқу артериясининг гемодинамик ўзгариш бўлмаганда мия қон томирларининг етишмовчилиниги бўлмади, умровости умиротка сегменти реконструкцияларида.

Мия қон айланишни ўргалиш жаррохлик тактикасида заралантон уйқу ва умуртқа артерилларини доволашда дифференцияциясма ёрдам беради умровости умиртка угирлаш синдромини жаррохлик даволаши.

Yriev A.R., Trinkin A.B.

SURGICAL TREATMENT OF VERTEBRO –SUBCLAVIAN STEAL SYNDROME.

106 operations were performed in 96 patients for vertebrosubclavian steal syndrome in the department of vascular surgery of Research Center of Surgery named after Academ.V.Vakhidov of the RUZ Health Ministry. The full complex of the angiology examinations had been done. It was exposed that in the absence of hemodynamics significant injuries of carotid artery there was no apprehension of the cerebral steal syndrome development in the reconstruction of the vertebro – subclavian segment.

The research of the cerebral circulation allowed to approach to the choice of surgical tactics in combined injuries of the carotid and subclavian arteries in the treatment of VSSS.

Развитие реконструктивной хирургии сосудов за последние десятилетия привело к накоплению большого клинического и экспериментального материала хирургических вмешательств на ветвях дуги аорты [1,2,3,4,5]. В то же время еще не решены окончательно вопросы хирургической помощи больным с окклюзионными поражениями подключичной артерии, сопровождающимися синдромом подключично-позвоночного обкрадывания (СППО).

СППО развивается при окклюдизирующем поражении проксимального сегмента подключичной артерии (ПКА) на участке отхождения от нее позвоночной артерии (в ее первой порции) или при поражении брахиоцефального ствола (БЦС) и является классическим и наиболее часто встречающимся феноменом “обкрадывания”.

Материалы и методы.

В отделении хирургии сосудов Научного центра хирургии им. акад. В. Вахидова МЗ РУз. выполнено 106 операций 96 больным по поводу окклюзии подключичных артерий, из них- 63 при синдроме подключично-позвоночного обкрадывания.

Причиной заболевания у 76 больных был атеросклероз, а у 20- неспецифический аорто-артериит(НАА). В первой группе мужчин было 96,2%,а во второй- 10%.

Средний возраст, соответственно, составил 56,7 и 32,1 лет.

89,95% всех обследованных больных страдали различными сопутствующими заболеваниями. Основными из них при атеросклерозе явились: ИБС(52%), вазоренальная или эссенциальная гипертония – 32%, хро-

Таблица 1.

Характер и частота операций на подключичной артерии при СППО.

Виды оперативного вмешательства
1. Реваскуляризация подключично- позвоночного бассейнов
-имплантация подключичной артерии в сонную
-сонно-подключичное аутовенозное шунтирование
-изолированная реконструкция позвоночной артерии
-интраоперационная дилатация устья позвоночной артреи
прочие
Итого
2. Одновременная реваскуляризация сонной артерии и подключично-позвоночного бассейнов:
КЭЭ+ сонно-подключичное шунтирование
КЭЭ+ имплантация подк. в бок сонной артерии
Подключичное шунтирование имплантация шунта в протез
Итого
Всего

нические воспалительные заболевания легких-28%. При НАА среди сопутствующих заболеваний преобладали различные типы гипертонии —54%, реже — ИБС и миокардиты-20%. На долю легочных заболеваний пришлось 6% сопутствующих заболеваний.

Клинический диагноз основного сосудистого заболевания и наличия СППО во всех случаях основывался на данных клинического, лабораторного и инструментального обследования и верифицировался данными ангиографии или во время операций.

Для диагностики поражения подключичных артерий, обуславливающих СППО, все больные обследовались по выработанной нами следующей схеме: 1.Общеклиническое обследование. 2.Ангиологическое обследование. 3.Ультразвуковые методы диагностики; А) ультразвуковая доплерография; Б) транскраниальная доплерография. 4. Рентгено-контрастная ангиография.

В данной работе мы умышленно не останавливаемся на аспектах диагностики СППО, так как этому вопросу необходимо уделить отдельное внимание.

У 5 пациентов одновременно с поражением подключично-позвоночного сегмента имело место поражение сонных артерий. В связи с этим, все операции в зависимости от бассейна кровоснабжения распределены на 2 группы (табл.1.)

Как видно из таблицы, при реконструкции подключично-позвоночного сегмента (ППС) наиболее часто выполнена имплантация подключичной артерии в бок сонной.

При атеросклеротическом поражении у 14 из 31 больных во время имплантации подключичной артерии выполнена открытая эндартерэктомия (ЭЭ) из устья ПА. Кроме того, 8 больным выполнена изолированная реконструкция ПА (6 случаев — эверсионная ЭЭ, в одном случае — имплантация ПА в новое устье, в другом — в ствол щито-шейного ствола). Как указывалось, атеросклеротическое поражение ПКА и ипсилатеральной сонной артерии (СА) наблюдалось у 16 больных, что составило 28,2% от числа больных с проксимальным поражением ПКА. У 12 из них первым этапом выполнена одномоментная каротидная ЭЭ (КЭЭ) в сочетании с реконструкцией ПКА. То есть, одному больному выполнена КЭЭ из бифуркации СА, в образовавшееся артериотомическое отверстие вшит конец реверсированной аутовены, второй конец последней анастомозирован в бок ПКА. Трем больным после КЭЭ произведена имплантация ПКА в бок СА.

Интраоперационное мониторирование кровотока в ипсилатеральной средней мозговой артерии (СМА) произведено у 14 больных. У 3 из них имело место сочетанное поражение подключичной и ипсилатеральной СА. При отсутствии поражения СА исходное значение скорости кровотока в СМА составило 58 ± 8 см/сек. После имплантации ПКА в бок СА значение последней составило 56 ± 8 см/сек, т.е. ни у одного больного достоверного ($P > 0,05$) уменьшения кровотока в СМА не наблюдалось.

При сочетанном поражении исходное значение скорости кровотока в СМА у одного больного составило 46 см/сек. При пережатии СА кровоток в СМА исчез, и на второй минуте, видимо из-за функционирования лептоминингиальных анастомозов, стал ре-

гистрироваться кровоток со скоростью 22 см/сек. После КЭЭ кровоток в СМА поднялся до 64 см/сек. Затем, после повторного пережатия СА с целью имплантации в бок последней ПКА, вновь стал регистрироваться РК в прежнем значении.

При пуске кровотока в СМА скорость вновь составила 64 см/сек. У двух больных также отмечено увеличение кровотока в СМА после КЭЭ, и этот уровень сохранился при имплантации ПКА в бок СА. Таким образом, при отсутствии гемодинамически значимой патологии СА, при имплантации в бок ПКА, значение кровотока в СМА достоверно ($P > 0,05$) не уменьшается.

После операции у двух больных наступил тромбоз: у одного после интраоперационной дилатации стенозированной ПКА, у другого наступил тромбоз аутовенозного шунта, из-за чрезмерной длины последнего. Оба больных повторно оперированы с хорошим результатом. Лимфоррея из раны наблюдалась у 4 больных, один из них повторно оперирован.

Главным условием реконструкции подключичной артерии является наличие интактной артерии, пригодной к использованию в качестве “донора”.

Подключично-сонное шунтирование выполнено 11 больным, четверем из них из-за непригодности ипсилатеральной подключичной артерии (окклюзия или критический стеноз), как артерию — “донор”, использовали контралатеральную ПКА, т.е. выполнено — сонное перекрестное аутовенозное шунтирование с хорошим результатом.

В одном случае из-за множественных поражений ветвей дуги аорты, операцией выбора была интраоракальная реконструкция, однако наличие тяжелой степени аортальной регургитации, легочной гипертензии, анемии, свидетельствовало о большом риске. Тем не менее, с учетом “за и против”, решено использовать как артерию — донор культю ПКА.

После реконструкции каротидного сегмента и ППС тромбоз наступил у 4 больных (3,7%).

Из них повторно оперировано двое больных с хорошим результатом. От ишемического инсульта умерла одна больная, что составило 0,9%.

Обсуждение результатов.

Сравнение значений скорости кровотока до и после наложения сонно-подключичного анастомоза в СМА показало отсутствие достоверного ($P > 0,05$) уменьшения кровотока по отношению к исходному. Причем, у больных после КЭЭ отмечено увеличение кровотока в СМА. Тем не менее, этот уровень кровотока сохранился, несмотря на наложение сонно-подключичного анастомоза. Эти данные подтверждают отсутствие мозгового обкрадывания после создания сонно-подключичного анастомоза.

Изучение ауторегуляции мозга посредством цереброваскулярной CO_2 — реактивности позволяло понять причины отсутствия мозгового обкрадывания и еще раз убедиться в высокой роли пиальной дренажной сети полушарий мозга.

Следовательно, для адекватного увеличения мозгового кровотока, приводящие сосуды должны быть свободны от гемодинамически значимых поражений. Таким образом, опасения синдрома сонно-подключичного обкрадывания могут быть оправданы только в тех случаях, когда в качестве донорской артерии ис-

пользуется пораженная как в дистальном, так и в проксимальном отделах СА, что препятствует адекватному увеличению мозгового кровотока.

Нами у 9 из 16 больных выполнена поэтапная реконструкция и ППС без выписки из стационара. 2 больных отказались от второго этапа операции из-за улучшения мозгового кровообращения. 5 больным выполнена одномоментная реконструкция каротидного и ППС.

Изучение АРМС позволяет ответить на вопрос о наличии или отсутствии гемодинамически значимого поражения питающих головной мозг сосудов и установить этапность реконструктивных операций.

Таким образом, реконструкция ветвей дуги аорты при СППО гемодинамически обоснованна, а изучение коллатеральных возможностей мозгового кровообращения позволяет дифференцированно подходить к выбору хирургической тактики при комбинированных поражениях и ПКА

Выводы:

1. При отсутствии гемодинамически значимого поражения СА нет опасения развития мозгового обкрадывания при реконструкции ППС.

2. Изучение мозгового кровообращения позволяет дифференцированно подходить к выбору хирургической тактики при комбинированных поражениях сонной и ПКА в лечении СППО.

Литература

1. Братина Л.К. Особенности экстра- и интерактивного кровообращения при окклюзирующем поражении артерий, питающих мозг (ангиографическое изучение): Автореф. дис. д-ра мед. Наук. —М., 1974. с.37
2. Джигладзе Д.Н., Глазунова Т.И., Волкова В.Н. Начальные проявления неполноценности кровоснабжения мозга //Клин.-медицина. —1982.-N 10.- с. 21-25
3. Зингерман Л.с., Покровский А.В., Кованева Р.А., Цицшвили Г.А. Синдромы коллатериального кровообращения в системе брахиоцефальных артерий//Журн. невропатол. и психиатр. — 1996.-N1 —с.15-22.
4. Покровский А.В., Гусев Е.И., Пышкина Л.И. и др. Особенности гемодинамики экстракраниальных магистральных артерий у больных с окклюзирующими поражениями брахиоцефальных артерий //Журн. невропатол. и психиатр. -1986.-N1.-с.6-10.
5. Archie J.P., Feidtman R.W. Collateral vascular resistance in patients with significant carotid stehosis// Stroke.-1982.-Vol. 13, N6.-P.829-831.

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Ю.И.Калиш,
Г.В.Хан

**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ,
АССОЦИИРОВАННОЙ С *HELICOBACTER PYLORI***

Научный центр хирургии им.акад.В.Вахидова МЗ РУз.

Открытие в 1983 году австралийскими учеными V.Marshall и I.Warren [54] в биоптатах слизистой оболочки (СО) желудка нового вида бактерий - *Helicobacter pylori* (НР) и активное его изучение привело к накоплению большого количества данных, которые объясняют вопросы этиопатогенеза язвенной болезни (ЯБ).

Goodwin C.S. в 1983г. впервые получил чистые культуры микроорганизма и предложил концепцию «протекающей крыши» - «leaking roof» concept [47]. Согласно которой патогенетическая роль НР как фактора агрессии обусловлена его способностью колонизировать звездно пилороантральный отдел желудка и очаги желудочной метаплазии СО двенадцатиперстной кишки (ДПК).

Многочисленными исследованиями доказано участие НР в патогенезе ЯБ [16,17,21,26,51] связь развития различных осложнений ЯБ с персистенцией НР [13,31] и риском рецидивирования заболевания [12,18,20,23,34].

Так риск развития ЯБ у больных хроническим гастритом типа В и дуоденитом увеличивается в 15 раз при наличии НР-инфекции [35,36,37,38,54]. А частота рецидивов заболевания составляет до 74% [45,58].

НР представляют собой грамотрицательные спиралевидные или S-образные бактерии, длиной до 3 мкм и диаметром до 0,8 мкм с 4-6 жгутиками на конце с высокой подвижностью. При электронной микроскопии встречается также и кокковидные формы с нечеткими контурами [8].

На твердых питательных средах при температуре 37°C к 3-им суткам образуют мелкие прозрачные колонии похожие на капли росы.

НР неустойчивы к желудочному соку, при pH-3,5 количество жизнеспособных микроорганизмов уменьшается на 3 порядка, а при pH < 3 наступает стерилизующий эффект [56].

Благодаря наличию фермента уреазы НР обладают способностью разлагать мочевины с выделением CO₂ и аммиака. Защищая себя «облаком» из ионов аммония НР способны противодействовать соляной кислоте, за счет связывания ионов H⁺, что приводит к ощелачиванию среды, меняя pH желудочного содержимого, при этом так же наблюдается снижение вязкости слизи за счет разжижения муцина [33,37].

Н.р. заселяют тело желудка, пилорический отдел и луковицу ДПК на островках желудочной метаплазии, располагаются под слоем слизи на поверхности мембран эпителиоцитов, не проникая в толщу стенки органа, вызывают специфическое воспаление, которое сопровождается лейкоцитарной и плазмоцитарной инфильтрацией СО. При этом степень тяжести морфологических изменений возрастает пропорционально частоте обнаружения НР [60,65].

Нарушение резистентности СО желудка и ДПК происходит за счет повреждающего действия вырабатываемых НР ряда протеолитических ферментов,

липаз и цитопатических токсинов при этом наблюдается нарушение целостности микроворсинок, разрушение цитоскелета, межклеточных связей, воспалительные изменения и метаплазия СО желудка и ДПК. Которое усугубляется под воздействием пепсина и соляной кислоты [4,10,11,30,39,42,44,47,53,55,60,64].

Другим важным патогенетическим фактором ulcerogenesis является то, что НР приводит к нарушению работы иммунной системы и срыву работы Т-супрессоров [16]. Обладая высокой каталазной активностью, НР органичивают действие фагоцитов на бактерии, снижают активность их окислительно-восстановительных механизмов [14].

В зависимости от метода диагностики частота обнаружения НР различна. По данным различных авторов она колеблется от 90% до 100% у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК), у больных язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) - до 80%, хроническим гастритом типа В - 100% [6,28,41].

По данным многочисленных публикаций лучшей сопоставимостью НР характеризуется уреазный тест и методика выделения чистой культуры, позволяющая идентифицировать видовую особенность микроорганизмов. По данным A.Hamlet (1999) [48] повышенная плотность обсеменения sagA-положительными штаммами НР является достоверным прогностическим признаком дуоденальных язв.

Продуцируемая НР в большом количестве уреазы легла в основу индикаторного теста. Мочевина желтого цвета под действием уреазы расщепляется до аммиака с образованием стойкого красного окрашивания [24].

Обнаружение НР в гистологических препаратах со световой микроскопией во многом зависит от качества окрашивания. Наилучшие результаты получены при окраске гематоксилином и эозином [5,22,24,56].

Разработана методика обнаружения НР из желудочного сока, которая отличается неинвазивностью, простотой в исполнении, доступностью и позволяет получить качественную и количественную характеристику обсемененности НР желудочного содержимого [6].

J.R.Lambert (1986) [50] методом иммуносорбентного связывания ферментов ELISA обнаружили в сыворотке крови специфические антитела к НР, относящиеся к иммуноглобулинам класса G. Эти антитела продуцируются в СО, формируя местный и общий иммунитет в ответ на внедрение микробов. Точность метода оказалась близкой к 80-100% [5,9,67].

Исследованиями ряда авторов установлена высокая эффективность лечения НР-инфекции антибактериальными препаратами (трихопол, фосфомицин, рифампицин, ампициллин, метранидозол, амоксициллин и др.) [1,15,23,25,50].

Использование ингибиторов протонной помпы (омепрозол, пантопразол) позволяет достичь более высокой частоты эрадикации (до 90%) по сравнению с монотерапией антибактериальными препара-

тами и уменьшить первичную резистентность НР [43,52,59,61].

По мнению ряда авторов [19,27,29] весьма эффективным в комплексном лечении НР-инфекции является назначение иммуномодуляторов (Т-активин, тималин, продигозан, иммуномодулин).

Ведется активный поиск новых методов лечения НР-инфекции. Многочисленными исследованиями доказано, что определенным лечебным эффектом по отношению к НР, приводящим к его элиминации, обладают микробы-антагонисты, низкоинтенсивное лазерное излучение, электроактивированные водные растворы, кислородные продукты. Излучение ультрафиолетового лазера с плотностью энергии 0,5-1,5 Дж/см² «in vitro» обладает прямым антибактерицидным эффектом по отношению к НР. Излучение гелий-неонового и полупроводникового лазеров способствует уменьшению обсемененности НР, опосредованно, через активацию системы микроциркуляции и местного ответа [2,3,7,27,39].

При сенсibilизации колоний НР «in vitro» в эксперименте (фотосенсibilизаторами) и облучении низкоинтенсивным лазерным излучением бактериальная жизнеспособность уменьшается на 99% [57].

В настоящее время проводятся работы по выявлению антигенной структуры НР для создания вакцины для профилактики и лечения НР-инфекции [66].

На сегодняшний день общепринятой схемой лечения НР-инфекции является использование тройной терапии, которая включает обязательное назначение ингибитора К⁺Н⁺-АТФазы и сочетание 2 антибактериальных препаратов в течении 7-10 дней [32,46,49,62,63] эффективность которой составляет 90-96% при первичном лечении.

НР персистирует в организме человека годами, являясь «семейной» инфекцией, частота обнаружения которой у близких родственников больных гастродуоденальной патологией составляет 46%, что диктует необходимость санации НР не только у больных, но и у их ближайших родственников, находящихся в тесном контакте с ними [40].

Таким образом, многочисленными исследованиями расшифрованы механизмы ulcerогенного действия НР, установлено его влияние на секреторную функцию желудка. Разработаны оптимальные методики диагностики и лечения НР. Эрадикация НР способствует значительному уменьшению частоты рецидивов ЯБ и является необходимым условием выздоровления больных.

Литература

1. Авалыева Е.Б., Горшков Е.В. Кислотообразующая функция желудка и антральный гастрит. // Рос. журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. -1996. -№4, т. VI. -с.10.
2. Агилалов А.Н., Томаш О.В., Руденко Н.Н. и др. Эффективность различных режимов амбулаторного лечения язвенной болезни ассоциированной с хеликобактерной инфекцией. // Рос. журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. -1996. -№4, т. VI. -с.11.
3. Артемова Е.В. Микробиоценоз желудка при гастродуоденальном хеликобактериозе и возможности его коррекции. // «Узбекистон Мустақиллиги-унинг фани ва технологиялари ривожлантириш кафолати» мавзуйдаги учинчи республика илмий коллоквиуми. -Тошкент. -1999. - т. I. -с.151-154.
4. Аруин Л.И. Хеликобактер Пилори и эндокринная система

- желудка. // Рос. журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. -1995. -№3, том V. -с.9.
5. Арутюнян А.А., Савранский В.М., Морозов В.П. Хеликобактер пилори в хирургии желудка. // Рос. журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. -1995. -№3, том V. -с.10.
6. Баженов Л.Г., Ходжаева Н.У., Садыков Р.А., Саидханов Б.А. Выделение *Helicobacter pylori* из желудочного сока. // Клиническая лабораторная диагностика. -1993. -№5. -с.19-22.
7. Баженов Л.Г., Садыков Р.А. Влияние лазерного излучения на аэробные, микроаэрофильные и анаэробные микроорганизмы. // В кн.: Новое в лазерной медицине. Бишкек. -1995. -с.63.
8. Баженов Л.Г. *Helicobacter pylori* при гастродуоденальной патологии: выделение, микроэкология и чувствительность к антимикробным факторам. // Автореф. докт. дисс. -Ташкент. -1997. -32с.
9. Бельмер С.В., Таболин В.А., Гасилина Т.В. и др. Язвенная болезнь и пилорический хеликобактер. // Рос. журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. -1995. -№3, том V. -с.28.
10. Бобровских М.П., Бобровских А.М. *Helicobacter pylori* и свободные клетки стромы слизистой оболочки желудка при язвенной болезни. // Рос. журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. -1996. -№4, т. VI. -с.19.
11. Брискин Б.С., Карпов В.И., Эткова П.В. Роль *Helicobacter pylori* при кровоточащих язвах двенадцатиперстной кишки. // Рос. журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. -1996. -№4, т. VI. -с. 21.
12. Буянов В.М., Датов С.Б., Ашурова М.Р. Значение пилорических кампилобактеров в хирургическом лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. // Советская медицина. -1991. -№11. -с.66-68.
13. Георгадзе А.К., Карпов В.И., Этков П.В. *Helicobacter pylori* как фактор развития кровотечений. // VII Всероссийский съезд хирургов. Краснодар. -1995. -с.59.
14. Григорьев П.Я., Исаков В.А., Яковенко Э.П. Новые аспекты этиологии и патогенеза хронического гастрита и язвенной болезни. // Терапевтический архив. -1988. -№3. -с.139-141.
15. Григорьев П.Я. Де-нол в современной гастроэнтерологии. // Врач. -1991. -№11. -с.32-34.
16. Каримов Х.Я., Гариб Ф.Ю., Касымов И.Ю. и др. Патогенетическое обоснование лечения ЯБДПК с хеликобактериозом. // Матер. I Науч.- практ. конф. «Актуальные вопросы медицины». Ташкент. -1993. -с.47.
17. Каримов Х.Я., Байбеков И.М., Нарбаева И.Э., Усманова Ш.Э. Значение *Helicobacter pylori* в течении язвенной болезни. // Новое в диагностике и лечении органов пищеварения. Ташкент. -1997. -с.65-66.
18. Касымов Ю.И., Дулянов Р.П., Нурбаев Э.Ф. и др. Клинико-иммунологическая эффективность кваматела в сочетании с иммуномодулином у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // Новое в диагностике и лечении органов пищеварения. Ташкент. -1997. -с.74-75.
19. Касымов Ю.И., Рустамова М.Т., Мирзахмедова М.Т., Гулямов Ш.З. Особенности лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки с пилорическим хеликобактериозом. // Новое в диагностике и лечении органов пищеварения. Ташкент. -1997. -с.72-74.
20. Комаров Ф.И., Ивашкин В.Т., Сукирно М.С. Значение исследований механизмов регуляции секреции HCL у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. // Терапевтический архив. -1989. -т. 61. -№8. -с.57- 59.
21. Курбанов Р.Д., Абдуллаев Р.Б. Применение трихопола и де-нола в комплексном лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. // Матер. Конгресса по внутр. медицине стран Центр. Азии. -Ташкент. -1994. -с.191.
22. Лисовская Т.В., Никульшин С.С., Усс Г.А. Хеликобактерная инфекция после резекции желудка и ваготомии. // Рос. журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. -1995. -№3, том V. -с.138.
23. Логинов А.С., Аруин Л.И., Ильченко А.А. Язвенная болезнь и новые аспекты патогенетической терапии. // М. -1993. -с.233.
24. Масевич Ц.Г., Соколовский В.В., Пак С.Ф. Диагностика

- кампилобактерной инфекции у больных с заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки.//Клиническая медицина.-1989.-N11.-с.80-81.
25. Медведев В.Н., Проценко Н.Н., Медведева В.Н. и др. Этиопатогенез хронического гастрита.//Рос. журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.-1995.-N3, том V.-с.153.
26. Нестеренко А.О., Сапронов П.М., Арсеньева Ф.В. и др. *Campilobacter pylori* при гастродуоденальной патологии.//Клиническая хирургия.-1990.-N12.-с.46-48.
27. Нурбаев Ф.Э., Косымов И.Ю. Клинико-иммунологическая эффективность лечения больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, ассоциированной с пилорическим хеликобактериозом.//Новое в диагностике и лечении органов пищеварения.-Ташкент.-1997.-с.126-128.
28. Перкин Э.М., Рубцов М.А., Рубцова Н.И. Влияние *Helicobacter pylori* на результаты органосохраняющих операций при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.//Хирургия.-1995.-N6.-с.23-25.
29. Передерий И.Г., Бычкова Н.Г., Петров А.В. и др. Принципы назначения медикаментозных и немедикаментозных методов лечения язвенной болезни.//Врачебное дело.-1993.-N5-6.-с.58-61.
30. Поташов Л.В., Морозов В.П., Савранский В.М. и др. Инфицированность *Helicobacter pylori* больных после резекции желудка.//Вестник хирургии.-1996.-N3.-с.17-20.
31. Поташев Л.В., Морозов В.П., Савранский В.М. и др. *H.pylori*-статус после резекции желудка.//Рос. журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.-1996.-N4, т. VI.-с.67-68.
32. Рекомендации по диагностике инфекции *Helicobacter pylori* у больных язвенной болезнью и методам их лечения.//Рос. журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.-1998.-N1.-с.105-107.
33. Розжавин М.А. Патогенные свойства *Campilobacter pylori*.//Клиническая медицина.-1989.-N11.-с.20-24.
34. Рубцов М.А., Перкин Э.М., Рубцова Н.И., Ершов А.А. Влияние хеликобактер пилори на результаты селективной проксимальной ваготомии.//Рос. журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.-1995.-N3, том V.-с.202.
35. Саидханов Б.А., Хаджибаев А.М., Маликов Ю.Р. К патогенезу рецидива язвенной болезни оперированного желудка.//В кн. Актуальные вопросы реконструктивной и восстановительной хирургии. Ташкент.-1996.-с. 216-217.
36. Саидханов Б.А., Хаджибаев А.М., Байбеков И.М. Причины рецидива язвенной болезни оперированного желудка.//В кн. Атк.пробл.хирургии и трансплантол. Ташкент.-1997.-с.38.
37. Ткачев А.В., Веселова Е.Н., Розенберг Т.Г. Степень обсемененности *Helicobacter pylori* слизистой оболочки желудка у лиц принимаемых нестероидные противовоспалительные препараты.//Рос. журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.-1996.-N4, т. VI.-с.78.
38. Хаджибаев А.М., Саидханов Б.А., Болтаев Д.Э. Хирургическая тактика при рецидиве язвенной болезни оперированного желудка.//В кн. Атк. пробл.хирургии и трансплант.-Ташкент.-1997.-с.41-42.
39. Усманов Х.Х. Роль пристеночных микроорганизмов в послеоперационных осложнениях у больных язвенной болезнью. Автореф.канд.дисс. Ташкент, 1995.14с.
40. Щербаков И.Л., Чернова А.А., Квирквелия М.А., Цветкова Л.Н. Пилорический хеликобактериоз - семейное заболевание?//Рос. журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 1995, N3, т. V, с. 267.
41. Юлдашев Р.Ш. Выбор способа хирургического лечения осложненных ювенильных дуоденальных язв. Автореф.канд.дисс. Ташкент.1995,с.10.
42. Annibale B., De Magistris L., Corleto V. *Campilobacter pilory*, gastritis and peptic ulcer disease.//Ital. J. Gastroenterol.-1988. -20.-N2.-p.278-82.
43. Chey W.D., Fisher L., Barnet J. et al. Low-versus high-dose azithromycin triple therapy for *Helicobacter pylori* infection.//Aliment. Pharmacol. Ther.-1998.-12.-p.1263-1267.
44. Collen M.J., Strong R.M. *Helicobacter pylori* in duodenal ulcer patients with idiopathic gastric acid hyperscretion.//Dig. Dis. Sci.-1993.-Jan.-38(1).-p.132-136.
45. De Fabritiis G., Riccio P., Avellini C. *Campilobacter pylori*: A marker of risk of relapse in gastric peptic ulcer.//The World Congr. of Gastroenterol.-Sydney.-1990.-Abstract II.-p.165.
46. Dohil R., Israel D.M., Hassall E. Effective 2-wk therapy for *Helicobacter pylori* disease in children.//Am.J.Gastroenterol.-1997.-Feb.-92(2).-p.244-247.
47. Goodwin C.S. //Lancet.-1988.-Vol.2.-N8626/8627.-p.1467-1469.
48. Hamlet A., Thoreson A.S., Nilsson O. et al. Duodenal *Helicobacter pylori* infection differs in *cagA* genotype between asymptomatic subjects and patients with duodenal ulcer.//Gastroenterology.-1999.-116.-p.259-268.
49. Labenz J., Tillenburg B., Peitz U. et al. *Helicobacter pylori* augments the pH-increasing effect of omeprazole in patients with duodenal ulcer. //Gastroenterology.-1996.-Mar.-110(3).-p.725-732.
50. Lambert J.R., Dunn K.L., Pinkard K., Kaldor J.//Ibid.-1986.-Vol.90.-p.1509.
51. Leoci C., Ierardi E., Chiloiro M. et al. Incidence and risk factors of duodenal ulcer. A retrospective cohort study.//J.Clin.Gastroenterol.-1995.-Mar.-20(2).-p.104-109.
52. Lind T., Megraud F., Unge P. et al. The MACH2 study: role of omeprazole in eradication of *Helicobacter pylori* with 1-week triple therapies. //Gastroenterology.-1999.-16.-p.248-253.
53. Malfertheiner P., Dominguez-Munoz J.E. Rationale for eradication of *Helicobacter pylori* infection in duodenal ulcer disease.//Clin. Ther.-1993.-15, Suppl.B.-p.37-48.
54. Marshall B.J., Warren J. Unidentified curved bacilli in the stomach of patients with gastritis and peptic ulceration.//Lancet.-1984.-Vol.1.-p.1311-1315.
55. Marshall B., McGechil D., Warren J. Pyloric campilobacter infections and gastroduodenal disease.//Med.J.Aug.-1985.-Vol.142.-p.439-444.
56. Marshall B.J., Barret L., Prakash C.//Gastroenterology.-1987.-Vol.92.-N 5.-p.1517.
57. Millson C.E., Wilson M., MacRobert A.J. et al. The killing of *Helicobacter pylori* by low-power laser light in the presence of a photosensitizer. //J.Med.Microbiol.-1996.-Apr.-44(4).-p.245-252.
58. Monis A., Mabrouk Sh. Role of *Campilobacter pylori* in pathogenesis of gastritis, duodenitis, non-ulcer dyspepsia and recurrent peptic ulceration.//The World Congr. of Gastroenterol.-Sydney.-Abstract II.-1990.-p.17.
59. Moshkowitz M., Konikoff F.M., Peled Y. et al. One week triple therapy with omeprazole, clarithromycin and tinidazole for *Helicobacter pylori*: differing efficacy in previously treated and untreated patients.//Aliment.Pharmacol.Ther.-1996.-Dec.-10(6).-p.1015-1019.
60. Peura D.A. *Helicobacter pylori* and ulcerogenesis.//Am.J.Med.-1996.-May.-20;100(5A).-19-25,-discussion 25-26.
61. Patchett S., Beattie S., O'Riordan T. Effect of eradication of *Helicobacter pylori* on duodenal ulcer recurrence.//The World Congr. of Gastroenterol.-Sydney.-1990.-p.98.
62. Savarino V., Mela G.S., Zentilin P. et al. The effects of omeprazole 20 and 40 mg twice daily on intragastric acidity in duodenal ulcer patients.//Aliment. //Pharmacol. Ther.-1996.-Jun.-10(3).-p.367-372.
63. Sito E., Konturek P.C., Bielanski W. et al. One week treatment with omeprazole, clarithromycin and tinidazole or lansoprazole, amoxicillin and metronidazole for cure of *Helicobacter pylori* infection in duodenal ulcer patients. //J.Physiol.Pharmacol.-1996.-Mar.-47(1). -p.221-228.
64. Slomiany B.L., Piotrowski J., Majka J. et al. Enhancement in the protective qualities of gastric mucus by ebrotidine during duodenal ulcer healing. //Gen.Pharmacol.-1995.-Sep.-26(5).-p.1039-1044.
65. Taha A.S., Dahil S., Morran C. et al. Neutrophils, *helicobacter pylori* and nonsteroidal anti-inflammatory drug ulcer.//Gastroenterology.-1999.-116.-p.254-258.
66. Telford J.L., Ghiara P. Prospects for the development of a vaccine against *Helicobacter pylori*.//Drugs.-1996.-Dec.-52(6).-p.799-804.
67. Tsai C.-J. *Helicobacter pylori* infection in elderly people. Does quantitative serological testing predict gastroduodenal ulcer disease?//Dig.Dis.Sci.-1999.-44.-p.96-101.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

И.В.Косникова,
И.В.Овчинников,
А.Р.Гутникова

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ СОРБЦИОННЫХ СВОЙСТВ НОВОГО ГЕМОСОРБЕНТА «АУ-Л».

Научный центр хирургии им.акад.В.Вахидова МЗ РУз

И.В.Косникова, И.В.Овчинников, А.Р.Гутникова

ЯНГИ ГЕМОСОРБЕНТ «АУ-Л»НИНГ СОРБЦИОН ХУСУСИЯТЛАРИНИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛ ТАРЗДА ЎРГАНИШ

Биркатор стенд текширишларда пахта лигнини гуруҳига мансуб бир неча янги сорбентлар хусусиятлари ўрганилди. Янги натижаларни уртачалигини «АУ-Л» кўрсатди. Бу сорбент кейинчалик перитонит қақирилган итларда ўрганилди. «АУ-Л» билан гемосорбция утказиш натижасида қон зардобда креатинин, мочевино ва умумий билирубин миқдори камайганлиги аниқланди. Интоксикация дарожасининг камайганлиги тахикардиянинг камайиши, диастолик ва систолик қон босимнинг нормаллашуви ва яллиғланиш ўчоғида қон айланишини кучайиши тарзидан намоён бўлди. Олинган натижаларга асосланган ҳолда «АУ-Л»ни перитонит гемосорбент тарида қўллаш тавсия этилади.

I.V. Kosnikova, I.V. Ovchinnikov, A.R.Gutnikova

EXPERIMENTAL STUDY OF NEW «AU-L» HEMOSORBENT SORPTION PROPERTIES

Sorption properties of some new sorbents of cotton lignin group were investigated in the series of stand tests. The midporous lignin (AU-L) which later on used in experiments on the dogs with peritonitis was preferable. After hemosorption with «AU-L» sorbent there was significant lowering of creatinine, urea and total bilirubin concentrations in blood serum.

The reduction of intoxication was confirmed by deceleration of tachycardia, normalization of systolic and diastolic pressure in aorta, increase of blood flow in the focus of inflammation.

The received data allow to recommend «AU-L» as hemosorbent for hemosorption in peritonitis.

Экстракорпоральная детоксикация организма на гемосорбентах различных классов — один из эффективных методов лечения экзо- и эндогенных интоксикаций различной этиологии [1,2,5].

Этот метод успешно применяется для детоксикации организма в комплексном лечении разлитого гнойного перитонита [3,4]. До настоящего времени продолжают поиски адекватных методов детоксикации организма при этом заболевании. Важнейшей задачей остается также разработка и внедрение в лечебную практику новых классов сорбентов.

Целью работы явилась экспериментальная апробация нового сорбента АУ-Л, изготовленного из хлопкового лигнина в научно-исследовательском химико-фармацевтическом институте им.А.С. Султанова.

Методы исследований.

В стендовых испытаниях изучались сорбционные свойства сорбента в отношении некоторых метаболитов в крови. Использовалась донорская плазма, 10 мл которой встряхивали в течение 3х часов при комнатной температуре с 1 г сорбента.

Кроме этого проведены эксперименты на собаках обоего пола массой от 8 до 15 кг., у которых моделировали перитонит (эндогенная интоксикация) путем двукратного введения в брюшную полость бактериальной взвеси из расчета 3х10 микробных тел на 1 кг массы животного. Через 48 часов с момента моделирования под общим наркозом животным проводили гемосорбцию по артериовенозному контуру. Объемная скорость экстракорпорального кровотока регулировалась аппаратом УЭГ-0.1 и составляла 80-120 мл/мин. Время воздействия соответствовало I ОЦК. Тяжесть интоксикации и лечебный эффект гемосорбции оценивали по ряду показателей: частоте сердечных сокращений, величине артериального давления (систолического и диастолического), частоте сердечных сокращений, ударного выброса и минутного объема кровообращения в бедренной и верхне-брыжеечной артериях. Определение содержания в крови мочевины, креатинина, билирубина общего и прямого и общего белка проводилось унифицированными методами. Регистрации этих показателей, а также взятие крови для исследований осуществляли непосредственно перед гемосорбцией и сразу после нее. Данные исследований обрабатывались по методу Стьюдента-Фишера.

Результаты исследований и их обсуждение.

Для апробации было предложено три разновид-

ности сорбента: лигнин мелкопористый, лигнин среднепористый и лигнин крупнопористый в комбинации с активированным углем. В начале исследовали их сорбционные свойства в серии стендовых испытаний на донорской плазме (таблица 1). Как выяснилось все три вещества проявили сорбционные свойства только в отношении креатинина и билирубина. Заметной сорбции мочевины, белка и электролитов не было отмечено. Так, при исследовании свойств мелкопористого лигнина концентрация общего билирубина уменьшалась на 38,0%, прямого — до 29,1% от исходного уровня, немного снижалось содержание креатинина. Сорбент на основе среднепористого лигнина снижал содержание креатинина на 22,9%, билирубина общего — на 21,7%, прямого — на 57,6%. При изучении свойств крупнопористого лигнина уровень креатинина падал до 55,0% от исхода, но концентрация билирубина, хотя и уменьшалась, но в меньшей степени и статистически недостоверно.

Таким образом, среди исследованных сорбентов группы лигнина предпочтение можно отдать среднепористому, который в отличие от остальных значительно сорбировал как креатинин, так и билирубин, что указывает на высокое сродство сорбента к этим веществам. В дальнейших экспериментальных исследованиях на собаках с перитонитом использовался среднепористый лигнин (АУ-Л).

Развитие перитонита сопровождалось повышением артериального давления, тахикардией, снижением ударного выброса и минутного объема кровообращения в бедренной и верхне-брыжеечной артериях. На наличие эндогенной интоксикации указывала также повышенная концентрация в сыворотке крови изучаемых метаболитов.

После проведения гемосорбции на этом фоне сорбентом АУ-Л нами отмечалось значительное снижение в сыворотке крови концентрации креатинина — на 33,3%, мочевины — на 30,8%, общего билирубина — на 42,3% при незначительном уменьшении уровня прямого билирубина и недостоверном изменении содержания общего белка (таблица 2).

Известно, что один из недостатков сорбентов класса СКН, широко применяемых в клинической практике, является задержка сорбентом помимо различных метаболитов также и общего белка, крайне необходимого организму. Поэтому, сохранение уровня общего белка в крови после проведения гемосорбции сорбентом

Таблица 1

Показатели		
Мочевина (ммоль/л)	I	4
	II	5
Общий белок (г/л)	I	60
	II	55
Креатинин (мкмоль/л)	I	6
	II	55
Билирубин общий (мкмоль/л)	I	41
	II	25
Билирубин прямой (мкмоль/л)	I	15
	II	5
Na ммоль/л	I	15
	II	15
K ммоль/л	I	10
	II	10

Примечание: I- до сорбции - $P<0.05$
II- после сорбции - $P<0.01$

$P<0.02$ N1-мелкопористый лигнин
 $P<0.001$ N2-среднепористый лигнин N3-крупнопористый лигнин

АУ-Л расценивалось нами как положительное качество нового сорбента. Кроме того, дополнительно можно отметить значительное снижение концентрации мочевины в крови экспериментальных собак после гемосорбции, чего не наблюдалось *ин vitro*.

Снижение интоксикации проявлялось в уменьшении тахикардии на 19%, нормализации систолического и диастолического давлений в аорте. Параллельно отмечалось достоверное перераспределение кровотока между бедренной и верхне-брыжеечной артериями в пользу последней: ударный выброс в бедрен-

ной артерии снижался на 43,8%, а в верхне-брыжеечной артерии увеличивался на 83%. Соответственно этому наблюдалось и перераспределение минутного объема кровообращения между этими сосудами, то есть наблюдалось увеличение кровотока именно в очаге воспаления. Последнее свидетельствует о положительном эффекте гемосорбции на новом сорбенте АУ-Л.

Таким образом, экспериментальные исследования свойств сорбента АУ-Л позволили установить, что он обеспечивает значительную элиминацию из крови токсической концентрации некоторых метаболитов, что в конечном итоге приводит к нормализации гемодинамических параметров. Полученные нами данные согласуются с мнением многих исследователей [5], отмечающих, что основой положительного эффекта гемосорбции при заболеваниях, сопровождающихся эндо- и экзотоксикозами, является удаление в процессе сорбции из крови токсических продуктов метаболизма и нормализация на этом фоне функции органов и систем. Приведенные нами исследования выявили хорошие сорбционные свойства нового сорбента АУ-Л на основе хлопкового лигнина, что позволяет рекомендовать его в качестве гемосорбента для проведения гемосорбции при перитоните.

Литература

1.Геньек С.Н., Пидуфалый В.Р., Шевчук В.С. Состояние и перспективы сорбционной детоксикации в хирургии // Вопр.мед.-химии.,1987.-№9.-с.

Влияние гемосорбции сорбентом АУ-Л (лигнин) на биохимические показатели крови собак с экспериментальным перитонитом

Таблица 2

Показатели	Перитонит	После гемосорбции	P
Креатинин (мкмоль/л)	165.0±2.8	110.0±3.1	<0.001
Мочевина (ммоль/л)	6.66±0.05	4.61±0.005	<0.01
Билирубин (мкмоль/л) общий	21.0±0.09	12.0±0.07	<0.001
прямой	4.2±0.08	3.6±0.06	<0.01
Общий белок (г/л)	73.5±1.36	69.5±1.5	<0.5

2. Гольдфарб Ю.С. Экстракорпоральные методы комплексной перфузионной детоксикации при острых отравлениях. Автореф. диссерт., д.м.н., М., 1992, С.50.
3. Рябцев В.Г. Гемосорбция и УФ- облучение крови в комплексном лечении перитонита //Вестн.хирург., -1989.-№4.-с.84-87.
4. Тараненко Л.Д., Кондратенко Г.П., Бондарев В.И., Мареева

Т.Е., Гриценко Л.З. К обоснованию применения гемосорбции в комплексном лечении больных острым разлитым перитонитом// Клин.хирург.-1986.-№1.-с.24-26.

5. Шалонов П.М. Гемосорбция с применением сорбента и ИГИ, покрытого фибриновой пленкой, в лечении больных пожилого и старческого возраста с острыми хирургическими заболеваниями// Клин.хирург.-1986.-№3.-с.31-34.

К.О.Махмудов,
Б.А.Саидханов,
Л.Г.Баженов,
А.Р.Гутникова,
А.Х.Касымов,

НЕЙТРАЛЬНЫЙ АНОЛИТ И БАКСТИМС В ЛЕЧЕНИИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА

Научный центр хирургии им. акад. В. Вахидова МЗ РУз.

Махмудов К.О., Саидханов Б.А., Баженов Л.Г., Гутникова А.Р., Касымов А.Х.

НЕЙТРАЛ АНОЛИТ ВА БАКСТИМС БИЛАН ЭКСПЕРИМЕНТАЛ ИИРИНГЛИ ПЕРИТОНИТНИ ДАВОЛАШ

Иирингли перитонит билан огриган каламушларда, зарарланган қорин бўшлиғини одатий ва биз томондан тавсия этилган турли усуллар билан даволаш ўтказилди. Олинган натижалар ўртасида таққословчи таҳлиллар бажарилди. Келиб чиққан натижалар шуни кўрсатдики: метронидазол ва антибиотикотерапия билан одатдаги даволанишдан кўра, нейтрал анолит ва бакстимс билан биргаликда қўлланилган даволаш усули яхши натижа берди. Ишлаб чиқилган бу усул қорин бўшлиғини тозалашда организмни ҳимоя кучини тўлиқ ва вақтلىроқ тикланишига ва клиник-биохимик кўрсаткичларни нормаллашувига олиб келди.

Makhmudov K.O., Saidkhanov B.A., Bazhenov L.G., Gutnikova A.R., Kasimov A.Kh.

NEUTRAL ANOLYT AND BACSTIMS IN TREATMENT OF EXPERIMENTAL PURULENT PERITONITIS.

The comparative analysis of different methods of the abdominal cavity sanation in experimental purulent peritonitis in rats has been performed. It was found that the best results were received in the complex use of neutral anolyt and bacstims theh in their isolated use and/ or in traditional treatment with including of lavage with metronidazole and antibiotic therapy.

The developed method of the abdominal cavity sanation promotes the earlu and full rocoveryion defence forces of organism and normalization of clinicobiochemical indices.

Несмотря на значительное усовершенствование хирургической тактики, широкое применение антибактериальных средств и различных методов детоксикации организма, результаты лечения разлитого гнойного перитонита до сих пор остаются неутешительными [4, 5]. Летальность при этом осложнении колеблется от 12.3% до 36%, что обусловлено наличием множества нерешенных проблем [1, 2, 3]. Это диктует необходимость поиска новых путей, позволяющих повысить эффективность лечения больных данной категории.

В настоящее время для лечения острого гнойного перитонита применяются различные антибиотики, для санации брюшной полости используются антисептики [4]. В последние годы стали появляться работы, авторы которых представляют обнадеживающие результаты, используя для санации электролизные и электроактивированные растворы [5]. Кроме того, большой интерес представляет применение различных иммуностимуляторов, которые наряду с этим свойством обладают бактериостатическим действием [4]. В этом плане, на наш взгляд, перспективен разработанный нами совместно с АОЗТ «Сорбтех» препарат «Бакстимс» (Патент РУз N 5010 от 01.06.1998). Данный препарат уже хорошо зарекомендовал себя в лечении язвенной болезни, ревматических заболеваний, в гинекологии, проктологии, вирусологии, комбустиологии. «Бакстимс» является бактериостатическим препаратом с иммуностимулирующим действием. В составе содержит 40 мг йода на 100 мл растительного масла. Механизм действия заключается в способности стимуляции Т-звена иммунитета и ингибировании роста патогенных бактерий. Препарат устойчив во внешней среде, не инактивируется при взаимодействии с дистиллированной водой и физиологическим раствором. Он не токсичен, не вызывает аллергических реакций, не разрушается при взаимодействии с различными антибиотиками. Однако роль и место данного препарата в лечении гнойного перитонита не изучена.

Целью нашего исследования явилось проведение сравнительного анализа различных методов санации брюшной полости при гнойном перитоните и предложить наиболее оптимальный вариант комплексного лечения.

Материал и методы исследований.

Экспериментальный перитонит вызывался по разработанной нами методике, заключающейся в двукратном введении в верхний, а затем нижний этажи брюшной полости с интервалом в 24 часа трехкомпонентной микробной взвеси, содержащей анаэробную и аэробную флору.

Экспериментальные животные были разделены на 4 группы по 15 крыс в каждой. 1-я группа - здоровые животные; 2-я группа - животные с экспериментальным перитонитом, не получавшие лечения служила контролем для следующих двух групп; 3-я группа - животные получавшие традиционное лечение (гентамицин, промывание брюшной полости метрогилом); 4-я группа - получавшие комплексное лечение с применением бакстимса и нейтрального анолита. На 3 сутки от начала моделирования перитонита животным под эфирным наркозом производили срединную лапаротомию, проводили санацию брюшной полости раствором нейтрального анолита, затем орошали ее бакстимсом. Подобную обработку проводили 1 раз в сутки на протяжении 14 дней. Электроактивированный раствор нейтрального анолита получали на установке «СТЭЛ». Бакстимс - лекарственный препарат, разработанный на основе природного растительного масла, содержит дийодиды, жирные кислоты, фосфатиды и токоферолы. Обладает бактерицидным и иммуностимулирующим действием. Анализ эффективности того или иного способа лечения перитонита осуществлялся по оценке клинической картины, показателей клинико-биохимических анализов, содержания циркулирующих иммунных комплексов. Содержание ЦИК определяли с помощью тест-системы для определения уровня ЦИК в сыворотке крови,

который является одним из диагностических приемов определения степени тяжести и активности иммунологического процесса. Определение клинико-биохимических показателей проводили по общепринятой методике.

Результаты исследований.

Результаты проведенных исследований показали, что в клиническом течении заболевания наиболее быстрое улучшение состояния отмечается при комплексном применении бактимса и анолита. Во II группе к 9-10 суткам от начала моделирования заболевания все экспериментальные животные погибли. В III группе, при традиционном лечении, летальность достигла 20%, тогда как этот показатель в IV группе был значительно ниже и составил 7%.

На показатели крови наиболее эффективное действие оказывает комплексное применение бактимса с анолитом. У животных 4 группы эти показатели были максимально приближены к норме и достоверно отличались от таковых у животных других групп, включая получавших традиционную антибиотикотерапию. Так, традиционная терапия обеспечивала незначительное - на 8% - уменьшение общего числа лейкоцитов, при этом сохранялся сдвиг лейкоцитарной формулы влево. Применение анолита и бактимса в комплексе устраняло это нарушение. У животных 4 группы эти показатели вернулись к уровню, характерному для здоровых животных.

Одним из негативных проявлений перитонита является усиленный протеолиз белков с нарушением их биосинтеза. Проведенные исследования показали, что традиционное лечение не полностью обеспечивает восстановление этого процесса, тогда как сочетание анолита с бактимсом предупреждает развитие белкового дефицита.

Аналогичная тенденция прослеживалась при определении содержания циркулирующих иммунных комплексов. При перитоните содержание их резко возросло с $26,2 \pm 3,68$ до $56,8 \pm 0,37$ усл.ед. Традиционное лечение вызвало уменьшение на 15% - до $48,2 \pm 0,8$, тогда как при комплексном применении анолита с бактимсом уровень их практически достигал интактных величин - $32,2 \pm 0,66$, уменьшаясь на 43% по сравнению с аналогичным показателем у животных на стадии перитонита.

Анализ микробиологических данных показал, что при традиционной терапии полной ликвидации микробной обсемененности брюшной полости не отме-

чается, хотя она значительно снижалась. После применения анолита с бактимсом роста бактерий не отмечено. Макроскопически у животных 4-ой группы при вскрытии в брюшной полости выпота не отмечается, признаков воспаления нет. Немаловажным моментом является то, что наряду с отсутствием признаков воспаления в брюшной полости не отмечается межкисечных спаек. Данное свойство комбинированного применения анолита и бактимса играет значительную роль, так как большинство поздних послеоперационных осложнений данного заболевания связано именно со спайкообразованием в брюшной полости. Предупреждение данного процесса в брюшной полости позволяет улучшить и отдаленные результаты оперативного лечения больных с перитонитом.

Таким образом, полученные результаты указывают на наиболее выраженное снижение уровня интоксикации и восстановление синтетических процессов при комплексном использовании анолита с бактимсом и более высокую эффективность разработанного метода.

Выводы.

1. Комплексное применение анолита и бактимса в лечении гнойного перитонита способствует более раннему и полноценному восстановлению защитных сил организма и нормализации клинико-биохимических показателей.

2. Санация брюшной полости анолитом оказывает выраженный дезинтоксикационный и санационный эффект, бактимс оказывает иммуностимулирующее и бактериостатическое действие. Комплексное применение этих препаратов способствует предупреждению спайкообразования в брюшной полости.

Литература

1. Каримов Ш.И., Эргашев У.Ю. Перитонеальный диализ в лечении распространенного гнойного перитонита // Хирургия. - 1998, N 4. - С. 20-21.
2. Кузин М.И., Шкроб О.С., Сорокина М.И., Цыденов М.М. Разлитой гнойный перитонит, острая почечная недостаточность. Ташкент, 1978.
3. Морозов П.Н. Патоморфология перитонита при воздействии ультразвука в клинике и эксперименте: автореф. дис. канд. мед. наук., Москва, 1985. - 19 с.
4. Худайберганов Б.Т. Разработка и характеристика новых методов санации брюшной полости при местных и диффузных перитонитах: Автореф. дис. канд. мед. наук. - Ташкент., 1996. - 22 с.
5. Milicevic M., Mihailovic J. Antibiotics in abdominal surgery // Acta Chir Jugosl., 1995.-N 2.-P.-7-46.

К.З. Салахиддинов,
Э.С. Джумабаев,
И.Р. Файзиев

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ВОЗДЕЙСТВИЮ НА РЕГИОНАЛЬНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ ОПЕРИРОВАННОЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ.

Андижанский медицинский институт

Салахиддинов К.З., Э.С. Джумабаев, Файзиев И.Р.

Жарроҳлик амалиёти бажарилган йўғон ичакнинг регионал лимфатик тугунларига таъсир этишга янгича ёндошиш (экспериментал иш)

Муаллифлар операциядан кейинги даврда гелий-неонли лазер нурини лимфа тугунларига таъсир этириб улардаги морфологик ўзгаришларни ўрганишган.

K.Z. Salahiddinov, E.S. Jumabaev, I.R. Fayziev

The new approaches to influence on regional lymphatic nodes in operation thick colon experiment.

The authors was study morphology change of lymphatic nodes by influence on the them helium-neon ray in after operation period.

Больные с urgentной хирургической патологией представляют особый контингент пациентов. Это объясняется прежде всего тем, что как правило они поступают в тяжёлом состоянии, нет достаточного времени для длительного предоперационного лечения этих больных и патологический процесс нередко сопровождается выраженной воспалительной реакцией тканей. Всё это приводит порою к тяжёлым осложнениям и неблагоприятным исходам оперативных вмешательств.

В этой связи изыскание высокоэффективных превентивных мероприятий направленных на борьбу с отёком, воспалением, микроциркуляторными и иммунными расстройствами, связанными с основным патологическим процессом представляется особенно актуальным.

В этой связи нами предлагается новый метод лазерной лимфатической терапии в профилактике и лечении рассматриваемой патологии. Сущность метода заключается в облучении групп лимфатических узлов согласно их сегментарного строения в зависимости от вида операции, верхний этаж - малый сальник, средний и нижний этаж - брыжейка тонкой и толстой кишок. (патент № 4989).

Одной из задач исследования было проведение экспериментального обоснования лазерного воздействия на ткани области оперативного вмешательства, в частности изучалось влияние лазерного облучения региональных лимфатических узлов на морфофункциональное состояние оперированных и близлежащих тканей.

Исследования проведенные на 30 белых крысах, выявили более благоприятную морфофункциональную картину со стороны микроциркуляторного русла в раннем послеоперационном периоде после энтеротомии толстой кишки в основной группе (18) по отношению к контрольной группе (12) животных. В частности отмечается уменьшение отёка ткани в области оперативного вмешательства в основной группе о чём свидетельствует характер диаметра микрососудов в динамике. Так диаметр капилляров в основной группе на 3-сутки составил 3.4 ± 0.7 мкм (в норме 3.0 ± 0.14), а в контрольной этот показатель составил 11 ± 1.1 мкм ($P < 0.005$). Об уменьшении отека тканей в основной группе свидетельствует и снижение объёма стромы (25%) по отношению к контрольной группе (60 %). Лимфогонное воздействие лазерного облучения в зоне оперативного вмешательства выражается снижением явлений лимфостаза в основной группе, тогда как лимфатические сосуды в контрольной

группе расширены, что свидетельствует о нарушении лимфооттока, при этом диаметр лимфатических капилляров в контрольной группе на 3-сутки составил 27.5 ± 1.1 мкм, а в основной на этот же срок 8.5 ± 0.9 мкм. ($P < 0.001$).

Отмечено благоприятное воздействие гелий-неонового облучения и на клеточные компоненты воспалительной реакции. Иммуномоделирующее влияние метода выражается в снижении лейкоцитарной инфильтрации в строме тканей зоны оперативного вмешательства. Так, процентный состав нейтрофилов снижается в основной группе до $6.0 \pm 1.2\%$ на 3-сутки, а в контрольной группе этот показатель равен $21.2 \pm 1.7\%$ ($P < 0.001$), что свидетельствует о регрессии воспалительного процесса в основной группе. Количество макрофагов в контрольной группе составило $14.6 \pm 2.3\%$ на 7-сутки, а в основной $30.3 \pm 1.3\%$ ($P < 0.001$), количество плазматических клеток на 3-сутки в контрольной группе составил $12.7 \pm 1.5\%$, а в основной $33.3 \pm 1.6\%$ ($P < 0.001$). Это свидетельствует о превалировании продуктивной фазы иммунного ответа над пролиферативной в основной группе животных.

Влияние облучения на клеточный компонент воспалительной реакции выражается снижением лейкоцитарной инфильтрации тканей, превалированием в основной группе количества макрофагов и плазматических клеток, то есть стимулированием компонентов местного иммунитета.

Таким образом, применение низкоинтенсивного гелий-неонового облучения региональных к зоне оперативного вмешательства лимфатических узлов показало благоприятное воздействие метода на воспалительный процесс. Это характеризуется позитивными изменениями микроциркуляции, усилением дренажной функции лимфатических капилляров, снижением отёка тканей, подвергающихся оперативной травме.

Использование гелий-неонового лазерного облучения оказывает с одной стороны лимфогонное действие, а с другой иммуностимулирующее и иммуномоделирующее влияние. Первое связано с стимулирующим влиянием на иммунокомпетентные клетки - активация процессов дифференцировки плазматических клеток, усиление митотической активности клеток лимфатических узлов и активация клеток системы фагоцитирующих мнуклеаров - в частности макрофагов.

Литература

1. Байбеков И.М., Касымов А.Х., Козлов В.И., и др. Морфологические основы низкоинтенсивной лазеротерапии. - Ташкент. - 1991. - 225 с.

2. С.У.Джумабаев *Лимфатическая терапия и хирургия желудка. Ташкент, Ибн Сино 1992 с.23-25*
3. *Справочник по клинической лимфологии. Под редакцией С.У.-Джумабаева, В.А. Хакимова, Ташкент, Ибн Сино, 1999, с. 325.*
4. Калиш Ю.И., Тоджиев А. *Сочетание применение лазеров в абдоминальной хирургии у больных с высоким риском гнойно-воспалительных осложнений I-конгресс Ассоциации хирургов им. Н.И. Пирогова. -1996*
5. Т.Охширо, Р.Г.Калдерхед *“Лечение низкоэнергетическими лазерами. Практическое внедрение” 230 стр.*
6. А.М.Постолов, Ю.И.Калиш, Н.И.Макаров. *Применение низкоинтенсивного лазерного излучения в хирургии. Обзор литературы. Хирургия.1988 г. N 12. С 137-142.*
7. М.Р.Сапин, Н.А.Юрина, Л.Е.Этинген *”Лимфатический узел” . Москва “Медицина” 1978 г.-183 стр.*
8. В.И.Самохвалов, В.А.Матафов. *Стимуляция репаративных процессов в ране с помощью гелий-неонового лазера // Применение физических методов диагностики и лечения в медицине. - Свердловск, 1986 г., С. 51-54.*

ОБМЕН ОПЫТОМ

Б.Р.Бабаджанов,
Б.Н.Курьязов,
О.Б.Таджибаев

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РАННЕЙ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Ургенчский филиал 1-й ТашГосМИ

Одним из тяжелых осложнений после операций на органах брюшной полости является острая спаечная кишечная непроходимость (ОСКН), которая по частоте занимает второе место после перитонита. Летальность при этом на протяжении последних лет не имеет тенденции к снижению и в среднем составляет от 15 до 50 % [7,2,6] а у больных пожилого и старческого возраста - еще выше. В зависимости от времени прошедшего с момента операции- лапаротомии до возникновения заболевания, принято разделять острую спаечную непроходимость кишечника на 2 вида - раннюю и позднюю [1,3]. К ранней спаечной кишечной непроходимости мы относили заболевание, возникшее в течение первых 3 недель после лапаротомии.

Материалы и методы.

Под нашим наблюдением находилось 25 больных, оперированных по поводу ранней острой спаечной кишечной непроходимости. Мужчин было 18, женщин - 7. Возраст больных от 15 до 76 лет. Наиболее часто (17) заболевание зарегистрировано у пациентов трудоспособного возраста (в возрасте от 30 до 60 лет), реже - у пожилых (5) и юношей (3). Такая частота по-видимому объясняется тем, что в молодом возрасте, в силу его особой реактивности и более выраженных пластических свойств брюшины, спаечный процесс формируется быстрее чем у стариков [7,4].

ОСКН в раннем послеоперационном периоде развивалась у 9 больных, у 5- после аппендэктомии по поводу деструктивного аппендицита, у 4- после лапаротомии по поводу травмы живота с разрывом паренхиматозных органов, у 3 в связи с повреждением тонкой кишки, у 2- после ушивания перфоративной язвы желудка, у 2- после гинекологической операции, у 3- после вмешательств по поводу воспаления дивертикула Меккелля, у 7 больных развитию ОСКН предшествовали операции по поводу спаечной кишечной непроходимости.

Диагностика острой ранней спаечной кишечной непроходимости чрезвычайно трудна. ОСКН характеризуется разнообразием клинических проявлений, смазанностью основных симптомов, характерных для илеуса. Схваткообразная боль в животе отмечена у 23 больных, рвота- у 18, вздутие и асимметрия живота- у 16, задержка газов и стула - у 12, шум плеска - у 22 больных. Симптом Валя выявлен у 9 больных.

Клиническое проявление ранней ОСКН отмечалось в течение 1-й недели у 16 больных, в течение 2-й - у 6 и в течение 3-й недели - у 3 больных после перенесенного оперативного вмешательства.

Операции по поводу ранней ОСКН были проведены с момента установления диагноза в сроки до 2 часов -6 больным, до 4 -8 больным, до 6 -5, до 12 часов -2, до 2 суток - 1 больному.

В диагностике заболевания кроме клинических признаков большое внимание уделяли рентгенологичес-

ким методам исследования. При этом обращали внимание на наличие чаш Клойбера и "арок", подвижности кишечных петель, неравномерности расположения газов. Проводили в динамике рентгеноконтрастное исследование пассажа бария по кишечнику. Учитывали также количество отделяемого через трансанальный зонд.

Результаты лечения.

Объем оперативного вмешательства заключался в широком вскрытии брюшной полости, разъединении спаек брюшной полости (у 18), развороте повздошной кишки (у 3), резекции нежизнеспособного участка тонкой кишки (у 3), наложении обходного межкишечного анастомоза (у 1), интубации тонкой кишки трансанально (у 14), через цекостому (14) и аппендикостому (у 2). Опыт показывает, что наложение свищей на подвижные отделы пищеварительного канала в целях интубации его приводит к прорезыванию швов на инфильтрированной брюшине и отхождению органов от брюшной стенки с развитием перитонита. Поэтому мы в большинстве случаев отказываемся от этого метода.

При трансанальной интубации тонкой кишки (ТНИТК) анестезиолог проводит зонд в желудок через носовой ход. Хирург следит за появлением его в кардиальной части желудка и располагает его вдоль малой кривизны желудка. В таком положении толкаемый анестезиологом зонд обычно проходит весь изгиб двенадцатиперстной кишки и оказывается за дуоденальной связкой. Для быстрого проведения зонда через привратник последний фиксируется левой рукой, правая рука удерживает и направляет конец зонда в двенадцатиперстную кишку и продвигает его далее, в то время как правой рукой под брызжейкой поперечной ободочной кишки направляют головку зонда в нижнегоризонтальную ветвь кишки. После проведения зонда в этот участок он, как правило, легко выходит за связку Трейтца в тонкую кишку, ТНИТК заканчивают при достижении головкой зонда илеоцекального угла после чего сразу же аспирируют кишечное содержимое до полного спадения петель кишок.

Последние отверстия к оральному концу зонда должны располагаться в желудке.

Для интубации кишечника использовали зонд представляющий собой полихлорвиниловую трубку, с внутренним диаметром 6-7 мм, длиной 2-2,5 м с оливой диаметром 8-10 мм на конце. На протяжении 2 м от оливо зонд перфорирован отверстиями диаметром 2 мм на расстоянии 2-2,5 см друг от друга.

Интубацию кишечника проводили в течение 4-17 суток, в зависимости от срока полного восстановления перистальтики спустя 1-2 суток с момента перевода больных на энтеральное питание. При гнойном перитоните зонд необходимо проводить осторожно в связи с возможным разрывом кишки в местах наи-

большей инфильтрации или локализации стрессовых язв..

Для эвакуации содержимого кишечника электроотсос не применяли, так как при этом труднорегулируемое разрежение приводило к присасыванию слизистой оболочки кишки к отверстиям зонда и ее травматизации.

В течении 1-х суток после операции по зонду выделялось в среднем ($1700 \pm 150,0$) мл содержимого, 2-х ($1500 \pm 110,0$) мл, 5-х ($650,0 \pm 150,0$) мл. С восстановлением перистальтики количество выделяемого по зонду кишечного содержимого уменьшалось. После перевода больного на полное энтеральное питание и восстановление достаточно активной моторно-эвакуаторной функции кишечника зонд удаляли. В течение всего периода проведения ТНИТК больных не ограничивали в питье.

Показаниями к ТНИТК считаются: 1) наложения межкишечных анастомозов или ушивание перфоративных отверстий тонкой кишки в условиях фибринозного или гнойного перитонита. 2) кишечная непроходимость независимо от ее генеза со вздутием тонкой кишки до 6-7 см в диаметре или резкой инфильтрацией стенок кишки. Относительным противопоказанием к применению ТНИТК является выраженный спаечный процесс особенно в верхнем этаже брюшной полости[5].

У пожилых и резко ослабленных лиц нахождение зонда в носоглотке способствует затруднению дыхания и легочнореспираторным осложнениям[8], поэтому длительность ее не может превышать 4-5 суток. Она применима лишь при отсутствии сердечнолегочной патологии у лиц моложе 60 лет, не обладающих избыточной массой тела.

Ретроградную интубацию проводили через цекло и аппендикоцекостому (более 4 суток) для декомпрессии кишечника у пожилых лиц, при операциях завершающихся наложением илеостомы.

Метод шинирования тонкой кишки обеспечивает рациональную укладку и декомпрессию с последующим образованием спаек без нарушения пассажа. Для улучшения проведения зонда через двенадцатиперстную кишку у 4 больных выполнили рассечение связки Трейца и мобилизацию кишки по Кохеру. У 3 больных декомпрессию осуществляли путем перемещения содержимого тонкой кишки в просвет толстой. Наряду с интубацией тонкой кишки всегда производили растяжение наружного сфинктера заднего прохода по Субботину с введением через задний проход в толстую кишку зонда диаметром 1,5-2,0 см до селезеночного угла.

Аппендикоцекостому осуществляли следующим

образом: выполнили аппендэктомию, оставляя до 1-1,5 см отростка у его основания. Слизистую оболочку отростка иссекали до места перехода ее в слизистую слепой кишки и через культю отростка проводили ретроградную интубацию тонкой кишки. Недостатком этого метода является угроза инфицирования брюшной полости, трудности в проведении зондов через терминальный отдел повздошной кишки. Преимуществом является возможность более длительного пребывания зонда в просвете кишки без угрозы развития легочных осложнений.

У 3 больных производили 3 релапаротомии, у 2-4 релапаротомии, у 1-2 релапаротомии. Удаление зонда у этой категории больных через 4-5 суток у них привело снова к развитию спаечной кишечной непроходимости. Поэтому интубацию тонкой кишки продолжали до 2 недель, после чего рецидив заболевания не отмечался.

После операции умерли 3 больных. Причиной смерти явился перитонит (1) тромбоз мезентеральных сосудов (1), инфаркт миокарда (1).

Таким образом острая ранняя спаечная кишечная непроходимость является тяжелым заболеванием. Ранняя диагностика, своевременное оперативное вмешательство с интубацией тонкой кишки является основными факторами, способствующими снижению послеоперационной летальности. При многократных рецидивах заболевания интубацию кишки следует продолжать до 2-х недель.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиев М.А., Шальков Ю.А. Хирургия острой кишечной непроходимости. - Алматы.: Билим, 1996. - 256 с.
2. Буценко В.Н., Антонюк С.М., Сленкань С.П. и др. Клико-рентгенологические признаки острой спаечной непроходимости кишечника // Клин.хир.-1991.-№ 4-с.3-5
3. Калиш Ю.И., Мадартов К.М., Торкин А.Э. Использование лазера в хирургическом лечении острой кишечной непроходимости и профилактики спаечной болезни. // Обзор .хирургия.-1996.-№ 6 -с.103-108
4. Кулетов Е.В., Салайда Н.А., Дячук И.А. О раннем распознавании послеоперационной кишечной непроходимости // Врач.дело-1989.-№ 2-с.32-35
5. Петухов И.А. Кишечная непроходимость в раннем послеоперационном периоде // Здоровоохранение Белоруссии-1981-№ 12-с.7-9
6. Пугачев А.В., Багдасаров В.В., Сирожитдинов К.Б. Влияние длительности динамической кишечной непроходимости на возникновение гнойных осложнений при остром панкреатите // Вест.хирур.им.Грекова-1996-№ 1-с.41-43
7. Чернов В.Н., Химичев В.Т. Выбор способа интубации и декомпрессии тонкой кишки при острой кишечной непроходимости // Хирургия-1998-№ 11-с.30-34
8. Traber J.N., Schulte W.I., Condon R.E., Cowles V.E. Relationship of duration of postoperative ileus to extent and site of operative dissection // Surgery-1982 v.92-p.87-92

Зайниддин
Норман йғли,
Зафар
Синдор йғли

СУЯК-ТОМИРЛАР ШИКАСТЛАНИШИНИ ЖАРРОҲЛИК ЙЎЛИ БИЛАН ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ

Самарқанд томирлар жарроҳлиги маркази

Сўнгги йилларда транспорт воситаларининг кўпайиши, улар тезлигининг ортиши, қишлоқ ҳўжалик транспорт воситаларининг автоматлашиши туфайли суяк-томирлар шикастланиши кун сайин кўпаймоқда. Корякин В.М. ва бошқаларнинг (1987) кузатишича, бу ҳол 61,2

фоизни ташкил этади.

Қайта тиклаш амалиётларининг қўлланилиши туфайли суяк-томирлар шикастланишида ижобий натижаларга эришилмоқда. Шунга қарамадан бугунги кун ангиожарроҳлик ҳолатида шикастланган томирга

1-жадвал

Беморларнинг ёши ва жинси бўйича бўлиниши

Ёши	Жами	Шулардан	
		эркаклар	аёллар
20 ёшгача	19	19	-
21-30	37	23	14
31-40	35	19	16
41-50	17	13	4
51 ва катта	4	4	-
Жами	112	78	34

нисбатан аввалгидек бўлиб, ампутация, аъзо ва тизимлар функциясини бузилиш ҳоллари кузатилмоқда (Зафар Синдор ўғли ва бошқ. 1994).

Шундай оғир шикастланишга учраган беморларнинг даволаш натижаларини яхшилашда уларга тўғри ташхис қўйиш билан бирга жаррохликнинг тактик усулларини тўғри танлаш катта аҳамиятга эга.

Материаллар ва натижалар муҳокамаси.

Томирлар жаррохлиги марказида 1974-1999 йиллар ичида 112 бемор қайта тиклаш амалиёти воситасида даволанди. Шулардан 78 нафарини эркак, 34 нафарини эса аёл беморлар ташкил этади.

2-жадвал

Синиш тавсифи ва шикаст ҳосил бўлиш механизми

Синиш турлари	Шикастлар сони	Зарбанинг ўқналиши	
		тўғри	нотўғри
Қўндаланг синиш	40	28	12
Снарядли синиш	45	23	22
+ия синиш	17	5	12
Жами	102	56	46

Суяк-томирлар шикастланишининг асосий сабаблари: йўл-транспорти ҳодисасидан шикастланган - 40, қишлоқ хўжалик ишларидан - 16, баландликдан йиқилишдан - 14, спорт мусобақаларидан - 30, бошқа тур шикастланишлардан эса 12 бемор кузатилди.

Шикастларнинг жойлашуви бўйича: қўлтиқ ости шикастлари билан - 2, елка - 22, билак - 12, ёнбош - 1, сон - 15, болдир шикастлари билан - 55 бемор кузатилган.

Юқорида кўрсатиб ўтилган шикастларнинг асосийлари йўл-транспорт ҳалокатлари, яъни гилдирак босиб кетганда ёки автомобил уриб юборганда суяк синиши, томир узилиши, юмшоқ тўқималар эзилиши, ҳатто ампутация ҳолатлари шаклида кузатилди.

3-жадвал

Беморларнинг амалиёт тавсифи бўйича бўлиниши

Амалиёт тури	Беморлар сони	Елка	Билак
Артерияни боғлаш	4	1	1
Ёнбош чок	30	13	7
Айланма чок	16	2	6
Аутовена	40	10	15
Тромбэктомия	3	1	-
Спазмани йўқотиш	4	-	1
Гематомани йўқотиш	9	3	2
Жами	102	30	32

4-жадвал

Беморларнинг суяк синишига қилинган амалиётлар тавсифи

Амалиёт номи	Беморлар сони	Гипс
Артерияни боғлаш	4	1
Ёнбош чок	10	2
Айланма чок	6	1
Аутовена	7	2
Тромбэктомия	6	1
Спазмни йўқотиш	4	1
Гематомани йўқотиш	4	1
Жами	41	9

Беморларнинг аксарияти карахтликнинг II ва III даражаси билан касалхонага келиб тушган. Суяк синиши ва шикаст ҳосил бўлишини куйидаги жадвал орқали кўрсатиб ўтамиз.

Ҳамма кузатилган беморларга шошилиш қайта тиклаш амалиёти амалга оширилди (3-жадвалга қаранг).

Ушбу жадвалда кўрсатиб ўтилганидек, асосий эйтибор томирларга қайта тиклаш амалиётлари: ёнбош, айланма чок қўйиш ҳамда томирлар нуқсони катта бўлганда аутовена ёки протез қўйиш, спазм ва гематомаларни йўқотиш каби усулларга қаратилган. Булардан ташқари синган суякни тиклаш учун 41 нафар беморга амалиётлар қилинди (4-жадвалга қаранг).

Суякнинг битишида 43,9 фоиз беморларда сусайиш кузатилди. Шунинг учун ҳам бундай шикастланишларга 40-60 фоизгача ўз вақтида ташхис қўйилмайди. Натижада беморларнинг маълум бир қисмида чириш (гангрена) ривожланиши кузатилди.

Кузатилган беморларнинг 2 тасида оёқнинг сон ва болдир қисмларидан ампутация қилинди, 1 бемор вафот этди. Бемор ўлимининг асосий сабаблари: диссеминацияли қон ивишининг ўткир ривожланиши, ҳақимларнинг ўз вақтида малакали ёрдам кўрсатмаганлигидир.

Суяк-томир бирга шикастланишларининг яқин ва узоқ вақтдаги натижаларида унинг карахтлик ҳолати,

суякни тўғри фиксация қилиш, тромб ҳосил бўлиши ва инфекция тушиши муҳим рол ўйнайди.

Суяк-томир бирга шикастланишини даволашда энг самарали натижа интермодуляр остеосинтез қўйилганда кузатилди. Бунда дастлаб суяк синиғини тиклаш, кейин эса томирни тиклаш лозим.

Хулосалар

1. Суяк-томирлар бирга шикастланишида диссеминацияли қон ивиши ривожланмаслиги учун эрта гепарин 100-150 ТБ/кг қилиниши натижанинг янада самарали бўлишига олиб келади.

2. Суяк-томирлар бирга шикастланганда унинг карахтлик ҳолатига, шикаст вақтига, тавсифига, ҳажмига, қон кетиш миқдори, ривожланган тромботик асоратига ва беморнинг умумий ҳолатига қараган ҳолда ҳар бир беморга алоҳида ёндошиш лозим.

Адабиётлар

1. Бахриддинов Ф.Ш. ва бошқ. *Восстановительная хирургия травматических повреждений конечностей. В кн.: Актуальные вопросы реконструктивной и восстановительной хирургии, -Т.: 1996, с.31-33.*

2. Каримов Э.А. ва бошқ. *Хирургическое лечение сочетанных повреждений сосудов. В кн.: V съезд хирургов Центр. Азии. 1991, с.34-36.*

3. Корякин А.М. ва бошқ. *Основные пути улучшения результатов лечения сочетанной травмы магистральных сосудов. Вестник хирургии. 1987, №8. с.73-75.*

Ю.А. Ибрагимова,

Д.Ф. Каримова,

А.С. Ходжаева

ЭНДОСКОПИЯ В КЛИНИКЕ МИОМЫ МАТКИ

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Миома матки является одним из наиболее распространенных доброкачественных опухолевых заболеваний половой системы женщины и диагностируется у 20-25% женщин репродуктивного возраста. Согласно данным литературы, подавляющее число оперативных гинекологических вмешательств выполняется по поводу миомы матки (Кулаков В.И. с соавт. 1991; Кулаков В.И., Адамян Л.В., 1997 Wallach 1992). Широкая распространенность заболевания диктует необходимость разработки единых подходов к диагностике и терапии, для определения показаний и выбора оптимального метода оперативного лечения.

Гистероскопия- оперативный метод визуального обследования полости матки с помощью оптического прибора, дающий возможность выявить внутриматочную патологию, определить локализацию и величину миоматозных узлов и степень распространенности патологического процесса, а так же прицельно взять материал на гистологическое исследование.

Данный метод значительно расширяет диагностические возможности выявления внутриматочной патологии, позволяет проводить контроль за эффективностью лечения, и выполнять оперативные манипуляции в полости матки под контролем зрения.

Визуальный осмотр внутренней поверхности матки в сочетании с ультразвуковым сканированием, биопсией эндометрия позволяет определить тактику ведения больных.

Целью настоящего исследования явилось определение роли гистероскопии в диагностике различных вариантов миомы матки и патологии эндометрия.

Материал и методы исследования.

Жидкостную гистероскопию выполняли диагностическим гистерофиброскопом фирмы «Karl Storz» (Германия), с 2х кратным увеличением. В качестве среды для растяжения полости матки использовался физиологический раствор (количество используемой жидкости достигало 800-900 мл).

Гистероскопия проводилась с учётом показаний и противопоказаний всем женщинам с ациклическими маточными кровотечениями во всех случаях, когда были показания к диагностическому выскабливанию полости матки. Операция производилась под внутривенным наркозом калипсолом (доза индивидуальная). Основными показаниями к гистероскопии явились: нарушение менструального цикла, миома матки, подозрение на патологию эндометрия, бесплодие.

Для достижения поставленной цели было обследовано 92 пациентки с ациклическими маточными кровотечениями.

Возраст больных был в пределах 35-64 лет.

Анализ репродуктивной функции показал, что в анамнезе 1 роды были у 18 (19,5 %) пациенток; 2 родов у 33 (35,8 %); 3 родов и более у 41 (44,5 %) пациентки.

Аборты делали - 72 (78,2 %) пациентки.

Гинекологические заболевания в анамнезе имели: хронический воспалительный процесс органов малого таза у-82 (89 %) больных; кисты яичников (воспалительного генеза) у-8 (8,6 %); оперированы по поводу внематочной беременности - 3 (3,2 %); по поводу пиосальпинкса-1 (1 %); разлитого перитонита-

Таблица 1

Гистероскопическая оценка локализации миоматозных узлов

№	Локализация	n= абс.число	%
1.	по передней стенке	47	51,0
2.	по задней стенке	29	31,5
3.	по боковой стенке	4	4,3
4.	у дна	3	3,2
5.	у ребер матки	3	3,2
6.	в области перешейка	6	6,5
Итого:		92	100

P 0,001

та- 1 (1 %); удаление полипа цервикального канала- у 3 (3,2 %); ДЭК шейки матки по поводу эрозии- у 15 (16,3 %).

Нарушение менструальной функции от 2 месяцев до 6-7 лет (в анамнезе) наблюдалось у 56 (60,8 %) пациенток.

Гормональной коррекции (норколутот, регивидоном и 17 ОПК) подверглись 62 (67,3 %) больные.

Выскабливание полости матки однократно было у 92 (100 %) больных, из них повторно- у 32 (34,7 %) больных. Общее увеличение размеров матки было не более 7-8 недель беременности.

Всем больным было проведено комплексное клинико-лабораторное обследование, включающее: ультразвуковую верификацию патологического процесса, РИАГ, бактериологическое, иммунологическое, клинико-биохимическое исследование.

Результаты исследования.

Гистероскопия была проведена всем 92 больным с учетом фазы менструального цикла. В процессе гистероскопии была диагностирована причина маточных кровотечений. Так, у 62 (67,3 %) из 92 пациенток во время гистероскопии выявлена гиперплазия эндометрия, которая имела вид неравномерно утолщённых складок различной высоты и формы от бледно-розового до ярко-красного цвета. У 16 (17,3 %) пациенток выявлена железисто-кистозная гиперплазия, которая визуализировалась в виде множественных кистозных полостей, с неравномерно утолщёнными складками различной высоты и формы. У 14 (15,2 %) пациенток установлено сочетание полипоза и гиперплазии эндометрия. Полипы слизистой были единичными и множественными, различной формы и величины с локализацией их в области дна и устьев маточных труб. У 16 (17,3 %) из 92 больных диагностированы субмукозные миоматозные узлы.

Субмукозные узлы были видны в виде овоидной или округлой формы образований белесоватого цвета с ровными и чёткими контурами.

Так как подслизистая миома наиболее частая причина обильных, длительных менструаций, приводящих к развитию постгеморрагической железодефицитной анемии, важно оценить её размеры, место расположения, наличие или отсутствие ножки узла.

Метод гистероскопии позволил нам выделить три типа субмукозных миом по классификации Л.В. Ада-

Таблица 2

Гистероскопическая оценка расположения миоматозных узлов

№	Расположение	n=абс.число	%
I гр.	Интерстициальное	44	47,8
II гр.	Субсерозное	32	34,7
III гр.	Субмукозное	16	17,3
Итого:		92	100

P 0,001

мян (1999г.): 0-тип -узел на ножке у 4 (25 %) больных, I-тип-узел выступает в полость матки более, чем наполовину у 5 (31,2 %) больных, II-тип-узел более чем наполовину расположен в миометрии-у 7 (43,7 %) больных.

Субмукозные узлы 0-типа были выкручены, с последующим выскабливанием ложа узла. Прицельно производилась биопсия патологического очага.

При гистологическом исследовании удаленной слизистой отмечено практически полное совпадение гистероскопических и морфологических исследований- в 98 % случаев, и у всех 92 (100 %) больных гистологически выявлен хронический воспалительный процесс эндометрия.

Данная методика позволила точно определить локализацию миоматозных узлов, представленных в таблице 1.

Из представленной таблицы видно, что наиболее часто миоматозные узлы локализуются по передней и задней стенкам матки, реже по рёбрам матки и у дна.

По ультраструктуре миоматозного узла больные были распределены на III группы, представленных в таблице 2.

Из представленной таблицы видно, что наиболее распространённое расположение миоматозных узлов -интерстициальное и субсерозное.

Диаметр узлов варьировал от 25 до 35 мм. Кроме того, гистероскопия позволила обнаружить патологические очаги малых размеров (меньше 20 мм), что было недоступно при ультразвуковой диагностике. Так, очаг размером 15-18 мм выявлен у 63 (68,3 %) больных.

Всем 92 больным метод проводился в качестве мониторинга лечебного процесса, основным гормональным компонентом которого являлся препарат фирмы "Гедеон Рихтер,,-"Дориксаз", 1 ml масляного раствора которого содержит 200 mg Norethisteron. Enantat. Препарат назначался по 200 мг x 1 раз в неделю, глубоко в/м., в комплексе с пищевыми добавками, фитотерапией и антикоагулянтами индивидуально, с учётом соматического статуса.

Динамика патологического процесса контролировалась ультразвуковым сканированием на аппарате SIM 5000 plus с частотой датчиков 3,5 и 5 мг.

В процессе лечения Дориксазом величина узлов уменьшилась: в I группе-с 30-45 мм до 25-30 мм; во II группе с 30-35 мм до 25 мм; в III группе отмеча-

лось уменьшение общих размеров матки.

Выводы:

1. Метод гистероскопии позволяет обнаружить патологический очаг даже небольшого размера, что при ультразвуковом и гистерографических методах диагностики невозможно.

2. Гистероскопия позволяет прицельно удалить очаговую гиперплазию эндометрия (субмукозный узел, полип), точно выявить причину аномального маточного кровотечения, производить прицельную биопсию, необходимую для выставления окончательного диагноза, выявить преморбитный фон заболевания.

3. На ценность гистероскопии, как самостоятельного метода диагностики и лечения заболеваний мат-

ки указывает то обстоятельство, имеющее существенное значение, что приблизительно у одной трети больных после диагностического выскабливания эндометрия без гистероскопического контроля выявляются остатки не удаленного участка эндометрия - потенциального очага рецидива гиперпластического процесса, что исключено при гистероскопии.

Литература

1. Кулаков В.И., Адамян Л.В. *Лапароскопия и гистероскопия в диагностике и лечении гинекологических заболеваний.* - М., 1998.
2. Сметник В.П. // *Проблемы репродукции.* - 1995. №2. - С.8-14.
3. Вихляева Е.М. *Пути развития современной гинекологии. Тез. Док.* - М. 1995. С.123.
4. Кулаков В.И., Сидельникова В.М. // *Акушерство и гинекология.* 1996. №4. С.3-4.

А.Х. Махмудов,
Р. Эльмурадов,
Х.Н. Бекназаров,
Х.М. Шеркабилов,
М. Сапаров,
Ч. Юлдашев,
Ч. Холиеров

ФЛЕГМОНА ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ, ОСЛОЖНЕННАЯ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ И ИЛЕОЦЕКАЛЬНОЙ ИНВАГИНАЦИЕЙ

Сурхандарьинский филиал Республиканского Научного центра экстренной медицинской помощи. (Шурчи)

Меккелев дивертикул - наиболее частый вариант аномалий неполной облитерации желточного протока у детей. Меккелев дивертикул может обусловить ряд заболеваний, которыми являются острый дивертикулит, пептическая язва, осложненная кровотечением, перфорацией, непроходимость кишечника и др. [1, 2, 3.]

В литературе нам не встретилось сообщений о крайне редком осложнении деструктивного дивертикулита - флегмона слепого мешка в последующем приведшая к сужению просвета подвздошной кишки и илеоцекальной инвагинации.

Приводим наше наблюдение:

Больной Х., 8 лет. История болезни № 4481/199/132. Поступил 31 августа 2000 года в 19 ч. в соматическое детское отделение с диагнозом: гастроэнтерит. Ребёнок на протяжении 4 суток жаловался на приступообразную боль в животе, вздутие, тошноту, повышение температуры тела, слабость. Постепенно состояние ухудшилось, боли усилились, присоединилась многократная рвота, осмотрен дежурным хирургом и острые хирургические заболевания исключены. Сделаны инъекции спазмолитиков, внутривенно инфузионная терапия, очистительные клизмы, промывание желудка и др., без эффекта. Больной 2 сентября 2000 года в 4 ч. ночи переведён в отделение неотложной хирургии.

При поступлении состояние крайне тяжёлое, пасивен, вялый. Кожа и видимые слизистые оболочки бледны. Пульс 140 в 1 мин., ритмичный. А/Д 80/40 мм.рт.ст. В лёгких жёсткое дыхание. Тоны сердца глухие, тахикардия. Язык сухой. Живот вздут, брюшная стенка напряжена и болезненна на всем протяжении. При сравнительной дозированной перкуссии защитно-двигательная реакция выражена по всему животу.

Аускультативно перистальтические шумы кишечника не прослушиваются. Выслушиваются «шумы падающей капли» и «шум плеска». Отмечаются положительные симптомы Щеткина-Блюмберга, Крымова. Стул и газы не отходят в течение 2,5 суток. Мочеиспускание свободное. Анализ крови: НВ-50г/л; эр.2,2X10¹²/л; 9,6X10⁹/л; СОЭ - 22 мм/ч; билирубин-15,39 ммоль/л; АЛТ-078 ммоль/л; мочевины -10,95 ммоль/л; остаточный азот-7,13 ммоль/л. Анализ мочи без патологических изменений.

При пальцевом исследовании прямой кишки ампула пустая, зияет. На обзорной рентгенограмме брюшной полости обнаружены чаши Клойбера. На основании анамнеза, клинических, рентгенологических данных высказано предложение о наличии острой непроходимости кишечника и необходимости оперативных вмешательств от которых родители отказались.

2 сентября 2000 года в 5 ч 30 мин. ребёнок по жизненным показаниям взят на операцию. Под общим наркозом произведена средне-срединная лапаротомия: при ревизии в брюшной полости мутный серозно-фибринозный выпот. Выявлена инвагинация подвздошной кишки в слепую. Петли тонкой кишки раздуты газами и каловым содержимым. В илеоцекальной области имеется опуховидное образование размерами 20x16 см, которое образовалось в результате внедрения подвздошной кишки в просвет слепой кишки. Петли толстой кишки спаившиеся. Произведена дезинвагинация кишечника, при этом оказалось инвагинировано около 30 см подвздошной кишки. На расстоянии 20 см от баугиниевой заслонки на стенке подвздошной кишки имеется мешковидное образование размерами 4 x 3,5 см на широком основании, которое занимало 2/3 просвета кишки, плотно-эластической консистенции. Над ним имеются участки не-

кроза, которые покрыты фибрином. Произведена резекция тонкой кишки на расстоянии 20 см с мешковидным образованием. Проведена декомпрессия тонкой кишки через проксимальный конец резецированного участка и эвакуировано содержимое. Наложены “илеоилеоанастомоз” конец в конец двухрядным швом, проходимость анастомоза хорошая. Осушение брюшной полости и дренирование полости малого таза. Швы на рану.

Макропрепарат: после рассечения мешковидного образования резецированной подвздошной кишки выявлено, что стенки истончены, в просвете густой гной около 10 мл, имеется узкий ход сообщающийся с просветом кишки, из-за отека дренирующие функции отсутствуют.

Гистологическое исследование: гнойно-некротический дивертикулит Меккеля, осложнённый флегмоной стенки подвздошной кишки. Проведена комплексная интенсивная терапия. Состояние постепенно

улучшилось. Послеоперационное течение гладкое. Больной выписан домой в удовлетворительном состоянии на 8 сутки.

Таким образом, данное наблюдение свидетельствует о поздней диагностике редких осложнений деструктивного дивертикулита Меккеля в последующем приводящих к илеоцекальной инвагинации и кишечной непроходимости. В результате выполнения адекватных хирургических вмешательств наступило выздоровление ребёнка.

Литература:

1. Буйневич Г.А. Илеоцекальная инвагинация эозинофильной гранулемы подвздошной кишки. // Хирургия - 1990.- № 10- С 141.
2. Блохина Л.Н., Проходцев И.И., Ефимов Н.Г. Лейомиосаркома дивертикула Меккеля. // Вестн. Хирургия им. И. Грекова. 1982. № 2-С. 74-75.
3. Грачёв И.В., Ачилов Ш.Д. Дивертикул Меккеля как причина острой тонкокишечной непроходимости. // Узбекистон хирургияси-1990. -№ 4 . 95-96.

А.Д. Расулов,
А.А.Акзамов

ОРГАНИЗАЦИЯ ЭВАКУАЦИИ АВИАТРАНСПОРТОМ ПОСТРАДАВШИХ ПРИ МИННО-ВЗРЫВНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ.

*Медицинское управление министерства обороны
Республики Узбекистан*

При минно-взрывных поражениях, после оказания первой врачебной и неотложной помощи в полном объеме, противопоказаний к эвакуации с очага поражения в региональные лечебные учреждения в сопровождении врача нет.

Противопоказанием к эвакуации пострадавших при минно-взрывных поражениях авиатранспортом из лечебных учреждений является:

1. Шок любой степени;
2. Продолжающееся внутреннее или окончательно не остановленное наружное кровотечение (за исключением пострадавших с временно протезированными кровеносными сосудами);
3. Выраженная дыхательная и сердечно-сосудистая недостаточность, требующая интенсивной терапии;
4. Недренированный закрытый или клапанный пневмоторакс;
5. Выраженный метеоризм вследствие повреждения органов брюшной полости;
6. Анаэробная инфекция;
7. Неукротимая рвота;
8. Некомпенсированная кровопотеря (гематокрит ниже 25%, гемоглобин ниже 85 г/л);
9. Выраженная гиповолемия или гемоконцентрация;
10. Прогрессирующий перитонит без лапаростомы;
11. Острый период нарушения мозгового кровообращения;
12. Частый судорожный синдром с угрозой развития эпилепсии;
13. Психомоторное возбуждение, требующее значительной медикаментозной коррекции и фиксации больного;
14. Обильная наружная ликворея;
15. Гипертонический криз и прогрессирующая стенокардия;
16. Заражение кожных покровов и обмундирования отравляющими или радиоактивными веществами без

полной санитарной обработки;

17. Тяжелые заболевания крови и кроветворных органов;

18. Бронхиальная астма, после купирования астматического статуса;

19. Инфекционные менингиты и менингоэнцефалиты;

20. Коматозные состояния неясной этиологии без нарушений витальных функций;

Эвакуации авиационным транспортом из региональных лечебных учреждений подлежат пострадавшие, нуждающиеся в отдельных видах специализированной помощи. По критерию тяжести повреждения в первую очередь подлежат эвакуации авиатранспортом следующие раненые и больные:

1. Раненые в череп и позвоночник имеющие:

1. Проникающие ранения и закрытые травмы черепа и головного мозга, с выраженными неврологическими расстройствами;

2. Дефекты костей черепа;

3. Инородные тела в полости черепа;

4. Инфекционные осложнения ранений черепа;

5. Остеомиелит черепа и дефекты мягких тканей, открывающие кости свода черепа на значительной площади;

6. Ранения позвоночника с повреждением спинного мозга.

2. ЛОР — ранения имеющие:

1. Проникающие ранения придаточных пазух носа, среднего уха;

2. Контузия и ранения с глубокими нарушениями функции ЛОР — органов.

3. Ранения с повреждением органов зрения, имеющие:

1. Прободные ранения и глубокие ожоги глазного яблока;

2. Тяжелые комбинированные поражения глаз;

3. Инфекционные осложнения ранений глазного

яблока и орбиты;

4. Раненые и травмированные челюстно-лицевой области с нарушением функции жевания;

1. Ожоговые рубцы ротовой полости, требующие пластических операций.

5. Раненые в грудь, состояния после торакотомии по поводу ранений и травм груди:

1. Проникающие ранения груди, осложнившиеся с бронхиальными свищами, свернувшимся гемотораксом, эмпиемой плевры, ателектазом легкого, неустраненным пневмотораксом.

6. Раненые в живот, имеющие:

1. Тяжелые осложнения проникающих ранений (кишечные, желчные и панкреатические свищи);

2. Последствия повреждения живота, требующие восстановительных операций.

7. Раненые с повреждением мочеполовой системы, имеющие:

1. Повреждения почек, осложненные воспалительным процессом, уролитиазом, мочевыми свищами, потерей функции органа;

2. Повреждения мочевого пузыря в сочетании с повреждением костей таза;

3. Повреждения мочеиспускательного канала с нарушением мочеиспускания;

4. Повреждения наружных половых органов, требующие восстановительного лечения.

8. Раненые с повреждением длинных трубчатых костей, крупных суставов и таза, имеющие:

1. Ранения и закрытые повреждения бедренной кости, обеих костей голени, большеберцовой кости с костным дефектом;

2. Ранения тазобедренного, коленного, плечевого суставов;

3. Множественные закрытые и открытые переломы таза;

4. Переломы позвоночника без нарушения функции спинного мозга.

9. Раненые после ампутации конечности:

10. Обоженные, имеющие:

1. Глубокие термические ожоги, превышающие 10% поверхности тела;

2. Глубокие ожоги лица и верхних дыхательных путей;

3. Ожоги функционально активных областей;

4. Химические ожоги пищевода и желудка.

11. Тяжелые отморожения конечностей.

12. Больные, имеющие следующие виды патологии:

1. Инфаркт миокарда (по окончании острого периода);

2. Гипертоническую болезнь III стадии (при стабильной гемодинамике);

3. Нагноительные заболевания легких;

4. Тяжелую бронхиальную астму (во вне приступный период);

5. Тяжелые формы диффузных заболеваний почек (гломерулонефриты) и печени (хронические гепатиты) в фазе обострения;

6. Некоторые другие заболевания.

Подготовка пострадавших к эвакуации авиатранспортом.

а) от очага повреждения в лечебное учреждение

проводится в объеме само и взаимопомощи, доврачебной и первой медицинской помощи;

б) между лечебными учреждениями — в объеме квалифицированной и специализированной медицинской помощи.

Содержание подготовки пострадавших к эвакуации в объеме само и взаимопомощи включает:

1. Временную остановку кровотечения наложением жгута или давящей повязки;

2. Восстановление проходимости дыхательных путей посредством механической очистки полости рта, придания раненому фиксированного бокового положения, введения воздуховода;

3. Внутримышечное введение промедола (1-2 мл. 2% раствора) из шприц — тубика;

4. Герметизацию раны грудной клетки при открытом пневмотораксе окклюзионной повязкой;

5. Наложение асептической повязки;

6. Имобилизацию переломов подручными средствами.

Все пострадавшие перед полетом должны опорожнить мочевой пузырь и прямую кишку. При отсутствии сознания больного моча выводится катетером, прямая кишка очищается с помощью клизмы. В холодное время года перед эвакуацией должны быть согреты. На время полета они обеспечиваются индивидуальными средствами обогрева (одеяло, спальные мешки).

Для предупреждения воздушной болезни, в день полета исключаются из рациона продукты, способствующие газообразованию в кишечнике (горох, фасоль, капуста и др.). За 1,5 — 2 часа до полета разрешается легкий завтрак и стакан сладкого чая. Больным, которые плохо переносят транспортировку самолетом, за час до полета дают одну таблетку атропина или за 30 минут п/к вводится 0,5 — 1 мл. атропина. У больных с нарушением носового дыхания непосредственно перед вылетом закапывают в нос по 3 — 4 капли 5% раствора эфедрина.

При оказании доврачебной помощи дополнительно проводится:

1. Внутривенное введение кристаллоидных и коллоидных инфузионных средств (400 — 800 мл. 5% раствора глюкозы, 400 мл 0,9% раствора хлорида натрия, 400 — 800 мл полиглюкина);

2. Ингаляция кислорода;

3. Инъекция морфина 1 мл 1% раствора и дипразина 1 мл. 2,5% раствора;

4. Введение сердечно-сосудистых препаратов (0,5 мл 0,06% раствора коргликона, 0,5 — 1 мл 5% раствора эфедрина, кордиамина 2 мл, 10 мл 10% хлорида кальция, 20 мл 40% раствора глюкозы).

Первая врачебная помощь дополняется следующими мероприятиями:

1. Восстановление проходимости дыхательных путей посредством интубации трахеи, трахеостомии, прошивания языка;

2. Проведение искусственной вентиляции легких с помощью аппарата ДП-10, РДА-2, Пневмат-1;

3. Введение вазопрессоров и гормональных средств (1 мл 1% раствора мезотона, 0,5 мл 1% раствора норадrenalina, 30-60 мл преднизолона).

4. Блокада местными анестетиками (новокаин или

прокаин, 0,5% р-р) нервных путей, области ранения (футлярная, межреберная, в область перелома костей);

5. Общее обезболивание с помощью портативного испарителя трихлорэтилена АП-1.

Лечебные учреждения эвакуацию пострадавших осуществляют в плановом порядке. Предполетная подготовка включает проведение хирургической коррекции повреждения, полное выведение из травматического и ожогового шока, восполнение кровопотери, стабилизацию гемодинамики и дыхания, коррекцию вод-

но-солевого обмена, кислотно-основного состояния, проведение дегидратационной терапии у пострадавших с патологией ЦНС.

После завершения предэвакуационной подготовки производится оценка основных показателей жизненно-важных функций организма с целью исключения противопоказаний к транспортировке.

Выполнение предполетной подготовки в полном объеме является главным фактором обеспечения безопасности транспортировки воздушным путем самых различных контингентов пострадавших.

ОРГАНИЗАЦИЯ ТРАВМАТОЛОГО-ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СПОРТСМЕНАМ В УЗБЕКИСТАНЕ.

Т.И.Искандаров,

А.Н.Маматходжаев,

Р.П.Тян,

Т.М.Файзуллаев

Центр спортивной травмы МЗ РУз

Физкультура и спорт являются важными элементами воспитания и гармоничного развития человека, могучим фактором в оздоровлении, повышении работоспособности и активного долголетия. В нашей стране особое внимание уделяется развитию физической культуры и массового спорта.

В занятия физической культурой и спортом вовлечены все слои населения независимо от пола и возраста. Однако, физическая активность полезна тогда, когда соответствует индивидуальным возможностям организма. Это и определяет роль спортивной медицины в планировании физической нагрузки для каждого человека, наблюдении за влиянием физических упражнений на организм, предупреждении отрицательных воздействий чрезмерных физических нагрузок.

Наряду с этим бурное развитие в нашей республике получил профессиональный спорт, о чем свидетельствуют завоеванные спортсменами титулы и награды на самых престижных международных соревнованиях.

Современная подготовка спортсменов высокой квалификации со свойственным ей огромным физическим и нервно-эмоциональным напряжением в случаях нарушения ритма и методики тренировки, отсутствия высокоэффективного научно-методического и медицинского обеспечения может привести к развитию перегрузки и связанных с нею предпатологических и патологических состояний, т.е. хронической гиперфункциональной болезни.

Большой удельный вес в проблемах спортивной медицины имеют вопросы спортивной травматологии. В настоящее время они являются предметом научных исследований во всем мире.

Неуклонное повышение спортивно-технических показателей является результатом тяжелых физических нагрузок на организм в целом, и на опорно-двигательную систему в частности.

При общей тенденции к ухудшению показателей состояния здоровья спортсменов отмечается рост количества острых травм и хронических посттравматических заболеваний опорно-двигательного аппарата в большинстве видов спорта, по-прежнему являются причиной временной потери работоспособности и неустойчивых спортивных результатов. Основная часть травм возникает на фоне хронических заболеваний мышц, сухожилий, суставов, что указывает на особое значение профилактического лечения посттравмати-

ческих, воспалительных и дегенеративных заболеваний опорно-двигательного аппарата спортсменов.

При проведении обследований спортсменов необходимо особое внимание уделять патологии позвоночника в целях своевременной диагностики хрящевых грыж, или узелков Шморля, возникающих при бессимптомной травме и микротравме позвоночника. Такие травмы надолго выводят спортсменов из активной спортивной работы.

За последние годы прослеживается устойчивая тенденция к росту числа заболеваний у высококвалифицированных спортсменов. В республике практически до последнего времени не было специализированных, оснащенных современным лечебно-диагностическим оборудованием и укомплектованных высококвалифицированными специалистами спортивно-медицинских учреждений. Отсутствует система преемственности и последовательности в проведении лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий после заболеваний и травм, не в полном объеме и не в установленные сроки проводятся медицинские обследования, которые являются одним из обязательных разделов при подготовке высококвалифицированных спортсменов к ответственным соревнованиям.

До недавнего времени спортсмены, нуждающиеся в лечении, не имея специализированного центра, были вынуждены обращаться в различные клиники городских и районных масштабов, и в отдельных случаях — лечиться за рубежом. Таким образом, возникла необходимость создания отдельной клинической структуры с научно-исследовательским потенциалом — Центра спортивной травматологии и ортопедии со специфическими задачами и проблемами.

В соответствии с приказом Министра Здравоохранения Республики Узбекистан № 618 от 20. 10. 1999г. с 1 ноября 1999г. на базе клиники НИИТО МЗ РУ было организовано отделение спортивной травмы, которое в последующем, в соответствии с приказом Министра Здравоохранения Республики Узбекистан № 595 от 16 ноября 2000г. было реорганизовано в Центр спортивной травмы МЗ РУз.

Одним из приоритетных направлений деятельности созданного Центра спортивной травмы является организация системы спортивной травматологии и ортопедии с учетом происходящих социально-экономических преобразований в независимой Республике Узбекистан и установившихся международных свя-

зей и отношений с другими странами и спортивными организациями мира.

Для выполнения поставленной задачи планируется усилить работу по следующим направлениям:

- наладить систему взаимодействия между спортивными организациями и органами здравоохранения. В этом направлении развернута совместная работа центра со спорткомитетом республики, Национальным Олимпийским Комитетом, спортивными федерациями, ведущими спортивными школами и клубами, Ассоциацией ветеранов и инвалидов спорта;

- создание в системе здравоохранения специализированных учреждений с целью информационной, правовой, методической, консультативной и лечебно-профилактической помощи спортсменам в масштабе республики;

- организация научно-исследовательской работы с внедрением результатов исследований, оказанием специализированной и высококвалифицированной медицинской помощи с использованием современных методик и аппаратуры, реабилитацией, статистическим учетом, подготовкой специалистов по спортивной травматологии и повышения медицинской квалификации тренеров и организаторов спорта и физической культуры. В связи с этим на базе центра, со-

вместно с кафедрой травматологии и ортопедии Института усовершенствования врачей, открыт цикл занятий по спортивной травматологии.

При спонсорской поддержке Национального Олимпийского Комитета проведена компьютеризация Центра с подключением к системе Интернет. Начата работа по созданию базы данных членов сборных команд республики и спортсменов занимающихся профессиональным спортом. В Центре для проведения и апробации новейших научных методов исследования и лечения травм и заболеваний опорно-двигательной системы, лекарственных препаратов открыта специализированная диагностическая лаборатория. Исследование гемодинамических показателей у спортсменов проводится эксклюзивным методом интегральной реографии по М.И.Тищенко, что позволяет проводить систематический контроль за состоянием здоровья, корректировать его при выявленных отклонениях и проводить соответствующие реабилитационные мероприятия.

Несомненно, открытие и организация в г. Ташкенте Центра спортивной травмы МЗ РУз является фундаментом для создания и успешного развития не только спортивной травматологии, но и в целом всей системы спортивной медицины в Республике.

М.М. Мадазимов

УСТРАНЕНИЕ РУБЦОВЫХ АЛОПЕЦИЙ (ОБЛЫСЕНИЙ) МЕТОДОМ БАЛЛОННОГО РАСТЯЖЕНИЯ

Республиканский Центр Клинической лимфологии им. С.У.Джумабаева МЗ Республики Узбекистан

Вторая клиническая больница г. Андижан

Введение.

Ожоги волосистой части головы встречаются у 15% больных, получивших термическую травму. При этом рубцевание или аутодермопластика ожоговых ран влекут за собой утрату волос [1]. У 30% таких пациентов наблюдается поражение костей свода черепа [2]. Послеожоговые и посттравматические алопеции (облысения) различной локализации вызывают у пациентов особенно у детей и женщин глубокие невротические и психо-эмоциональные расстройства с переходом в депрессию. Некоторые больные склонны к суицидальным действиям [3].

До недавнего времени указанные алопеции не поддавались хирургическому лечению, поскольку традиционные методы — свободная аутодермопластика, использование кожно-жировых или кожно-фасциальных лоскутов, заимствованных из отдаленных частей тела с помощью микрохирургической техники, а также стебля Филатова — не восстанавливают полноценного волосяного покрова. Одномоментным перемещением местных тканей удается устранить лишь небольшие участки облысения шириной 1,5-2 см [5].

Внедрение в практику восстановительной и пластической хирургии метода баллонного (экспандера) растяжения тканей во многом позволило по-новому решить эту проблему [4].

Цель настоящего сообщения — представить результаты применения метода растяжения тканей для устранения рубцового облысения и дефектов мягких тканей свода черепа.

Материал и методы исследования.

На базе 1-го хирургического отделения клиник АндГосМИ и отделения реконструктивной и пластической хирургии 2-й клинической больницы г. Андижана с 1992 по 2000 гг. оперировано 49 больных с послеожоговыми и посттравматическими рубцовыми деформациями мягких тканей волосистой части головы. Возраст больных был от 5 до 35 лет. Мужчин — 18, женщин — 31.

Площадь рубцов и дефектов составляла от 10 до 350 см², или от 5 до 42% волосяного покрова. В 5 случаях дефект мягких тканей сочетался с обнажением костей свода черепа.

Всего имплантировано 54 латексных баллонов (экспандеров) с клапанной трубкой. Экспандеры объемом от 30 до 800 мл имели площадь основания от 4х6 до 6х12 см. в растягиваемых тканях микроциркуляцию исследовали с помощью чрескожного мониторинга (PO₂, PCO₂) аппаратом TCM-2 фирмы Radiometr (Дания).

Больным производили рентгенографию костей черепа, а в 2-х наблюдениях компьютерную томографию.

Локализацию дефектов, этапы операции, ближайшие и отдаленные результаты фиксировали на цветные слайды.

Показаниями к применению тканевых экспандеров в области свода черепа являлись рубцовые алопеции, дефекты мягких и костных тканей, которые невозможно было устранить иссечением рубцов и уши-

ванием краев раны (острой дерматотензией), а рядом с дефектом имелся неповрежденный участок волосяного покрова.

Перед операцией путем моделирования определяли границы предполагаемого расположения экспандера и линию кожного разреза для его имплантации. По возможности кожный разрез длиной 3-4 см должен располагаться перпендикулярно к оси растяжения и находится на расстоянии 4-5 см от границы экспандера.

От кожного разреза до границы расположения экспандера формируется тоннель, переходящий в ложе экспандера. Ложе для экспандера формируется подопоневротически. С этой целью разрез проводится до надкостницы, а после тщательного гемостаза апоневроз легко тупо отделяется от надкостницы в намеченной зоне, заходя на 1-2 см за пределы границ экспандера. Для клапанной трубки создавали специальный тоннель в зоне здоровых тканей, в удобном для пункции месте.

Для имплантации клапанной трубки в дополнительный тоннель использовали длинную иглу (18 см) и лигатуру, с помощью которой клапанное устройство проводили через оба тоннеля и фиксировали к коже выведенными наружу нитями. Вслед за клапанной трубкой вводили в образованное ложе баллон, размещая его основание на надкостнице. Рану ушивали в шахматном порядке послойно нерассасывающимися нитями. После этого путем пункции клапанной трубки в полость экспандера вводили 30-40 мл стерильного раствора фурацилина. Это устраняло складку, придавало экспандеру правильную форму, останавливало кровотечение. К ложу подводили тонкий вакуум дренаж из силикона на 1-3 суток.

При неосложненном течении послеоперационного периода швы снимали на 8-10 сутки, и с того же дня начинали инфузию раствора фурацилина в экспандер. На правильное положение иглы указывал обратный ток раствора фурацилина.

Объем однократно вводимой жидкости определялся растяжимостью тканей, жалобами больных на ощущение дискомфорта, более изменением цвета кожи, а также показателями PO_2 в зоне растяжения и обычно составлял 15-30 мл.

Исследования показали, что в первые 2 недели во время введения жидкости и повышения давления внутри баллона до 80 мм рт. ст. PO_2 в тканях снижается в среднем с 60-70 до 10-8 мм рт.ст., к 3-му дню, когда давление в экспандере снижалось до 15-20 мм рт.ст. PO_2 в тканях повышалось до 50-60 мм рт.ст. При таких показателях проводили повторную инфузию раствора. Во второй половине этапа растяжения давление в экспандере не отражалось на насыщении крови кислородом в мягких тканях, что объясняется усиленной васкуляризацией и адаптацией мягких тканей к давлению изнутри.

Период растяжения тканей проводился амбулаторно, измеряя прирост площади в динамике с помощью сантиметровой ленты.

По данным рентгенологического исследования и компьютерной томографии установлено, что длительно находящийся под апоневрозом экспандер (2-3 месяца) и его давление на подлежащие костные ткани

не вызывает деформации и явлений остеопороза последних.

Результаты исследования и их обсуждение.

В процессе исследований были выработаны общие правила выполнения пластических операций на голове и способы рационального использования предварительно растянутых тканей.

Заключительный этап пластической операции проводили через 5-7 дней после последнего введения жидкости в экспандер.

Перед операцией намечали зону иссечения рубцов бриллиантовой зеленью, а форму висков и передней линии волос согласовывали с пациентами, соблюдая симметричность. С целью уменьшения кровопотери по периметру головы накладывали жгут. Операцию проводили в условиях управляемой гипотензии. Внутривенно вводили 100-200 мл 5% раствора аминокaproновой кислоты.

Разрезом на границе между рубцовоизмененной и здоровой кожей вскрывали капсулу, сформированную вокруг баллона и последний удаляли. Промывали ложе баллона раствором антисептиков. С целью обеспечения лучшей подвижности растянутой кожи рассекали капсулу по переходной складке и дополнительно мобилизовали несущую волосы кожу субапоневротически, насколько это было возможно. При недостатке растянутой волосонесущей кожи площадь ее увеличивали при помощи параллельных разрезов соединительнотканной капсулы и апоневроза, производимых перпендикулярно направлению тракции на расстоянии 2 см друг от друга.

Только после этого с учетом площади растянутых тканей иссекали рубцы и закрывали раневую поверхность путем перемещения цельного пласта, разрезая его только вдоль одного края экспандера (25 наблюдений), или формировали лоскут с помощью Г-образного разреза (19 наблюдений).

В 5 случаях, когда дефект мягких тканей сочетался с обнажением и остеомиелитом костей свода черепа, хирургическая тактика заключалась в удалении секвестров и последующем закрытии дефекта графитовой пластинкой и кожно-апоневротическим лоскутом.

Во всех случаях необходимо строго учитывать естественную линию роста волос. Лучше не наносить дополнительные разрезы на растянутые ткани, а перемещать их на дефект путем скольжения, т.е. одним пластом.

Антибиотикопрофилактика гнойно-некротических осложнений проводилась методом регионального введения препарата через клетчатку заушной области по методу, разработанному в РЦКЛ МЗ РУз.

При обширных облысениях (более 40% волосистой части головы) одноэтапного растяжения кожи было недостаточно. Поэтому у 7 пациентов (14,2%) было запланировано многоэтапное растяжение.

Растяжение тканей есть длительный процесс с возможным возникновением ряда осложнений. В частности мы наблюдали у 2 больных нагноение ложа экспандеров (4%). У одного больного воспаление удалось купировать и экспандер был сохранен, а у другого - баллон пришлось удалить.

У 3-х пациентов под экспандерами и у 2-х пациентов над клапанными трубками (4%) образовались

пролежни. В большинстве случаев пролежни возникали над рубцовоизмененными тканями или при их чрезмерном растяжении.

После заключительного этапа операции у 2 больных (4,1%) наблюдали краевой некроз лоскутов на всю их толщину и поверхностный некроз у одного (2%) пациента. Выпадение волос по линии швов встретилось у 3-х больных (6,1%). Образование складок в результате ротации лоскутов, так называемые “собачьи уши”, отмечено у 2 пациентов (4,1%).

Отдаленные результаты лечения рубцовых алопеций изучены у 41 из 49 больных. При этом, отличные результаты зафиксированы у 19 больных (46,3%), хорошие — у 20 (48,7%) и удовлетворительные — у 2 пациентов (4%).

Выводы.

1. Для оптимизации хирургической тактики лечения рубцовые облысения целесообразно подразделять по площади на малые до 120 см², средние — до 250 см² и большие — более 250 см².

2. Для успешного устранения облысения необходимо правильное моделирование имплантации экспандера и способов использования растянутых тканей.

3. Дополнительная мобилизация тканей вокруг основания экспандера, рассечение соединительнотканной капсулы параллельными разрезами перпендикулярно оси тракции позволяет эффективно использо-

вать растянутую волосонесущую кожу.

4. Облысения площадью до 40% волосаного покрова головы устраняются однократным растяжением кожи с помощью одного или нескольких экспандеров. При обширных облысениях (более 40%) необходимо многократное растяжение и повторные пластические операции.

5. Применение метода таневого растяжения с учетом разработанных принципов планирования, техники пластических операций позволяют достичь отличных и хороших результатов у 95% больных и тем самым улучшить результаты хирургической реабилитации больных с послеожоговыми рубцовыми облысениями.

Литература:

- 1.Алексеев А.А., Лавров В.А. разработка и совершенствование методов лечения обожженных//Акт. вопросы хирургии.- Москва, 1995.- 141 с.
- 2.Ваганова Н.А. Использование экспандеров при хирургическом лечении дефектов мягких тканей волосистой части головы с обнажением костей черепа//Международный конгресс “Комбустиология на рубеже веков.- Москва, 2000.- 188 с.
- 3.Гельфанд Г.В. Руководство по реабилитации обожженных.- Москва, 1986.- 300 с.
- 4.Мадазимов М.М. Тканевое растяжение в восстановительной и пластической хирургии последствий ожогов: Дисс.канд.мед. наук.- Москва, 1990.- 153 с.
- 5.Неробеев А.Н., Плотникова Н.А. Восстановительная хирургия мягких тканей челюстно-лицевой области.- Москва, 1997.- С.98-99.

Р.К.Рахманов,

Ж.А. Нарчаев,

Х.К. Абдурахманов,

М.М. Сагатов

ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЕ ВВЕДЕНИЕ ЛЕКАРСТВ В ЛЕЧЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ.

Первый Ташкентский Государственный медицинский институт

Неуклонно возрастающая заболеваемость сахарным диабетом привела к тому, что число больных в мире превысило 100 млн., причем 3-5 % из них ежегодно выполняют высокие ампутации нижних конечностей по поводу диабетической гангрены (Grover - Johnson N.M. 1998).Среди хирургических осложнений у больных сахарным диабетом основное место занимают гнойно-некротические процессы в стопе, результаты лечения которых нельзя признать удовлетворительным. Одной из ведущих причин инвалидизации и смертности является синдром диабетической стопы, встречающийся у 30-80 % больных сахарным диабетом (Газетов Б.М., Калинин А.П., 1991г).

Летальность при диабете с сопутствующими гнойно-некротическими осложнениями остается высокой и достигает до 27% (Levin M.E., 1996, Lithies F., 1992). В США, где приблизительно 5 % населения страдает сахарным диабетом, у 3 % из них производят ампутации нижних конечностей, что составляет более 30000 ампутаций ежегодно (Jacobs R. L. et al , 1995).

Рациональная антибиотикотерапия занимает важное место в комплексном лечении диабетических гангренов. Следует иметь в виду , что при диабетических гангренах конечностей антибиотики необходимо вводить непосредственно в сосудистое русло, так как при внутримышечном и внутривенном введении из-за генерализованной микроангиопатии часто не достигается высокая терапевтическая концентрация препара-

та в крови и в зоне воспаления. Перспективным является внутриартериальный способ введения антибиотиков. Внутриартериальное введение (ВВА) лекарств проводится двумя способами: одномоментной перфузией и длительной инфузией.

Материалы и методика исследования

Основные виды проводимого нами комплексного лечения нашло своё отражение в ранее опубликованной работе (“Хирургия Узбекистана” № 2,2000 г., стр. 72-75.), где было освещено применение ВВА у 97 больных. Мы сочли необходимым подробно осветить вопросы применения ВВА, учитывая высокую эффективность лечения. В данной работе приводим опыт лечения 117 больных с гнойно-некротическими осложнениями нижних конечностей на фоне сахарного диабета с применением ВВА. Возраст больных от 39 лет до 74 года . Длительность сахарного диабета от 6 до 35 лет. 12 (10,2 %) больных диагноз сахарного диабета выявлен впервые в клинике. Женщин 49 (41,9%) мужчин 68 (58,1 %).

Проведены исследования сахара в крови и моче, биохимические анализы крови, реовазография, рентгенологические исследования, УЗИ.

Всем больным были проведен комплекс лечебных мероприятий, направленный на коррекцию углеводного (инсулин короткого действия, манинил, глюренорм, диабетон), белкового (переливание растворов аминокислот, одногруппной крови и плазмы, альбуми-

на) липидного обмена. Проведено улучшение реологии крови (реополиглукин, трентал), дезинтоксикационная терапия, витамины группы В, С. Всем 117 больным применяли внутриаартериальное введение лекарственных препаратов.

ВАВ проведен нами по методу одномоментной перфузии лекарственных препаратов. ВАВ в отличие от других способов введения лекарственных препаратов имеет следующие предпочтительные стороны:

- непосредственное введение лекарственных препаратов в артериальное русло с целью достижения высокой концентрации их в очаге поражения.

- введенный этим способом лекарственный препарат доходит до очага поражения в неизменном виде.

- при ВАВ лекарственный препарат достигает очага поражения в той концентрации, какой был набран в шприц до введения.

- лекарственный препарат введенный внутриаартериально доходит до очага поражения минуя паренхиматозные органы (печень, почки, головной мозг), в связи с чем исключается гепато и нефротоксичность препаратов даже при почечно-печеночной недостаточности.

- при ВАВ химические свойства лекарств (быстрое разложение, короткий период полувыведения) особого значения не имеют.

Методика ВАВ.

Мы пользовались одномоментным способом ВАВ, который осуществляется пункциями бедренной артерии на пораженной конечности справа 68 больным, слева 30 больным, с обеих сторон-19.

При выполнении ВАВ строго соблюдены принципы асептики. После тщательной обработки кожи верхней трети бедра и паховой области пальпаторно находили пульсирующую бедренную артерию в проекции скаarpовского треугольника. Ориентиром для нахождения артерии являлась линия Кена. Для пункции артерии пользовались тонкой иглой длиной 10-12 см. ВАВ применен от 6 до 10 раз, всего 117 больным проведено 728 процедур ВАВ.

Для ВАВ использовали лекарственный коктейль, составленный из нескольких лекарственных препаратов. В состав лекарственного коктейля входили 0,5-1% раствор диоксида 10,0 мл, 1% - раствор никотиновой кислоты 1-2 мл, 2% - раствор папаверина гидрохлорида 2-4 мл, 0,5% - 1% раствор новокаина 10,0 мл. Выбор лекарственных препаратов, входящих в состав коктейля, является патогенетически обоснованным. Диоксидин является антибактериальным препаратом широкого спектра действия. Эффективен при инфекциях, вызванных вульгарным протеем, синегнойной палочкой, стафилококками, стрептококками, патогенными анаэробами (в т.ч. возбудителем газовой гангрены), палочкой Фридендера. Действует на штаммы бактерий, устойчивые к другим химиотерапевтическим препаратам, включая антибиотики. Новокаин является местно анестезирующим, папаверин - спазмолитиком, оказывающим сосудорасширяющий эффект. Никотиновая кислота - антиоксидант, улучшает углеводный обмен, окислительно- восстановительные про-

цессы.

Улучшение результатов хирургического лечения гнойно- некротических заболеваний стопы при сахарном диабете мы, как и другие авторы, видим в предельно возможном сохранении опорной функции пораженной конечности на основе дифференцированного подхода к клиническим проявлениям заболевания и методам консервативного и хирургического лечения. Известно, что при сахарном диабете чем более выражены гнойно-некротические осложнения, тем выше уровень сахара в крови. Образование такого порочного круга ведет часто к декомпенсации диабета, интоксикации организма, появлению кетоацидоза, острой почечно-печеночной недостаточности. Среди наших больных у 72% (64 с диабетическими гангренами пальцев и 20 с флегмоной подошвенных пространств стопы) гнойно-некротические процессы протекали по типу "влажной гангрены" на фоне общего тяжелого состояния (выраженная интоксикация, подъемы температуры 37,5-39,0 градусов, тахикардия, дестабилизация гемодинамики, отеки на теле, олигурия). Анализ крови показал увеличение мочевины, креатинина, ферментов печени. В моче положительная реакция на ацетон. Некротический процесс в конечностях имел тенденцию к прогрессированию - у 37 больных в пределах пальцев стоп, у 33 больных - некроз перешел до пяточной области стопы, а у 14 больных доходил до н/з голени. У 28% больных некротический процесс протекал по типу "сухого некроза", относительно благоприятно, без признаков интоксикации и тенденцией к ограничению некроза в пределах пальцев стоп.

На фоне проводимой комплексной терапии с ВАВ лекарственных препаратов у 81 (86,1%) больного из 94, у которых гнойно-некротический процесс в нижних конечностях протекал по типу "влажной" гангрены, нам удалось приостановить распространение некроза и способствовать стиханию острого воспалительного процесса. Оперативное вмешательство этим больным ограничивалось некрэктомиями с пересечением сухожилий сгибателей пальцев на уровне здоровой ткани, экзартикуляцией пальцев стопы. Из-за дальнейшего распространения гнойно-некротического процесса 13 больным (13,9%) пришлось произвести ампутацию нижней конечности на уровне средней трети бедра. Летальный исход наблюдался в 2 случаях (1,7%). Среднее пребывание больных в стационаре составило 24,2±3 койка дня.

Литература.

1. Газетов Б.М., Калинин А.Н. "Хирургические заболевания у больных сахарным диабетом" М.: 1991. 266 с.
2. Гришин И.Н., Холодова Е.А., Чур Н.Н. "Хирургические лечения больных диабетической стопой". *Новости хирургии.* 1996. №1с. 3-7.
3. Рахманов Р.К., Нарчаев Ж.А., Сагатов М.М. "Комплексное лечение диабетической стопы". *Хирургия Узбекистана.* 1999. №2. Стр. 72-75.
4. Jacobs R.L. et al. - *Jn: Surgery Annual.* / Ed. Nuhus L.M. New York, 1995 v.9 p. 231-264.
5. Levin M.E.- *Angiologi*, 1996 v.31, p. 375-385.
6. Lithner F. - *Acta med. Scand.*, 1992, v.208, p. 315-320.
7. Cirover - Johnson N. M.- *Diabetologia*, 1998, v.20, p. 31-38.

Уринов А.Я.

Каримов Ш.Н.

Карабаев С.А.

Мусашайхов Х.Т.

Мамадиев Х.М.

ТАКТИКА ХИРУРГА ПРИ СПОНТАННОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ.*Андижанский Государственный медицинский институт.*

Проблема диагностики и тактики лечения спонтанного пневмоторакса (СП) становится актуальной вследствие большого распространения этой патологии [5,6]. СП не является по своей сути самостоятельной нозологической единицей. Его считают осложнением самых различных по своему характеру заболеваний легких [1,2,5]. Но характерная четкая клиническая картина, часто одинаковая лечебная тактика при СП обусловили целесообразность рассмотрения этого состояния в качестве самостоятельной нозологической единицы. Диапазон методов лечения этой патологии широкий: от лечебно-диагностической пункции до крайне радикального - двухсторонней торакотомии во всех случаях СП. В литературе нет единого мнения относительно целесообразности применения каждого из них. Характеры вмешательств, в большинстве случаев, оценены применительно к СП возникшем как осложнение буллезной эмфиземы легкого [2,3,4].

В период с 1994 по 1998 гг в торако-сосудистом отделении клиники АГМИ находились на лечении 32 больных с диагнозом СП. Из них мужчин было 17, женщин - 15, средний возраст которых составил 26 лет. Спонтанному пневмотораксу предшествовал в 4 случаях абсцесс, в 2 - туберкулез, в 4 - эхинококкоз легкого, осложнившийся прорывом в плевральную полость и в 1 случае причиной был распадающийся периферический рак легкого. В остальных 21 случаях причина СП осталась невыясненной и они были расценены как идиопатические. В 20 случаях СП был правосторонний, в остальных поражение локализовалось слева. У всех возникшее осложнение диагностировано впервые.

Жалобы больных были достаточно однотипны: на фоне относительного благополучия возникли внезапные резкие боли на стороне поражения различной степени интенсивности, сопровождавшиеся одышкой, кашлем и невозможностью сделать глубокий вдох. Больные поступившие позднее 24 часов находились в состоянии относительно немного благополучия. В случаях, когда СП осложнил основное заболевание легких, клиническая картина соответствовала фоновой болезни и отличалась от идиопатического пневмоторакса более тяжелым течением, вследствие частого присоединения гидро- и пиоторакса. Физикальные данные обследования характеризовались отставанием в дыхании и деформацией грудной клетки на стороне поражения. Аускультативно дыхание резко ослаблено, голосовое дрожание снижено. Отмечается перкуторно характерный коробочный звук и смещение сердечной тупости в «здоровую» сторону.

Описанная классическая картина пневмоторакса, по нашим наблюдениям, в большинстве случаев соответствовала первым 24 часам с момента возникновения, а в дальнейшем клиника становилась стертой, и

на первый план выступало присоединившееся осложнение - гидро- и пиоторакс. В наблюдаемых нами случаях в первые 24 часа поступило 7 больных, у 10 больных давность составила от 2 до 4 суток, в остальных 15 случаях сроки возникновения СП определить не удавалось.

Окончательный диагноз СП ставился на основании рентгеноскопии и рентгенографии грудной клетки. Рентгенологическая картина зависела от степени коллапса легкого на стороне поражения, присоединившегося осложнения в виде гидроторакса и смещения средостения. Предшествующее основное заболевание при первичном рентгенологическом обследовании выявлено у 7 больных из 11. В остальных случаях диагноз выставлен при дальнейшем рентгенологическом исследовании и последующих оперативных вмешательствах.

Применяемая нами лечебная тактика в случаях неосложненного идиопатического СП была однотипная: во 2-межреберье спереди на стороне поражения производили пункцию и эвакуировали воздух из плевральной полости с последующим введением через эту иглу высшей разовой дозы антибиотика широкого спектра действия. Нами применялся в большинстве случаев синтетический антибиотик пенициллинового ряда или цефалоспорины III поколения.

В случаях, когда воздух из плевральной полости не удавалось эвакуировать одномоментно, вследствие его непрекращающегося поступления, в плевральную полость устанавливался силиконовый дренаж с боковыми отверстиями на глубину 20-25 см, достигающий до диафрагмального синуса. Наружный конец дренажной трубки присоединялся к аппарату Боброва по типу Бюлау. Мы являемся сторонниками дробно-активной аспирации с введением антибиотиков в плевральную полость.

Методика дробно-активной аспирации заключается в том, что в 1 сутки каждые 2 часа из плевральной полости извлекали около 200 см³ воздуха, тем самым создавая условия для самостоятельного закрытия дефекта в легком. На 2 сутки подключается постоянный водоструйный отсос, поддерживая легкое в расправленном состоянии. На 3-4 сутки удаляем дренаж. Показанием к удалению дренажа является прекращение выделения воздуха и экссудата в течение 24-36 часов.

По нашим наблюдениям в случаях идиопатического СП у больных поступление воздуха и расправление легкого происходило к концу 3 суток без последующих осложнений. В 3 случаях ателектаз легкого в дальнейшем ликвидировался после 2-3 сеансов санационной бронхоскопии с эндобронхиальным введением антибиотиков.

При СП, возникшем как осложнение абсцесса легкого, тактика также была консервативной. Во 2 меж-

реберье спереди и в 7 межреберье по задней подмышечной линии устанавливались силиконовые дренажи. В плевральную полость вводили антибиотики через дренаж во 2 межреберье и производили в дальнейшем дробно-активную аспирацию.

При применении подобной тактики у 4 наблюдаемых больных с абсцессом легкого, осложнившимся СП, к концу 7 суток состояние значительно улучшилось, острый воспалительный процесс в плевральной полости ликвидировался. Верхний дренаж к этому моменту удалялся и больные выписывались домой под наблюдение амбулаторного хирурга с одной трубкой в 7 межреберье. По нашей рекомендации им проводилась ежедневная санация плевральной полости различными антисептическими растворами: фурацилин, риванол, перманганат калия и диоксидин. Спустя 1,5-2 месяца больные являлись на обследование. У 3 образовался регидный плеврит, по поводу которого произведена плеврэктомия с последующим выздоровлением. У 1 больного легкое к моменту повторного обращения полностью расправилось и дренаж удален.

В тех случаях, когда эхинококкоз легкого осложнился прорывом в плевральную полость с развитием спонтанного гидропневмоторакса выполнена экстренная операция. После типичной передно-боковой торакотомии в 4-5 межреберье производился туалет плевральной полости горячим раствором фурацилина с обработкой 96° спиртом.

После удаления хитиновой оболочки фиброзная капсула ушивалась наглухо с оставлением полости, без ушивания устьев сообщающихся бронхов. Дренаж в плевральную полость устанавливается в 2 и 7 межреберье. Послеоперационный период у этих больных протекал гладко.

При СП туберкулезной этиологии у 2 наблюдаемых нами больных консервативное лечение, заключающееся в дренировании плевральной полости во 2

межреберье спереди и 7 межреберье по задней аксиллярной линии с дробно-активной аспирацией, способствовало улучшению и стабилизации состояния больных. В дальнейшем больные были переведены в туберкулезный диспансер.

Таким образом, тактика лечения контингента больных с СП должна быть строго индивидуальной и зависит от причины вызвавшей пневмоторакс. В случаях, когда эхинококкоз легкого стал причиной этого осложнения предпринимается экстренная торакотомия.

В остальном, консервативные мероприятия, заключающиеся в пункции, дренировании во 2 и 7 межреберьях и дробно-активной аспирации, способствуют в большинстве случаев более быстрому улучшению состояния больных, расправлению легкого и ликвидации последствий пневмоторакса по сравнению с общепринятой методикой.

Дальнейшая тактика хирурга зависит от выясненной причины СП.

Литература

1. Бисенков Л.Н., Гриднев А.В., Кобак М.Э. и другие. Хирургическая тактика при спонтанном пневмотораксе. - «Хирургия», 1996, №2, - с. 74-77
2. Вишневский А.А., Волков Г.М., Николадзе Г.Д. Современные взгляды на хирургическое лечение спонтанного пневмоторакса при буллезной эмфиземе легких. - «Грудная хирургия», 1988, №2, - с 92-95.
3. Иоффе Л.Ц., Дашиев В.А. Диагностическая и оперативная торакоскопия при идиопатическом спонтанном пневмотораксе. «Грудная хирургия», 1986, №3, - с 43-46.
4. Исламбеков Э.С. и соавторы. Спонтанный пневмоторакс: возможности применения видеоторакоскопии. - «Хирургия Узбекистана», 1999, №3, с. 71-73.
5. Колесников И.С. «Хирургия легких и плевры». Л., 1988, - с.320-331.
6. Сац С.А. «Неотложные состояния в пульмонологии». «Пер. с англ.-М., 1986.- с.268-304.
7. «Клиническая хирургия» под ред. Р.Кондена и Л.Найхуса. пер. с англ. М., «Практика», 1998.

А.К.Шодмонов,
У.М.Рустамов.

НОВЫЙ ПОДХОД К РЕКОНСТРУКТИВНЫМ ОПЕРАЦИЯМ НА МОЧЕТОЧНИКЕ.

Андижанский Государственный медицинский институт

Обструкция мочеточника развивается в большинстве случаев после его травмы, при гинекологических радикальных операциях, или после операции на органах брюшной полости, малого таза, эндоурологических мероприятий: литоэкстракция, литотрипсия и т.д. (Н.А.Лопаткин., А.В. Мороз 1984г; Л.Н.Василевская 1985 г). Туберкулёз органов мочеполовой системы, ретроперитонеальный фиброз, лучевая терапия иногда осложняются стриктурой мочеточника и последующими тяжелыми осложнениями, которые могут быть необратимыми. (Д.В.Кан 1965г; Абдурасулов Ф.М.1980г).

Существует несколько видов реконструктивных операций на мочеточниках, в зависимости от нозологии и протяженности поражения.

Лечение органических поражений мочеточника, особенно протяженностью более 6 см является чрезвычайно сложной задачей восстановительной хирургии и урологии. (Деревянко И.М. 1973 г; Деревянко И.М.1979г).

Согласно данных 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, пересадка мочеточника от трупа, отрезком тонкой кишки и лоскутом, выкроенным из стенки мочевого пузыря по Боари, Грегуару, Демелью, Деревянко и т.д. (Кан Д.В 1965г; Кан Д.В. 1968г; Мартин И, Эндро К.Новик, 1998г). Вышеперечисленные способы основанные на гетеротрансплантате в свою очередь не застрахованы от ряда осложнений таких как; стеноз анастомоза, несостоятельность анастомоза, мочевые свиши, обострение пиелонефрита и ХПН, а также пузырно-кишечно-лоханочный рефлюкс, проявляющиеся вследствие нарушения моторики кишечника и др. (Лопаткин Н.А1986 г).

Из вышеперечисленных операций до настоящего дня при протяженных стриктурах нижней трети успешно применяются ряд операций: по Боари, Демелью и Деревянко, а также их усовершенствованные варианты.

Но всё же, несмотря на многочисленные методы

коррекции патологии мочеточника верхней и средней трети процент осложнений оставляет желать лучшего, что является предпосылкой для поиска более новых и совершенных методов лечения данной патологии.

Нами в урологической клинике АГМИ был изучен 10 летней материал патологии мочеточника. Из общего числа прооперированных больных (5800) патология мочеточника составляет 0,5%

Как видно из таблицы 1 из 29 больных, мужчины составляют 18, женщин 11, и все они в трудоспособном возрасте (от 25 до 45 лет). Из 29 больных реконструктивно-пластические операции удалось произвести лишь у 11, а у остальных в связи с невозможностью выполнения реконструкции (протяженность стриктур мочеточника) эти операции были ограничены нефрэктомией, или уретеролизом и нефростомией, что составило 62,07%.

Для решение вопросов, связанных с дефицитом здоровой ткани при рубцовых поражениях кожи успешно применяется метод тканевого растяжения с помощью латексного баллона (Мадазимов М.М. 1990г. Мороз.Ю.В.1996г).

Используя принцип тканевого растяжения с помощью латексного баллона, предложенного Мадазимовым М.М., мы предприняли попытку создать экспериментальную, модель продольного дозированного растяжения мочеточника с помощью латексного баллона, тем самым создать избыток ткани мочеточника.

С этой целью в ЦНИЛе АГМИ нами проведены исследования на 10 беспородных собаках. Суть эксперимента состоит в том, что у здоровых собак лапаротомным разрезом находится мочеточник и отделяется мочеточниковая фасция. Латексный баллон-расширитель имплантируется между фасцией и мочеточником. Клапанная трубка расширителя для раздувания, через отдельное отверстие выводится наружу, а с целью предупреждения смещения баллона верхний его край фиксируется к мышцам спины, для устранения свободного пространства между баллоном и карманом. После завершения операции в латексный баллон вводится 40-50 мл раствора сте-

Таблица 1

Вид операции	Число больных
1. Реконструктивно-пластические операции по Альбарау, Фолею, Боари анастомоз "конец в конец"	11
2. Нефростомия	7
3. Уретеролиз	5
4. Нефрэктомия	6
Итого	29

рильного фурацилина, не создавая нагрузки на мочеточник.

Первый сеанс инфузии раствора в расширитель производится через 2 дня после операции. Растяжение выполняется за 20 сеансов, ежедневно вводя стерильный фурацилин в количестве 10-15 мл. Для динамического контроля за удлинением мочеточника в процессе продольного дозированного его растяжения использовали урографию с постоянным масштабом, через каждый 10 дней что позволило нам объективно оценить величину удлинения мочеточника. Затем на 22-23 сутки производился забор органокомплекса для последующего гистологического изучения.

Предварительные данные полученные нами в ходе эксперимента свидетельствуют о возможности эффективного применения продольного дозированного растяжения тканей здорового мочеточника с помощью латексного баллона на 150-200%.

Вывод

Наши эксперименты показали, что существует возможность удлинения мочеточника с целью создания

избыточного пластического материала для последующего реконструктивного вмешательства.

Литература

1. Н.А.Лопаткин, А.В.Мороз «Применение «стенда» при оперативных вмешательствах на почке и мочевых путях».
2. Л.Н.Василевская «Гинекология» М, 1985. 164 стр.
3. Д.В.Кан «Восстановление тазового отдела мочеточника» М, 1965 117 стр.
4. Ф.М.Абдурасулов, «Диагностика многочисленных опухолевых поражений органов пищеварения и мочевой системы», Ташкент, 1980 326 стр.
5. Н.М.Деревянко «Рубцовые сужения нижней половины мочеточников» Ставрополь, 1973 стр 116.
6. И.М.Деревянко «Обструкция мочеточников» Ставрополь 1979 187 стр.
7. Д.В.Кан. «Восстановление тазового отдела мочеточника» М, 1965. стр117.
8. Д.В. Кан, «Кишечная пластика мочеточника» М, 1968, 118 стр.
9. Мартин И.Резник, Эндрю К.Новик «Секреты урологии» С.П.1998 стр 290-293.
10. Н.А.Лопаткин «Оперативная урология», М,1986 стр 171.
11. М.М. Мирсаматов «Совершенствование способа оперативного лечения обструкции нижней половины мочеточника» Ташкент «Хирургия Узбекистана» 1999, стр 88-90.

Эгамов Ю.С.

ПРОФИЛАКТИКА ДИНАМИЧЕСКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

ПРИ ОСТРОМ РАЗЛИТОМ ПЕРИТОНИТЕ

Андижанский Государственный медицинский институт

Многолетние экспериментальные и клинические исследования сотрудников кафедры хирургических болезней Андижанского мединститута дали основание для разработки нового способа насыщения лекарственными препаратами лимфатических регионов, при различных заболеваниях. Проведение лимфотропной терапии при острых хирургических заболеваниях имеет свои преимущества перед традиционными способами введения препаратов, особенно антибиотиков [1,3,5].

Доказано, что при остром разлитом перитоните у животных наступает выраженная интоксикация организма, и особенно, изменения в функции желудочно-кишечного тракта, в виде динамической кишечной непроходимости. По мере развития перитонита снижается лимфообразование, отмечается отек органов брюшной полости, лимфо-венозный стаз. При таком состоянии более эффективным является введение различных препаратов в лимфатическую систему [2,4].

Другой положительной особенностью проведения лимфатической терапии через брыжейку тонкой кишки является сохранение высокой концентрации антибиотиков в лимфатических узлах брюшной полости. При сопоставлении с другими способами введения препарата через 3 и 6 часов концентрация антибиотиков составляет в 3-7 раз больше в брыжеечных лимфатических узлах. Длительное (24 часа и более), при однократном введении, нахождение антибиотиков в лимфатическом русле создает условия для перманентного поступления препарата в кровь через устье грудного потока.

За период с 1988 по 1999 г. в клинике Андижан-

ского государственного медицинского института находились под наблюдением и лечились 216 больных с острым перитонитом.

Оценка распространенности воспалительного процесса в брюшной полости имеет одно из решающих значений при определении тактики лечения. Согласно классификации В.Д.Федорова (1974), острый местный перитонит был диагностирован у 91 (42,1%) больных, из них у 63 (69,2%) - неограниченный, у 28 (30,8%) - ограниченный. Распространенный перитонит был у 125 (57,9%) больных, из них, у 33 (26,4%) - диффузный, у 85 (68,0%) - разлитой, у 7 (5,6%) общий.

Для того, чтобы определить наиболее эффективную тактику лечения больных с острым перитонитом, нами была изучена микрофлора в различных отделах брюшной полости и определена чувствительность ее к антибиотикам.

У 154 больных острым перитонитом применена лимфотропная антибиотикотерапия через брыжейку тонкой кишки (62 больных - контрольной группы). Причинами перитонита явились: острый деструктивный аппендицит у 65 больных, прободение язвы желудка и двенадцатиперстной кишки - у 42, деструктивный холецистит - у 33, гинекологические деструктивные заболевания - у 31, повреждения и послеоперационный перитонит - у 18, острая кишечная непроходимость - у 13, панкреонекроз - у 8, прочие - у 6 больных.

Во время операции, после санации брюшной полости и ликвидации источника инфекции, между серозными листками брыжейки тонкой кишки установ-

ливается микроиригатор и фиксируется к брыжейке кетгутовым швом. Другой конец катетера выводится из брюшной полости через отдельный разрез и сразу же вводится 0,5%-20 мл новокаина для контроля герметичности установки катетера. Лимфотропная терапия через микроиригатор начинается на операционном столе, сразу после зашивания лапаротомной раны. Лимфатическая терапия включает в себя лимфостимуляцию и лимфотропное введение антибактериальных препаратов.

В качестве лимфостимуляторов была использована глюкозо-новокаиновая смесь в соотношении 1:1 в дозе 4 мл/1 кг массы тела больного с добавлением лидазы (0,5 ЕД/кг), гепарина (80 ЕД/кг, с учетом свертываемости крови больного), маннита (2,5 мл/кг) и синтетического аналога энкефалинов - даларгин в дозе 40 мкг на 1 кг массы тела. В качестве растворителя даларгина был использован новокаин 0,25% в объеме от 60 до 150 мл. В послеоперационном периоде через катетер, установленный в брыжейку кишки, капельно сразу после проведения лимфостимуляции начинали введение антибиотика в обычной разовой дозе с учетом чувствительности микрофлоры брюшной полости. Наибольшая чувствительность микрофлоры брюшной полости обнаружена к гентамицину, канамицину, левомецитину. Лимфатическая терапия, в зависимости от тяжести заболевания и от состояния больного, проводилась однократно, редко двукратно в сутки в течение 3-5 дней. Результаты лечения сравнивали с показателями группы больных (24) с острым перитонитом, получавших лечение в послеоперационном периоде традиционным способом. Критерием для оценки эффективности проводимой терапии были объективные и субъективные данные состояния больного, результаты лабораторных и инструментальных исследований.

При проведении в послеоперационном периоде эндомезентериальной лимфотропной терапии (у 154 больных) антибиотиками по сравнению с традиционными способами лечения (у 62 больных) острого перитонита осложненного динамической кишечной непроходимостью, лейкоцитоз в крови на 4 сутки достоверно снижается, а в - контрольной группе больных - на 6 сутки после лечения. ЛИИ тоже снижается достоверно на 4 сутки, в контрольной группе - на 8 сутки лечения, СОЭ уменьшается на 4 сутки при лечении лимфатическим путем, а в группе больных с традиционным способом лечения - на 6 сутки. Кроме этого, нами большое внимание было обращено на восстановление функции желудочно-кишечного тракта в послеоперационном периоде. Признаком функционирования желудочно-кишечного тракта является объем аспирированной жидкости из желудка в послеоперационном периоде.

Из таблицы 1 видно, что при проведении лимфотропной терапии через брыжейку тонкой кишки у больных в послеоперационном периоде на 2-сутки лечения выслушивается перистальтика кишечника, а на 3-сутки отмечается самостоятельное отхождение газов и нормализация стула. В контрольной группе больных только на 3 сутки лечения появляются перистальтические шумы и на 4-5 сутки восстанавливается функциональная способность желудочно-кишеч-

ного тракта. При измерении аспирированного из желудка содержимого в послеоперационном периоде отмечено уменьшение его объема при восстановлении функциональной активности пищеварительного тракта.

При распространенном гнойном перитоните отмечается нарушение всасывания жидкости из брюшной полости, что способствует ее скоплению. Этому способствуют также застойные явления в лимфатической и венозной системе органов брюшной полости. Проведенная лимфотропная антибиотикотерапия в послеоперационном периоде, особенно с лимфостимуляцией, способствует улучшению микроциркуляции и уменьшению скопления жидкости в брюшной полости. В таблице 1 представлены данные об объеме выделяемой жидкости из брюшной полости через дренаж в послеоперационном периоде.

В результате проводимой лимфотропной терапии количество выделяемой жидкости из брюшной полости достоверно снижалось по сравнению с контрольной группой, начиная со 2х суток лечения, что свидетельствует о раннем восстановлении в послеоперационном периоде функции желудочно-кишечного тракта. При таком способе лечения также отмечено сокращение расходов, особенно в связи со снижением дозы и кратности введения антибиотиков. Одновременно с улучшением состояния больных и нормализацией показателей достигается уменьшение частоты различных осложнений заболевания и снижение летальности в послеоперационном периоде.

В комплексном лечении острого разлитого перитонита применение лимфатической терапии через брыжейку кишечника является патогенетически обоснованным методом терапии и существенно улучшает функцию желудочно-кишечного тракта в послеоперационном периоде, уменьшает осложнения заболевания и сокращает среднее пребывание больных в стационаре.

Нами был изучен оптимальный путь насыщения лимфатической системы органов брюшной полости при остром перитоните и изобретено лимфотропное

Таблица 1.
Динамика восстановления перистальтики кишечника и объема аспирированного желудочного содержимого в период лечения больных.

Сутки леч	Появление перистальтики		Объем желудоч.содержимого(мл)	
	лимфотроп.	традиц.	лимфотроп.	традиц.
1	-	-	1325,7±34,7	1209,2±35,1
2	++	-	843,6±25,0	1158,9±36,9
3	+++	+	107,9±10,7	793,5±31,0*
4	+++	++	нет	250,4±15,8*
5	+++	+++	нет	нет

*) Достоверность различия показателей в 1сутки (P<0,05)

Условные обозначения: - отсутствие перистальтики кишечника; + слабо выраженная; ++ умеренно выраженная; +++ усиленная перистальтика кишечника.

введение антибиотиков в брыжейку тонкой кишки в послеоперационном периоде. Оказалось, что этот метод более быстро создает высокие концентрации антибиотиков в лимфатических узлах брюшной полости, что доказано в экспериментальных исследованиях на собаках и подтверждено нашими клиническими наблюдениями. Эндомезентериальная, лимфотропная антибиотикотерапия, проведенная у всех 154 больных с перитонитом явилась существенным дополнением в комплексе мероприятий, проводимых в послеоперационном периоде. Она достоверно снижает осложнения основного заболевания, способствует раннему восстановлению функции желудочно-кишечного тракта, уменьшению числа послеоперационной динамической непроходимости и снижению вероятности образования спаечной кишечной непроходимости в послеоперационном отдаленном периоде заболевания.

Таким образом, в комплексной послеоперацион-

ной профилактике и лечении динамической кишечной непроходимости при остром перитоните лимфатическая терапия через брыжейку тонкой кишки является наиболее эффективным способом лечения.

Литература

1. **Выренков Ю.В.** Теоретические аспекты клинической лимфологии. // В кн. «Актуальные проблемы клинической лимфологии». Андижан. 1991. С. 27-29.
2. **Джумабаев С.У., Рахимов М., Хакимов В.А., Сатболидиев Ш. А., Билолов Н.Н.** Региональная лимфотропная терапия. // Хирургия. 1990. N 11. С. 70-78
3. **Панченков Р.Т., Ярема И.В., Силманович Н.Н.** Лимфостимуляция. М. Москва. 1986. 240 с.
4. **Щербакова Э.Г., Выренков Ю.Е., Журавлева Т.П. и др.** Экспериментальное изучение эндолимфатического применения гентомицина и клафарана. // Ж. Антибиотики. 1982. N 5. С. 359 - 364.
5. **Bohnen J., Boulanger M., Meakibs J.L., Molean F.P.** Prognosis in Generalized peritonitis. // Azch. surg. 1983. Vol. 118. N 3. - P. 285 - 290.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

М.Х.Ваккасов,

Б.Р.Исхаков,

Т.С.Мамадумаров

ТРАВМАТИЧЕСКИЙ РАЗРЫВ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНОГО С ГЕМОФИЛИЕЙ "А".

Наманганский филиал Республиканского Научного центра экстренной медицинской помощи.

Занимая главенствующее место среди травм органов брюшной полости, повреждения печени отличаются особой тяжестью клинического течения, причем по числу диагностических ошибок они занимают одно из первых мест.

Описания травматического разрыва печени у больного, страдающего гемофилией, в доступной литературе мы не нашли.

Приводим наше наблюдение и выписку из истории болезни.

Пострадавший А.Ю., 29 лет, поступил в филиал ГНЦЭМ 09.12.2000 г, через 1 час с момента получения производственной травмы (удар по животу деревянной палкой, вылетевшей из пилорамы).

Жалобы на боли в правой половине живота, головокружение, общую слабость.

Из анамнеза известно, что больной страдает гемофилией "А", в 2-х летном возрасте после циркумцизии по поводу трудно останавливаемого кровотечения лечился в НИИ гематологии и переливания крови. С тех пор периодически отмечает кровотечения из носа и десен, кровоподтеки и обширные гематомы на теле после получения малейшей травмы. Сестра больного тоже страдала гемофилией, умерла от метрорагии.

Объективно: Состояние тяжелое. Положение вынужденное, лежит на правом боку, ноги поджаты к животу. Среднего питания, телосложение правильное. Кожные покровы, слизистые бледные. ЧДД 24 раза в 1 мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 100 уд/мин. АД 90/60 мм.рт.ст. Язык влажный. Живот не вздут, отстает в акте дыхания, асимметричен за счет припухлости, багрово-синюшного цвета в правом верхнем квадранте размерами 10х10 см. Пальпаторно отмечает резкую болезненность в этой области, остальные отделы живота безболезненны. Симптомов раздражения брюшины нет. Определяется притупление перкуторного звука в отлогих местах живота. Перистальтика кишечника выслушивается. Области почек симметричны, безболезненны. При катетеризации мочевого пузыря получено 200 мл светлой мочи.

При УЗИ контуры печени неровные, под правым куполом диафрагмы и печенью, между петлями тонкой кишки определяется свободная жидкость. Заключение: разрыв печени, гемоперитонеум.

Анализ крови: Гемоглобин 62 г/л, эритроциты $2,3 \times 10^{12}$ /л, Лейкоциты 6×10^9 /л, п./я-3, с./я-74, Лимф.-22, Мон.-1, СОЭ 9 мм/ч. Время свертывания крови по Ли-Уайту более 8 мин., мочевины крови 6,4 моль/л, протромбин 82%, гематокрит 23%.

Диагноз:Закрытая травма живота.Разрыв печени? Внутривнутрибрюшное кровотечение, тяжелой степени, анемия. Гемофилия "А". После проведенных противошоковых мероприятий, через 1 час после поступления,

под общим наркозом выполнена лапароскопия. В брюшной полости до 600 мл крови со сгустками. Введены дополнительные троакары в эпигастрии и правом подреберье. После удаления крови и сгустков при ревизии выявлены звездчатый разрыв в проекции передне-верхнего отдела IV-V сегмента печени 4х3 см, глубиной до 1,5см, вся рана прикрыта сгустками крови, активного кровотечения не отмечается. В VI-сегменте печени имеется под капсульная гематома размером 4х3х2 см, прикрытая сгустками крови, и под ней отмечается кровотечение слабой интенсивности. В области портальных ворот печени обнаружен надрыв брюшины гепатодуоденальной связки с капиллярным кровотечением. Выполнена электрокоагуляция ран печени шаровидным электродом и в режиме "спрей" коагуляции до образования сплошного струпа на раневой поверхности. К ране печени подведены большой сальник и фиксирован к серповидной связке. Произведена тщательная санация брюшной полости. Осмотрены желудок, 12-перстная кишка, селезенка, петли тонких и толстых кишок, повреждений не было обнаружено. К местам разрыва печени, в поддиафрагмальное и подпеченочное пространство, полость малого таза подведены дренажные трубки. Ликвидирован пневмоперитонеум. Швы на раны. В послеоперационном периоде больной получал инфузионно-гемостатическую терапию, переливание одногруппной крови (750 мл), криопреципитата, замороженной плазмы, антибактериальную терапию. Кровотечение не повторялось. Послеоперационное течение гладкое. Дренажи из брюшной полости удалены на 5-6 сутки. Анализы крови:

Гемоглобин 78 г/л, эритроциты $3,4 \times 10^{12}$ /л, Лейкоциты $6,4 \times 10^9$ /л, п./я-5, с./я-68, Лимф.-22, Мон.-1, СОЭ-3 мм/ч. Время свертывания крови по Ли-Уайту более 3-4 мин., тромбоциты $128,0 \times 10^9$ /л., гематокрит 38%. Выписан домой в удовлетворительном состоянии.

Больной осмотрен через 1,5 мес. после операции. Жалоб не предъявляет. Работает по прежней специальности. При УЗИ печень без патологических изменений. Правая доля 12,2 см, левая 6,2 см, селезенка 10,2х6,4 см. Анализы крови в пределах нормы.

Таким образом, лапароскопия с эндовидеоподдержкой при изолированной травме печени позволяет не только установить правильный диагноз, но и дает возможность выполнения лечебных манипуляций, которые могут быть окончательными, и позволяют значительно снизить тяжесть хирургической агрессии у пострадавших с заболеваниями крови - гемофилией.

Литература:

Шапошников Ю.Г., Решетников Е.А., Михополус Г.А. Повреждение живота. - М., 1986. -254 с.

Э.С.Джумабаев,
Г.М.Тешабаев,
Д.Г.Саидходжаева

СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ ЛИМФОПЕРИТОНЕУМА

Республиканский Центр клинической лимфологии им. проф.
С.У.Джумабаева МЗ РУз

Диагностика и лечение лимфореи различного происхождения представляет порою сложную задачу. При патологии и повреждениях лимфатических сосудов и узлов брюшной полости и грудной клетки нередко возникают трудности для установления диагноза лимфореи. Кроме этого на сегодняшний день окончательно не определена тактика лечения хилоторакса и хилоперитонеума, в пользу активного хирургического вмешательства, направленного на перевязку лимфатических сосудов и стволов, создание лимфовенозных анастомозов или консервативного лечения [1,2]. В этой связи мы хотим поделиться нашим опытом лечения лимфоперитонеума.

Больной Д., 16 лет, ист.бол. № 295390/1476 поступил в Республиканский Центр клинической лимфологии МЗ РУз 25.12.2000 г. Жалобы при поступлении на выделение жидкости через катетер установленный в брюшной полости до 1500-2000 мл в сутки, слабость, умеренные боли в поясничной области справа.

Анамнез: Болеет с сентября 2000 года, когда с болями в пояснице был госпитализирован в хирургическое отделение райбольницы Самаркандского вилоята с предварительным диагнозом: Почечная колика. Больному произведено ультразвуковое исследование, выявлена свободная жидкость в брюшной полости. Отмечались лейкоцитоз $13 \times 10^9/\text{л}$ и симптомы раздражения брюшины. Больному был выставлен диагноз: Разлитой перитонит, возможно на почве острого аппендицита. Произведена лапаротомия, при этом установлено наличие серозно-гноной жидкости в брюшной полости на почве острого мезаденита. В связи с тем, что аппендикулярный отросток был вторично изменен произведена аппендэктомия. Для уточнения характера мезаденита из брыжеечных лимфатических узлов был взят кусочек ткани для гистологического исследования. Брюшная полость санирована и дренирована. В послеоперационном периоде из дренажной трубки начала выделяться прозрачная жидкость до 2 литров в сутки. После улучшения состояния больной переведен в туб.диспансер с диагнозом туберкулёзный мезаденит где получал специфическое лечение в течении 2 месяцев. Несмотря на проводимое лечение состояние больного оставалась прежним, все это время не прекращалось выделение жидкости из дренажа (1500 -2000 мл в сутки). Последующие неоднократные исследования на предмет определения бактерий Коха показывали отрицательный результат.

С подозрением на лимфоистечение из брюшной полости больной направлен в Республиканский центр клинической лимфологии.

Общее состояние при поступлении тяжелое. Больной адинамичный, вялый, на вопросы отвечает неохотно. Резко пониженного питания. Кожа и видимые слизистые оболочки бледные. Отмечается умеренный отек лица и обеих ног до уровня нижней трети голеней. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Костно-мышечная система без дефор-

маций.

Дыхание через нос, свободное. В легких ослабленное везикулярное дыхание с обеих сторон. Тоны сердца ритмичные, глухие. А/Д - 80/60 мм.рт.ст. Пульс - 84-88 уд.в 1 мин. Язык влажный, чистый. Живот умеренно вздут, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Определяется умеренная болезненность в пояснице, больше справа. Стул регулярный, оформленный. Мочеиспускание безболезненное.

Больной обследован. *Общий анализ крови:* Нб-78 г/л, эр.- 2.98, Ц.п.-0,7, Тр.-180, Лей-10,3 Вр.сверт.-4"05" - 4"20", П.яд.-6, С.яд.-76, Э.-1, Лим.-16, Мон-1, СОЭ-54 мм.с. *Общий анализ мочи:* цвет.- с/ж, Белок - 1,65, Эпителий- 0-1-2, Лейк-10-15-18, Эритро- 0-1, Цилиндр- 0-1-2-3, Слизь, бактерии. *Биохимические анализы крови:* Общий белок-38 г/л. ПТИ-78%, Билирубин прям-abs, непр-5,2, общ-5,2 ммоль/л, АСТ-0,1, АЛТ-0,16, Са-2,16. Мочевина-8,2, Азот мочевины-3,4 ммоль/л. *Анализ выделяемой из брюшной полости жидкости:* уд.вес-1008, Реакция рН-8,0, Белок-0,33 (6,5г/л), Эритро-30-40-35, Лейкоц.-в больш.кол-ве, нейтрофил-13, лимфоцит-85 (!), мезотелиоцит-2, Атипичн. кл.-нет, БК-отрицательно. *УЗИ:* явления гепатита, пиелонефрита, свободная жидкость в брюшной полости. *Обзорная Рентгенология:* легкие, сердце и аорта без изменений. *Ядерно магнитная томография:* Свободная жидкость в плевральной полости в малом количестве. Изменений в устье грудного протока и других органах не выявлено. Определяется свободная жидкость в брюшной полости.

Больному проведена биологическая проба по Б.В.Огневу включающая пероральное употребление 50 гр сливочного масла, 100 гр белого хлеба и 100 гр молока, при этом установлено изменение цвета выделяемой жидкости, которая приобрела хилёзный характер. Таким образом установлено, что выделяемая жидкость - лимфа. Для определения уровня повреждения лимфатических сосудов, после катетеризации периферического лимфатического сосуда на обеих ногах, проведена антеградная лимфография этиотрастом по 3 мл с каждой стороны. Установлено, что местом повреждения является один из кишечных коллекторов.

Больной консультирован нефрологом, терапевтом, фтизиатром особых отклонений не выявлено.

Клинический диагноз: Хронический мезаденит (туберкулёзного генеза). Осложнение: Лимфоперитонеум. Сопутствующий диагноз: Хронический пиелонефрит. Гепатит.

Больному начато консервативное лечение включающее эндолимфатическое (через периферические сосуды на ногах) и внутривенное вливание аутолимфы. В связи с наличием бактериолимфии, получаемая из брюшной полости лимфа подвергалась лимфоферезу, после чего производилась аутолимфотрансфузия на фоне эндолимфатической антибиотикотерапии. В связи с появлением после 4-х кратной аутолимфотрансфузии озноба и температурной реакции перешли

на пероральное введение лимфы до 1 литра в сутки. Параллельно производились внутривенные инфузии плазмы, 5% раствор глюкозы, полиэлектролитных растворов, витаминов. Употребляемая пища включала достаточное количество белков, жиров и углеводов.

В результате проведенного лечения, через 10 дней выделение лимфы уменьшилась до 500-600 мл в сутки, а еще через 12 дней полностью прекратилась. Общее состояние больного значительно улучшилось и расценивалось как удовлетворительное. Содержание

общего белка в крови поднялось до 41,6 г/л.

Больной выписан для дальнейшего лечения по месту жительства.

Литература

1. Ибатуллин И.А. «Этиология и патогенез лимфоистечений». Хирургия, -1977, -№ 5, -с.130-132.
2. Перельман М.И., Седова Т.Н., Лакомкин М.М. «Хилорей в торакальной хирургии». Материалы II конгресса Ассоциации хирургов им. Н.И. Пирогова. -С.-Петербург, -1999, - с.198-200

Б.Р.Исхаков,
У.А. Ходжиматов

ПРОРЫВ ЭХИНОКОККОВОЙ КИСТЫ СЕЛЕЗЕНКИ В ЖЕЛУДОК.

Наманганский филиал Республиканского Научного центра экстренной медицинской помощи.

Нагноение эхинококковых кист является одним из тяжелых осложнений эхинококковой болезни. По литературным данным это осложнение встречается в 12-47% случаев.

В литературе описаны случаи прорыва эхинококковой кисты печени в брюшную полость, желчные ходы, плевральную полость, толстую кишку, желудок. (Н.Дееничин).

В доступной литературе мы не нашли описания случаев прорыва нагноившегося эхинококкоза селезенки в желудок, диагностированный во время эзофагогастродуоденоскопии.

Приводим наше наблюдение. Больной С., 54г. поступил в хирургическое отделение с жалобами на боли в левом подреберье, повышение температуры тела до 38°, отрыжку, слабость. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца чистые. А/Д- 110/70 мм. рт. ст. Пульс 80 ударов в 1 минуту. Живот мягкий, болезнен в левом подреберье и эпигастрии. Печень не увеличена. Селезенка выступает из под края левой реберной дуги на 3 см. Нв - 110 г/л, Эр- 3,9X10¹²/л, лейкоциты - 9,8X10⁹/л Эозинофилы - 3, П/я - 2, СОЭ-30 мм/ч, ПТИ-100%, мочевины крови - 6,2 ммоль/л, билирубин-прямой- 1,7 мкм/л, не прямой - 5,7 мкм/л, АЛТ-0,4, АСТ-0,2мкм/л. Сахар крови- 6,2 ммоль/л.

При рентгеноконтрастном исследовании в области дна желудка выявлено округлое образование - дефект наполнения размерами 5х5см. Вывод: Сдавление дна желудка извне. При эзофагогастродуоденоскопии от 20.07.87г. на дне желудка ближе к большой кривизне определяется подвижное, тонкостенное, податливое при инструментальной пальпации полусферовидное образование беловато-серого цвета размерами 5х6х5 см. В просвете образования - жидкость. Тело желудка и луковица 12- перстной кишки без изменений. Вывод: Инородное тело желудка, возможно прорыв эхинококковой кисты с пролабиранием хитиновой оболочки в полость желудка. 27.05.87 г. у больного была рвота со зловонным запахом, после чего боли в левом подреберье резко уменьшились, температура тела снизилась, состояние

улучшилось.

При повторной ФЭГДС от 28.05.87 г. В области дна желудка ближе к задней стенке имеется дефект размером около 2 см, ведущий в гигантских размеров полость, последняя содержит некротические массы и гной со зловонным запахом.

5.06.87 г. больной с диагнозом: Прорыв нагноившейся эхинококковой кисты в желудок взят на операционный стол. Под интубационным наркозом произведена верхнесрединная лапаротомия. К ране предложено умеренно увеличенная, темно вишневого цвета левая доля печени. Дно желудка растянато, окутано большим сальником, куда подпаяна увеличенная до 25х20 см селезенка, также интимно окутанная сальником с образованием конгломерата. Сальник выделен острым и тупым путём от селезенки и желудка, при этом установлено, что имеется эхинококковая киста верхнего полюса селезенки размерами 20х15 см. При пункции добыто около 500,0 густого гноя со зловонным запахом. Полость вскрыта, удалена хитиновая оболочка. Обработка остаточной полости йодом, спиртом. Свободная часть фиброзной капсулы кисты иссечена, при этом обнаружен свищ между данной полостью и дном желудка, который ушит узловыми швами. Полость кисты и левый боковой канал дренированы силиконовыми трубками. Швы на лапаротомную рану.

Диагноз после операции: Нагноившийся гигантский эхинококкоз селезенки с прорывом в желудок. В послеоперационном периоде получал антибактериальную, дезинтоксикационную и общеукрепляющую терапию.

Выписан с дренажной трубкой остаточной полости, которая удалена через один месяц, после предварительного ультразвукового исследования. Осмотрен через 10 лет. Жалоб не предъявляет. При контрольном УЗИ селезенка 12х8х6 см, полостных образований не обнаружено.

Литература:

1. М.Ю Гилевич и др. Клинико-морфологические обоснования в выборе метода лечения эхинококкоза органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Хирургия 1990 г. 11. с 116 - 120.

Я.Н.Ишанходжаев,
Х.Б.Ходжаев.

СЛУЧАЙ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ПРОФУЗНОГО КИШЕЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ У РЕБЁНКА, ОБУСЛОВЛЕННОГО ЯЗВЕННЫМ ДИВЕРТИКУЛИТОМ МЕККЕЛЯ.

Наманганский филиал Республиканского Научного центра экстренной медицинской помощи.

В связи со сравнительной редкостью и отсутствием характерных клинических признаков, а также отсутствием общедоступных диагностических методов, проблема дооперационной диагностики и лечения заболеваний дивертикула Меккеля не разрешена полностью до настоящего времени. Среди осложнений, вызываемых дивертикулитом Меккеля, пептическая язва и кровотечение по частоте занимает второе место после кишечной непроходимости. Диагноз его сложен, и устанавливается, в основном, только во время операции. Приводим наше наблюдение.

Мальчик М., 4года, поступил в детское хирургическое отделение филиала 3 октября 2000 г. по поводу возобновившегося кишечного кровотечения и болей в животе. Из анамнеза: с октября 1998 года ребёнок по поводу повторяющихся кишечных кровотечений неоднократно обследован и лечился в соматических стационарах с диагнозом “желудочно-кишечное кровотечение неясной этиологии, постгеморрагическая анемия”. До настоящего поступления ребенок 18 сентября 2000 г, с вышеуказанными жалобами в тяжелом состоянии. Госпитализирован в реанимационное отделение нашего центра, где наряду с интенсивной терапией проведен комплекс лабораторно-инструментальных обследований, в частности, ирригография и ректороманоскопия, но существенной патологии, кроме катарального проктосигмоидита, не было обнаружено. По стабилизации состояния ребенок переведен в соматическое отделение, откуда выписан 2 октября 2000г. с улучшением.

В момент настоящего поступления состояние ребенка средней тяжести, бледен, пульс 100 ударов в 1 мин., А/Д 90/60 мм рт.ст. Живот мягкий, болезненный вокруг пупка, симптомов раздражения брюшины нет, в прямой кишке скопление темной крови со сгустками, диурез сохранен, Анализ крови: Нв-84 г/л, эр- 3,12, цп-0,8, л-6,0, гематокрит-32%. Несмотря на проведенную гемостатическую терапию (викасол, эпислон-аминокапроновая кислота, дицинон, переливание одногруппной крови и т.д.) кровотечение продолжалось, ребенок стал вялым, бледным, пульс 126-130 удара в 1

мин., А/Д 90/60 мм рт.ст., отмечалось снижение показателей красной крови до: нв-40 г/л, эр-1,0. Свёртываемость крови в норме, тромбоциты-146,4, мочевины-8,0 ммоль/л. В связи, с чем интенсивное лечение продолжено в реанимационном отделении с доступом 2х вен одновременно и переливанием одногруппной крови. Состояние больного постепенно стабилизировалось, анализы: нв-60 г/л, эр-2,30. Учитывая вышеизложенное, заподозрив кровотечение из дивертикула Меккеля, 5октября 2000г. решено произвести лапаротомию. Во время операции на участке тонкой кишки выше 50 см от илеоцекального угла на противобрыжечной стороне обнаружен дивертикул Меккеля размерами 3х2х2 см, инфильтрированный, кровеносные сосуды расширены, с распространением признаков воспаления к брыжейке тонкой кишки. Произведена резекция дивертикула с наложением двухрядных узловых швов, проверка на герметичность и проходимость, брюшная полость осушена. Препарат на разрезе: слизистая тёмно-красного цвета, отечна, с эрозиями и поверхностными язвами.

Гистологическое исследование: язвенный дивертикулит Меккеля.

Послеоперационный период протекал без осложнений, швы сняты на 7-8 дни. Анализ кала без патологических изменений. Больной выписан на 8 сутки после операции в удовлетворительном состоянии. Осмотрен через один мес. после операции, жалоб не предъявляет.

Данное наблюдение подтверждает рекомендации раннего оперативного лечения (лапаротомия) при профузном рецидивном кровотечении из желудочно-кишечного тракта неясной этиологии, с подозрением на возможное кровотечение из дивертикула Меккеля.

Литература

- 1.М.Р.Рокицкий. Ошибки и опасности в хирургии детского возраста.Л.Медицина,1998г с.122-123.
- 2.Ю.Ф.Исаков, Э.А.Степанов, Т.В.Красовская. Абдоминальная хирургия у детей. М. Медицина, 1998 г. с. 166-170.

А.Х. Махмудов,
Х.М. Шеркобилов,
Х.О. Мухиддинов,
Х. Бекназаров,
Ч.Ю. Юлдашев,
Р. Элмуродов

СПОНТАННЫЙ РАЗРЫВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У БОЛЬНОГО С ПЕРФОРАЦИЕЙ СТЕНОЗИРУЮЩЕЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ

Шурчинская ЦРБ

В медицинских источниках имеются единичные сообщения о самопроизвольном разрыве стенки желудка и двенадцатиперстной кишки [1,2]. Нами в доступной литературе не найдены сообщения об одномоментном возникновении перфорации стенозирующей язвы луковицы двенадцатиперстной кишки и спонтанном разрыве его визуально неизменной стенки.

В отделении неотложной хирургии с 1995 по 2000 гг., нами прооперированы 92 больных с прободением гастродуоденальных язв, а подобная необычная ситуация наблюдалась впервые.

Приводим наше наблюдение: Больной Т, 23 лет. История болезни № 4414/443. Доставлен в отделение неотложной хирургии 28.09.2000 г. через 10 ч после начала заболевания. Больной жалуется на резкие боли в животе, постепенно усиливающие интенсивности, тошноту, многократные позывы к рвоте, беспокойство и слабость.

Из анамнеза: считает себя больным язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с 1996 г. неоднократно лечился амбулаторно. Последний раз 27.09.2000г. после приема большого количества кукурузы в варенном виде появились боли в эпигастральной области которые постепенно усилились. 28.09.2000 г в 4 часа ночи внезапно почувствовал сильную кинжальную боль ослабевающую в коленно-брюшном положении.

При поступлении состояние больного тяжелое. В сознании. Черты лица заострены, покрыт холодным потом, кожа бледной окраски.

В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, тахикардия. Пульс 108 ударов в 1 минуту, А/Д 100/70 мм.рт.ст. Язык суховат. Живот вздут, напряжен и болезненность по всему отделу.

Положительные симптомы Спигарского, Щеткина-Блюмберга, Дезмановского. Перистальтика не прослушивается.

Анализ крови: $Hb - 110 \text{ г/л}$; эр. $4,3.10 / \text{л}$; л. $7.10 / \text{л}$; СОЭ - 8 мм / час . Моча в пределах нормы. Биохимические анализы: билирубин - $17,10 \text{ ммоль/л}$; - $0,26 \text{ ммоль/л}$; мочевины - $9,6$ и остаточный азот - $6,47 \text{ ммоль/л}$.

На УЗИ от 28.09.2000 г выявлены признаки гепатохолецистита. На обзорной рентгенографии брюшной полости от 28.09.2000 г свободный газ под куполом диафрагмы не выявлен.

Из назогастрального зонда выделилось более 2 литров жидкого желудочного отделяемого темнова-

того цвета. Больной под общим наркозом взят на операцию с диагнозом: Прободная язва луковицы двенадцатиперстной кишки. Перитонит. 28.09.2000 г произведена лапаротомия, в брюшной полости выявлено большое количество экссудата и механически недостаточно раздробленные кукурузные зерна. При ревизии желудок увеличен в объеме и переполнен жидкостью и комками кукурузных зерен. Комки полностью обтурировали тело и пилорический канал желудка. На передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки имеется перфоративная язва суживающая привратник. Диаметр прободного отверстия $0,4 \times 0,4 \text{ см}$ продольный разрыв вдоль верхне-горизонтальной части дуоденума размерами $3 \times 0,6 \text{ см}$, края которого пролабируют. Желудочное содержимое аспирировано через назогастральный зонд, пищевые комки, обтурирующие просвет желудочного канала удалены, дефект ушит узловым двухрядным швом. Двенадцатиперстная кишка мобилизована по Кохеру, края перфоративной язвы иссечены и произведена дуоденопластика двухрядными узловыми викриловыми и капроновыми швами. Физическая герметичность швов контролировали путем введения через назогастральный зонд комбинированный пенный аэрозоль «Гипозоль-АН», предложенным автором. Брюшная полость осушена. Дренажная трубка к правой подпеченочной области и полости малого таза через контрапертуры. Послойно швы на рану. Больному проводилась интенсивная инфузионная, общеукрепляющая и антибактериальная терапия. Состояние постепенно улучшалось. Швы сняты на 7 сутки, заживление первичным натяжением. На 8 сутки больной выписан в удовлетворительном состоянии домой под амбулаторное наблюдение.

Повторно осмотрен через 2 мес, жалоб нет, эвакуаторная функция желудочно-кишечного тракта не нарушена.

Таким образом, приведенное наблюдение показывает, что прободение язвы и спонтанный самопроизвольный разрыв двенадцатиперстной кишки произошел в результате обтурации выходного отдела желудка комками кукурузных зерен, которая сопровождалась повышением внутрижелудочного давления.

Литература

1. Маврин Г.Н. Разрыв желудка у новорожденного. /Вестн. хирургии имени И.И.Грекова. 1990- № 11. - С 97.
2. Костюкович В.Н. Спонтанный разрыв двенадцатиперстной кишки при язвенной болезни. /Вестн. хирургии имени И.И.Грекова. 1990 -№ 7-С 45-46.

Х.Т.Нишанов

Э.У.Бабаев

Н.Г.Кушмурадов

СЛУЧАЙ САЛЬНИКОВОЙ ПАРАСТЕРНАЛЬНОЙ ГРЫЖИ, СИМУЛИРУЮЩЕЙ ЭХИНОКОККОВУЮ КИСТУ

Сырдарьинский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Несмотря на то, что прошло более 230 лет, когда впервые была описана парастернальная грыжа (MORGAGNI - МОРГАНЬИ, 1769) мы не нашли специальную монографию или защищенную диссертацию, посвященную данной форме грыж этой локализации.

По данным Ш.М.Мирганиева они встречаются от 2 до 6 процентов от всех видов диафрагмальных грыж. Им посвящены исследования Гамова В.С. (1953); Е.А.Брусиловского (1959); М.Д.Линденбрата (1960); Б.В.Петровского с соавт. (1966); Рабкина И.Х. ; Акпербекова (1973); Е.Ф.Фирсова с соавт.(1979); Ш.М.Мирганиева (1969,1993) и другие.

Однако как справедливо подчёркивает Ш.М.Мирганиев «грыжи этой локализации с разнообразными вариантами и сложными их сочетаниями представлены весьма поверхностно или не описаны.» В нашем примере парастернальная грыжа сочетается с острым калькулёзным холециститом, частичной непроходимостью толстого кишечника.

Больная Х., 69 лет, поступила в отделение экстренной хирургии с диагнозом : острый калькулёзный холецистит. Жалуется на боли в правом подреберье, тошноту, рвоту, запор, слабость. Считает себя больной в течении двух-трёх месяцев. В анамнезе у больной травмы не было.

Общее состояние больной средней тяжести. Артериальное давление 140/90 мм.рт.ст. В лёгких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены. Язык влажный. Живот не вздут, болезненный в правом подреберье. Газы отходят плохо. Мочиспускание свободное.

При обследовании: Общий анализ крови: Нв - 103 ед; Эритроциты - 3.400000; ЦП - 0,9; Лейкоциты - 6200; ПЯ - 2; СЯ - 56; Л - 36; М - 4; СОЭ - 7 мм/ч.

Биохимия - крови: Билирубин - 19; прямая - 0; непрямая - 19; мочевины - 5,4; сахар - 4,62 м/моль.

В моче изменений нет.

Фиброгастроскопия : желчный гастрорефлюкс.

УЗИ : выявлены множественные конкременты в желчном пузыре с явлениями острого холецистита. Печень и селезёнка без изменений.

При рентгеноскопическом и рентгенографическом исследовании органов грудной и брюшной полости: справа на фоне сосудистого рисунка в среднем и нижнем легочных полях выявляются гомогенная , интенсивная тень округлой формы с четкими, ровными контурами размером 8,0 X 7,5 см., сливающаяся со средостением. (Рис. 1)

В правом боковом положении - данное патологическое образование отграничивается средней и нижней долями. Правый купол диафрагмы значительно приподнят. При рентгеноскопии органов брюшной полости отмечается аэроколия ободочной кишки, на этом фоне выявляется интерпозиция печеночного угла ободочной кишки между печенью и правым куполом диафрагмы. (Рис. 2)

С подозрением на правостороннюю диафрагмальную грыжу рекомендовано рентгенологическое контрастное исследование кишечника.



Рисунок 1: Рентгенограмма органов грудной клетки с права: Крупная тень округлой формы в средних и нижних полях

Пищевод свободно проходит. Желудок в форме рога, газовый пузырь недеформирован. Желудок обычных размеров и положения, контуры его ровные, ниши нигде не видно. Перистальтика ускоренная, сегментирующая, складки слизистой оболочки извилисты, отечны, но деструкции складок нет. Привратник хорошо проходит, эвакуация не нарушена. Луковица двенадцатиперстной кишки не деформирована, смещаемость свободная.

Через 24 часа рентгеноскопия кишечника: контрастная масса заполнила отделы кишечника, гаустрация выраженная, эвакуация замедлена. Выявляется интерпозиция печеночного угла ободочной кишки между печенью и правым куполом диафрагмы - положительный синдром Хилаидити (CHILADITI).

Дополнительное рентгенологическое исследование не проведено.

С клинико-рентгенологическим диагнозом: острый калькулёзный холецистит; эхинококковая киста правого легкого произведена экстренная операция , где установлен диагноз: Правосторонняя сальниковая парастернальная грыжа; острый калькулёзный холецистит , частичная непроходимость ободочной кишки.

Во время экстренной операции устранена грыжа; резецирован участок большого сальника, также осуществлена холецистэктомия , с дренированием под-

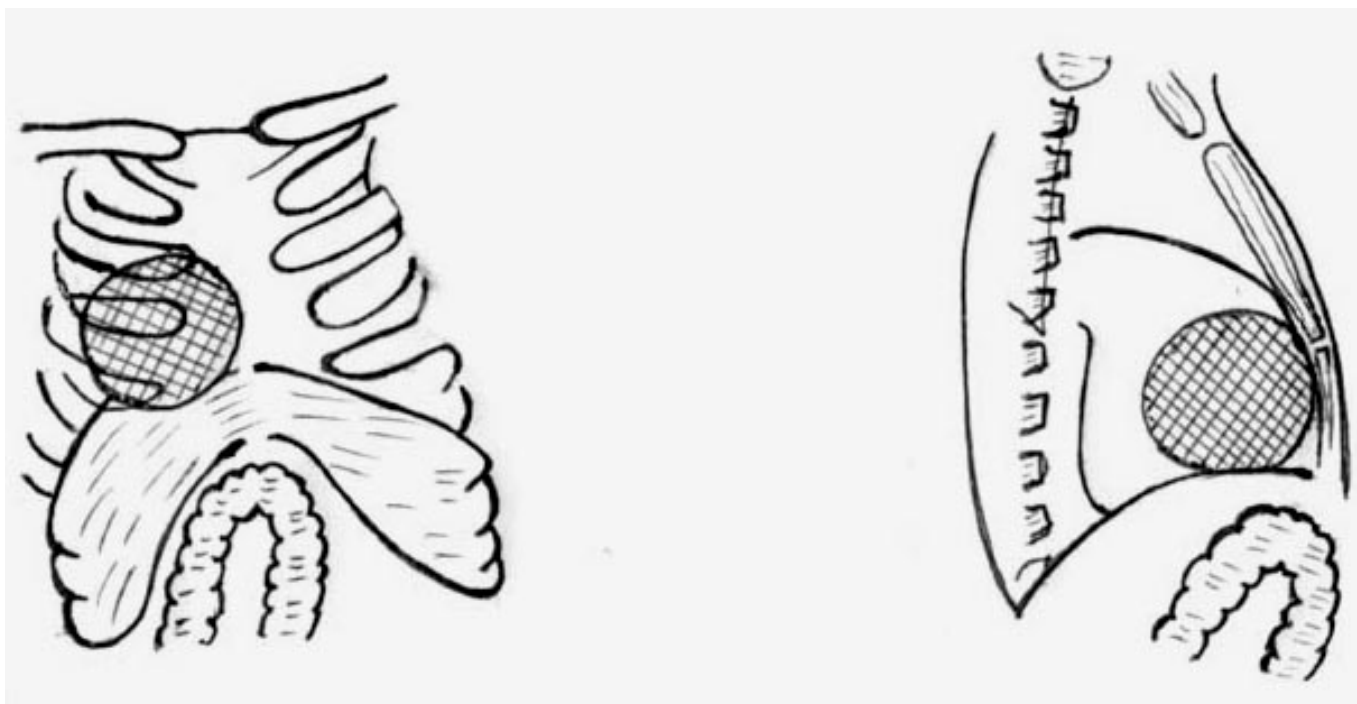


Рис 2: Схематическое изображение :

а. В передней проекции с правой стороны крупная тень округлой формы . Интерпозиция ободочной кишки между печенью и правым куполом диафрагмы . - синдром CHILADITI (ХИЛАИДАТИ)

б. В боковой проекции крупная тень округлой формы области сегментов средней доли и седьмой , восьмой сегментов нижней доли.

печёночной области.

Послеоперационный период протекал гладко. На седьмой день после операции больная в удовлетворительном состоянии выписана.

Данное наблюдение представляет интерес потому, что редкая форма грыжи данной локализации сочетается с несколькими заболеваниями. На нашем примере - с острым калькулёзным холециститом и частичной непроходимостью толстой ободочной кишки.

Литература

1.Исаков Ю.Ф. , Степанов Э.А. , Опухоли и кисты грудной

полости у детей, Москва: Медицина, 1975 - 311 с.

2.Мирганиев Ш.М. , Клиническая рентгенодиагностика диафрагмальных грыж . - Ташкент : Медицина , 1993 - 112 с.

3.Михайлов А.Н. , Рентгенодиагностика основных болезней ободочной и прямой кишок , - Минск: Беларусь, 1983 - 112 с.

4.Тагер И.Л., Липко А.А. , Клинико - рентгенологическая диагностика грыж пищеводного отверстия диафрагмы, - Ташкент : Медицина, 1965 - 224 с.

5.Фирсов Е.Ф., Безрядина Э.М. , Заксенберг А.З., Одинцова Е.А., - К рентгенодиагностике редких видов нетравматических грыж у взрослых. - Вестник рентгенологии и радиологии ., 1979, № 1 , с. 29-33.

Ш.А. Таджибаев,
Б.Ж. Рахманов.

СЛУЧАЙ ДОБАВОЧНОГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ.

Андижанский Государственный медицинский институт

Дополнительный желчный проток представляет реальную опасность для возникновения желчеистечения в послеоперационном периоде как при “открытой”, так и лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ). По данным морфологических исследований частота встречаемости добавочного желчного протока может достигать 30-50%, однако в клинической практике данная аномалия выявляется значительно реже, от 0,2 до 16% [2, 3, 4]. Ситуация осложняется еще и тем, что данная аномалия трудно диагностируется во время операции и тем более не всегда определяется на этапе дооперационного обследования [2].

Проблема дополнительного желчного протока особенно актуальна в эндоскопической хирургии на этапе освоения техники ЛХЭ. По данным литературы [1, 2], технические аспекты выполнения ЛХЭ остаются дискутабельными в случаях возникновения атипичных ситуаций, когда анатомические особенности или аномалии развития в области оперативного вмешательства вынуждают хирурга перейти на “открытый” метод. Нет определенного единого мнения и в отношении лечебной тактики: при открытом способе холецистэктомии, когда ложе желчного пузыря прошивается, пересеченный добавочный желчный проток сдавливается лигатурой и желчеистечения не возникает; при лапароскопической холецистэктомии электрокоагуляция ложа желчного пузыря, при наличии добавочного желчного протока, не всегда обеспечивает надежный билиостаз.

Приводим пример: больная М. 39 лет, и/б № 18946/830, поступила в Центр лапароскопической хирургии клиник АндГосМИ с диагнозом — хронический калькулезный холецистит. После соответствующей подготовки, в плановом порядке 10.08.00. произведена лапароскопическая холецистэктомия. На операции: при выделении желчного пузыря из ложа, на уровне средней трети его тела пересечен трубчатый тяж, который не удалось идентифицировать. После завершения выделения желчного пузыря, обнаружить данную структуру не удалось, поэтому клипирование не было произведено. Ложе желчного пузыря тщательно коагулировано на протяжении. Операция завершена дренированием подпеченочного пространства. Через сутки после операции по дренажу начала выделяться желчь в объеме до 60 мл, отмечались перитонеальные симптомы. С подозрением на несостоятельность культи пузырного протока больная оперирована открытым доступом. На операции обнаружено скопление небольшого количества желчи в подпеченочном простран-

стве и в правом боковом канале брюшной полости. Несостоятельность клипированной культи пузырного протока не обнаружена. Ложе желчного пузыря выстлано фибриновыми наложениями, в её средней трети, по центру отмечалось желчеистечение в небольшом количестве, вследствие чего ложе желчного пузыря прошито на протяжении. Операция завершена тампонадой и дренированием подпеченочного пространства. Тяжелое послеоперационное течение. Имело место нагноение послеоперационной раны, по дренажу отмечалось желчеистечение. Суточный дебит желчи достигал в среднем 100 мл. В послеоперационном периоде произведена фистулография с компьютерной поддержкой. При этом обнаружено заполнение контрастом желчного дерева сегментарного характера, не имеющего сообщения с общим желчным деревом. Вывод: дополнительный желчный проток.

Через 6 месяцев больная повторно госпитализирована по поводу желчного свища. После соответствующей подготовки выполнена реконструктивная операция (проф. Нишанов Ф.Н.): фистулодуоденостомия на каркасном дренаже с назобилиарным дренированием. Послеоперационный период без особенностей, осмотрена через 1 месяцев после операции, состояние удовлетворительное.

Данный случай наглядно показывает, необходимость полной дифференциации выявленных на различных этапах операции атипичных трубчатых структур. Учитывая, что дополнительный желчный проток имеет различные варианты соотношения с основными желчевыводящими путями, данный факт необходимо обязательно учитывать при лапароскопической холецистэктомии. Риск увеличения операционных и послеоперационных осложнений диктует необходимость индивидуального подхода в каждом конкретном случае.

Литература

- 1.Иванова Т.В., Оноприев А.В., Оразалиев Б.Х., Муцуров Х.Н., Болдижар А.А. Неудачи, ошибки и осложнения лапароскопической холецистэктомии// Хирургия. -1995. -№5. -С. 20-22.
- 2.Кригер А.Г., Ржебаев К.Э., Воскресенский П.К. с соавт. Опасности, ошибки, осложнения при лапароскопических операциях на желчных путях// Анналы хирургической гепатологии// -2000. —Т. 5, № 1. —С. 90-97.
- 3.Millat B., Deleuze A., de Saxce et al. Routine intraoperative cholangiography is feasible and efficient during laparoscopic cholecystectomy// Hepatogastroenterology. —1997. V. 44, № 13. — P. 22-27.
- 4.Taniguchi Y., Ido K., Kimura K. et al. Introduction of a “safety zone” for the safety laparoscopic cholecystectomy// Am. J. Gastroenterol. —1993. —№. 88. —P. 1258-1261.

М.М.Хайдаров,
Р.С.Тиллабаев,
А.М.Меҳманов,
Н.Усаров,
Х.Хасанов

СЛУЧАЙ ПРОНИКАЮЩЕГО ОГНЕСТРЕЛЬНОГО РАНЕНИЯ ОРГАНОВ ЖИВОТА С НЕОБЫЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ “ВХОДНЫХ ВОРОТ”

Андижанский Государственный медицинский институт

Высокая кинетическая энергия, воздействующая на организм человека при огнестрельном ранении обуславливает нередко необычную локализацию повреждений. Об этом свидетельствует в частности и приведенный ниже случай из практики.

Больной Ю., 29 лет /№ 21989/1490/, поступил в клинику в экстренном порядке 8. 11. 97г. в 10 ч. 40 мин с диагнозом: “Огнестрельное ранение левой ягодичной области”. Из анамнеза выяснилось, что ранение получено им за 40 мин. до поступления, из за неосторожного обращения с охотничьим ружьем. Выстрел произошел на близком расстоянии.

При объективном обследовании, в области левой ягодичицы на границе наружного и внутреннего квадрантов по верхней её поверхности имеется кровоточащая рана с неровными краями диаметром до 3.0 см.

Больной госпитализирован. При дальнейшем обследовании установлено, что у пострадавшего имеются боли в нижней половине живота, умеренная тахикардия — до 98 ударов в минуту. А/Д — 130/70 мм.рт.ст. При пальпации живота отмечалось небольшое вздутие, защитное напряжение мышц нижнего отдела передней брюшной стенки, разлитая болезненность и наличие симптомов раздражения брюшины по всему животу. Учитывая локализацию раневых ворот произведена катетеризация мочевого пузыря. При этом в моче имелась большая примесь крови. В этой связи решено произвести контрастную цистографию: установлено поступление контраста в свободную брюшную полость. С диагнозом: “Огнестрельное ранение левой ягодичицы с повреждением мочевого пузыря, мочевого перитонит” больной взят на операционный стол. Нижне - срединная лапаротомия /Хайдаров М.М./ проводилась под эндотрахеальным обезболиванием. При ревизии установлено, что в области шейки мочевого пузыря имеется рана длиной до 6,0 см, стенки мочевого пузыря вокруг раны имбибированы кровью. В связи с расположением раны мочевого пузыря по задней его стенке, имели место механические трудности при её ушивании. Рана ушита 2 х рядными узловыми швами, с установлением катетера Фоллея.

При дальнейшей ревизии органов брюшной полости установлено наличие шести проникающих ранений подвздошной кишки размером 0.2х0.3 см, расположенных на участке длиной до 10 см. Несмотря на наличие множественных ранений кишечника на коротком участке, решено было воздержаться от резекции кишечника. Это было обусловлено сохранением жизнеспособности кишки, небольшими ранами стенки кишки и отсутствием гнойного перитонита. В просвете кишки пальпировались металлические частицы заряда. Раны ушиты узловыми швами. Далее обнаружено непроникающее ранение абдоминального отдела прямой кишки, стенка кишки на участке 6х3 см лишена серозно-мышечного слоя. Целостность слизистой после контрольной интубации кишки полихлорвиниловой трубкой оказалась сохраненной. Слева от прямой кишки выявлен дефект тазовой клетчатки диаметром до 7 см. При ревизии установлено, что дефект тазовой брюшины и клетчатки сообщается с входными воротами огнестрельного ранения через большое седалищное отверстие. В полости малого таза имеется множество металлических частиц /дробь/ и два картонных пыжа.

Рана тазовой брюшины ушита узловыми швами. Брюшная полость освобождена от инородных предметов, промыта и осушена. Паравезикальная клетчатка на значительном протяжении имбибирована кровью, вследствие чего к этому участку подведена дренажная трубка. Дальнейшая ревизия повреждений не выявила и брюшная полость ушита послойно наглухо с оставлением дополнительных дренажей, в малом тазу. В дальнейшем произведена первичная хирургическая обработка огнестрельной раны ягодичной области и через раневой канал дренирована параректальная клетчатка.

В послеоперационном периоде с целью профилактики гнойно-воспалительных осложнений проводилась лимфатическая антибактериальная терапия клафораном, через параректальную клетчатку.

Все раны зажили первичным натяжением, признаков несостоятельности швов не отмечено. Больной в удовлетворительном состоянии выписан домой.

*Г.А.Хакимов,
Ш.Ш.Арипов,
О.К.Мухамедаминов,
А.Х.Насырова*

**УСПЕШНАЯ РЕОПЕРАЦИЯ ПРИ НЕТИПИЧНОМ
ОСЛОЖНЕННОМ ТЕЧЕНИИ ПСЕВДООПУХОЛИ ПРАВЫХ
ПРИДАТКОВ МАТКИ**

Ташкентский городской онкологический диспансер

Воспалительная “псевдоопухоль”, исходящая из придатков матки с образованием абсцесса в полости малого таза, встречается в 14% случаев среди гинекологических заболеваний.

В настоящее время диагностика сальпингоофари́та и tuboовариальных образований воспалительного генеза, то есть “псевдоопухоль” особых трудностей не представляет из-за достаточно высокой разрешающей возможности используемой диагностической аппаратуры.

Однако, в случаях, когда tuboовариальные образования воспалительного генеза “псевдоопухоль” с осложненным течением, т.е. с образованием абсцесса малого таза с распространением гнойного процесса в забрюшинную клетчатку, не только представляют определенные трудности в плане диагностики на дооперационном этапе и в интраоперационном периоде.

Приводим случай из практики:

Больная Т., 1968 г/р, и/б №1980/289 находилась на стационарном лечении во II х/о ТашГОД с 07.06.2000г. по 20.06.2000г. Жалобы при поступлении: на периодические боли в животе, постоянные тупые боли в правой поясничной области, резкое похудание / за 2 мес. на 15 кг/, резкую общую слабость, отсутствие аппетита.

Из анамнеза: лечилась консервативно в гинекологическом отделении род. дома №7, затем в мае месяце в гинекологическом отделении род. дома №10. Состояние не улучшалось, после чего там же в июне месяце произведена операция - диагностическая лапаротомия во время которой определена якобы неоперабельная опухоль брюшной полости / по выписке/, сделана биопсия. Гистоанализ - фибросаркома. Микропрепарат пересмотрен в условиях ГОД - фибромиксома.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Язык сухой. В средних и нижних отделах живота (больше справа) пальпируется огромное плотное образование, болезненное в правом подреберье. Печень +1,5 см из под края реберной дуги. Периферические л/узлы не увеличены. По средней линии живота от лона до пупка имеется послеоперацион-

ный рубец 10 см.

Обследована: В крови: Нь 92г/л, Эр. 3,4 млн, Ц.п. 0,8, Л. 16,1 тыс., СОЭ 55мм/час. В моче : белок 0,066, Л. 12-15/1, дрожжевые грибки 2-3/1. УЗИ- Аднекс-тumor справа? Ирригография - Tumor брюшной полости, умеренно сдавливающий сигму. Частичная толстокишечная непроходимость. Обзорная рентгено-скопия грудной клетки - легкие, аорта, сердце в норме. КТ брюшной полости и малого таза:- признаки межпетлевого перитонита, tuboовариального абсцесса справа, кистомы правого яичника. Осмотрена гинекологом, терапевтом.

15.06.2000г. произведена операция - лапаротомия, ревизия. Удаление правых придатков матки вместе с опухолью. При ревизии во время операции: выраженный грубый спаечный процесс между петлями тонкой кишки, большим сальником и передней брюшной стенкой, ревизия органов малого таза не представляется возможной из-за опухолевого конгломерата, который проксимальным полюсом распространяется до подпеченочного пространства. Спайки рассечены острым путем, при этом выделилось около 1,5 литра густого гноя со зловонным запахом. Произведена аспирация гноя, санация брюшной полости. Капсула опухоли вместе с правым придатком удалена. Матка в норме. Патологии со стороны других органов брюшной полости не выявлено. Гистоанализ №7714/00 - Крупное кистозное образование с пристеночным нагноением и некрозом.

Течение п/о периода без осложнений. Заживление п/о раны первичное. Больная выписана домой в удовлетворительном состоянии.

Диагноз: Воспалившаяся псевдоопухоль правых придатков матки. Состояние после операции. ОСЛ: абсцесс забрюшинного пространства справа. СОП: анемия смешанной этиологии III степени.

Наш опыт показывает, что правильная тотальная ревизия органов брюшной полости во время лапаротомии позволяет не допускать подобных грубых диагностических и тактических ошибок в повседневной нелегкой работе хирургов и оперирующих гинекологов.

Содержание

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Агзамходжаев Т.С., Нурмухамедов Х.К.
ПРИЧИНЫ ГИПОКСИИ И МЕТОДЫ ЕЕ КОРРЕКЦИИ ПРИ ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКОМ ШОКЕ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА 3

Х.А. Акилов, А.В. Девятов, Б.С. Рахимов, А.А. Мансуров
ПРИНЦИПЫ ФОРМИРОВАНИЯ БАЗЫ ДАННЫХ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ДЛЯ СОСТАВЛЕНИЯ ПРОГНОЗА ИСХОДА ПОРТОСИСТЕМНОГО ШУНТИРОВАНИЯ. 7

Б.Р.Бабаджанов., Б.Н.Курязов., О.Б. Таджикибоев
ПУТИ СНИЖЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ. 11

Л.Г.Баженов, Ю.И.Калиш, Г.В.Хан, Е.В. Артемова
ВЛИЯНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ НА ПЕРСИСТЕНЦИЮ *HELICOBACTER PYLORI* 13

Д.С.Гулямов, А.А.Аманов, Ф.Ф.Тураев, О.Н.Макаренко.
БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ МИТРАЛЬНО-АОРТАЛЬНЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА. 15

М.И. Давыдов, М.Д.Тер-Ованесов, И.С. Стилиди, А.Н. Абдихакимов
РАСШИРЕННАЯ ЛИМФОДИССЕКЦИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПИЩЕВОДА 17

Т.М. Кариев, Э.В. Саматов
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ, ОСЛОЖНЕННОГО ЭМПИЕМОЙ ПЛЕВРЫ 22

Ш.И.Каримов, Б.Д.Бабаджанов, М.С.Исламов, Б.Б.Жа-
набаев, А.Р.Бабабеков.
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ДЛИТЕЛЬНОЙ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЙ КАТЕТЕРНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ГАНГРЕНЫ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ. 24

Н.М.Курбанов, А.А.Дехконов, О.К.Абдухаликов
ОРТОПЕДО-ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОЛИСЕГМЕНТАРНОГО ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА 27

К.Ж. Миразизов, А.Х.Хуснутдинов, А.Ч. Хушбоков
СУРУНКАЛИ ЙИРИНГЛИ УРТА ОТИТЛИ БЕ-
МОРЛАРНИ ДАВОЛАШДА КУЛЛАНИЛГАН ТАХСИС-
НИ ТУРИ ВА УСУЛЛАРИДАН СУНГИ НАТИЖАЛА-
РИНИ ТАХЛИЛИ. 29

Б.Н. Мясник, А.Т. Эрметов
ДИНАМИЧЕСКАЯ ЭЗОФАГОСЦИНТИГРАФИЯ В ОЦЕНКЕ ФУНКЦИИ ПИЩЕВОДНОГО ТРАНС-
ПЛАНТАТА 31

Ф.Г. Назыров, Х.А. Акилов, М.Х. Ваккасов
КИСТЫ И КИСТОЗНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ПОД-
ЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. 33

Ф.Г.Назыров, Х.А.Акилов, М.Х.Ваккасов
ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ
ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА: ДИАГНОСТИКА И ХИ-
РУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ. 36

Ф.Н. Нишанов, Ш.А. Таджикибаев, М.А. Ахадов, Т.А. Абду-
каримов, Б.Р. Исхаков, Б.Ж. Рахманов.
К ВОПРОСУ О РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЖЕЛ-
ЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИ-
НЕ И ЕЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ. 40

Р.Э. Ниязметов, Д.Ф. Каримова, Н.Х. Муминова
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ГЕПАТОЗА
И ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В У БЕРЕМЕННЫХ 43

Ю.Г. Расуль-Заде, В.Т. Борников, Б.Х. Магзумов, У.З.
Муратова
СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ АНТИОКСИДАНТНОЙ
ПРОТЕКЦИИ КЛЕТОК КРОВИ У БЕРЕМЕННЫХ С
ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ 45

Т.С.Саламов.
ПУТИ СНИЖЕНИЯ ЛЕТАЛЬНОСТИ В ХИРУРГИИ
ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ. 47

С.С.Тиллахужаев
БУЙРАК УСТИ БЕЗИ ГИПЕРТЕНЗИЯСИ БИЛАН
ХАСТАЛАНГАН БЕМОРАРНИ РЕНТГЕНЭНДОВАС-
КУЛЯР ЖАРРОХЛИК УСУЛИДА ДАВОЛАНГАНДА
БУЛЬБАР КОНЪЮКТИВА УЗГАРИШЛАРИНИНГ
ДИНАМИКАСИ 49

Г.Н. Трофимова, Р.Х.Рахимов, Л.Е.Кейнова, У.В.Турба-
нова, Н.Н.Тихонова
ПРИМЕНЕНИЕ ДАЛЬНОГО
УЗКОСПЕКТРАЛЬНОГО ИНФРАКРАСНОГО ИЗЛУ-
ЧЕНИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ. 51

Т.Э.Тўлаганов. Р.Қ.Жалолов.
ТУҒРУҚ БИОМЕХАНИЗМИДА ҲОМИЛАНИНГ
ОЛДИН КЕЛГАН ҚИСМИНИНГ ИЧКИ БУРИЛИШИ
ҚОНУНИЯТИНИНГ ЯНГИ ТАРКИБИ. 59

А.М.Хаджибаев., А.Мехманов
НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ
НЕПРЕРЫВНОСТИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО
ТРАКТА ПРИ ПОВТОРНЫХ И РЕКОНСТРУКТИВ-
НЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА ЖЕЛУДКЕ ПО ПОВОДУ РЕ-
ЦИДИВНЫХ И ПЕПТИЧЕСКИХ ЯЗВ АНАСТОМОЗА
ПОСЛЕ ВАГОТОМИИ 55

Р.А.Хорошаева, Н.У.Шарапов
ОСОБЕННОСТИ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ КОРОНАР-
НОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ХИРУРГИЧЕСКИХ
БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ АТЕРОСКЛЕРОТИ-
ЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ 58

Худайбергенов Ш.А., Баженов Л.Г., Салахидинов С.З.
ЗНАЧЕНИЕ *HELICOBACTER PYLORI* ПРИ ДЕМ-
ПИНГ-СИНДРОМЕ 60

Б.В. Шабалкин, Ю.В.Белов, И.В. Жбанов, Т.С. Арзику-
лов, Н.А. Трекова, А.Г. Яворовский, Г.В. Бабалян
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ
БОЛЕЗНИ СЕРДЦА БЕЗ ИСКУССТВЕННОГО КРОВО-
ОБРАЩЕНИЯ 62

Р.Ш.Юлдашев., Ю.И.Калиш., К.Х.Хатамов., Г.Б.Ораза-
лиев. НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ КРОВОТОЧА-
ЩИХ ЯЗВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У
ЖЕНЩИН. 67

А.Р. Яриев, А.В. Трынкин
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ПОД-
КЛЮЧИЧНО-ПОЗВОНОЧНОГО ОБКРАДЫВАНИЯ 70

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Ю.И.Калиш, Г.В.Хан
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ,
АССОЦИИРОВАННОЙ С *HELICOBACTER PYLORI* 73

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

И.В.Косникова, И.В.Овчинников, А.Р. Гутникова

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ СОРБЦИОН-
НЫХ СВОЙСТВ НОВОГО ГЕМОСОРБЕНТА «АУ-Л». 76

К.О.Махмудов, Б.А.Саидханов, Л.Г.Баженов,
А.Р. Гутникова, А.Х.Касымов
НЕЙТРАЛЬНЫЙ АНОЛИТ И БАКСТИМС В ЛЕЧЕ-
НИИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ГНОЙНОГО ПЕРИ-
ТОНИТА 78

К.З. Салахитдинов, Э.С. Джумабаев, И.Р. Файзиев
НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ВОЗДЕЙСТВИЮ НА РЕГИ-
ОНАЛЬНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ ОПЕРИ-
РОВАННОЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ В ЭКСПЕРИМЕН-
ТЕ. 80

ОБМЕН ОПЫТОМ

Б.Р.Бабаджанов, Б.Н.Курьязов, О.Б.Таджибаев ДИ-
АГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РАННЕЙ ОСТРОЙ СПА-
ЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ 82

Зайниддин Норман ўғли, Зафар Синдор ўғли
СУЯК-ТОМИРЛАР ШИКАСТЛАНИШИНИНГ
ЖАРРОҲЛИК ЙЎЛИ БИЛАН ДАВОЛАШ НАТИЖА-
ЛАРИ 83

Ю.А. Ибрагимова, Д.Ф. Каримова, А.С. Ходжаева
ЭНДОСКОПИЯ В КЛИНИКЕ МИОМЫ МАТКИ 85

А.Х.Махмудов, Р.Эльмуратов, Х.Н.Бекназаров,
Х.М.Шеркабилов, М.Сапаров, Ч. Юлдашев, Ч. Холиеров
ФЛЕГМОНА ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ, ОСЛОЖНЕН-
НАЯ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ И ИЛЕО-
ЦЕКАЛЬНОЙ ИНВАГИНАЦИЕЙ 87

А.Д. Расулов, А.А.Акзамов
ОРГАНИЗАЦИЯ ЭВАКУАЦИИ АВИАТРАНСПОР-
ТОМ ПОСТРАДАВШИХ ПРИ МИННО-ВЗРЫВНЫХ
ПОРАЖЕНИЯХ. 88

Т.И.Искандаров, А.Н.Маматходжаев, Р.П.Тян,
Т.М.Файзуллаев.

ОРГАНИЗАЦИЯ ТРАВМАТОЛОГО-ОРТОПЕДИ-
ЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СПОРТСМЕНАМ В УЗБЕКИСТА-
НЕ. 90

М.М. Мадазимов
УСТРАНЕНИЕ РУБЦОВЫХ АЛОПЕЦИЙ (ОБЛЫСЕ-
НИЙ) МЕТОДОМ БАЛЛОННОГО РАСТЯЖЕНИЯ 91

Р.К.Рахманов, Ж.А. Нарчаев, Х.К. Абдурахманов, М.М.
Сагатов

ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЕ ВВЕДЕНИЕ ЛЕКАРСТВ
В ЛЕЧЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ. 93

Уринов А.Я., Каримов Ш.Н., Карабаев С.А., Мусахай-
хов Х.Т., Мамадиев Х.М.

ТАКТИКА ХИРУРГА ПРИ СПОНТАННОМ
ПНЕВМОТОРАКСЕ. 95

А.К.Шодмонов, У.М.Рустамов.
НОВЫЙ ПОДХОД К РЕКОНСТРУКТИВНЫМ
ОПЕРАЦИЯМ НА МОЧЕТОЧНИКЕ. 97

Эгамов Ю.С.
ПРОФИЛАКТИКА ДИНАМИЧЕСКОЙ КИШЕЧ-
НОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ПРИ ОСТРОМ РАЗЛИ-
ТОМ ПЕРИТОНИТЕ 98

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

М.Х.Ваккасов, Б.Р.Исхаков, Т.С.Мамадумаров
ТРАВМАТИЧЕСКИЙ РАЗРЫВ ПЕЧЕНИ У БОЛЬ-
НОГО С ГЕМОФИЛИЕЙ «А». 101

Э.С.Джумабаев, Г.М.Тешабаев, Д.Г. Саидходжа-
ева
СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ ЛИМФОПЕРИТОНЕУМА 102

Б.Р.Исхаков, У.А. Ходжиматов
ПРОРЫВ ЭХИНОКОККОВОЙ КИСТЫ СЕЛЕЗЕН-
КИ В ЖЕЛУДОК. 103

Я.Н.Ишанходжаев, Х.Б.Ходжаев
СЛУЧАЙ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ПРОФУЗНОГО
КИШЕЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ У РЕБЁНКА, ОБУС-
ЛОВЛЕННОГО ЯЗВЕННЫМ ДИВЕРТИКУЛИТОМ
МЕККЕЛЯ. 104

А.Х. Махмудов, Х.М. Шеркобилов, Х.О. Мухиддинов, Х.
Бекназаров, Ч.Ю. Юлдашев, Р. Элмуродов
СПОНТАННЫЙ РАЗРЫВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТ-
НОЙ КИШКИ У БОЛЬНОГО С ПЕРФОРАЦИЕЙ СТЕ-
НОЗИРУЮЩЕЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ 105

Х.Т.Нишанов, Э.У.Бабаев, Н.Г.Кушмурадов
СЛУЧАЙ САЛЬНИКОВОЙ ПАРАСТЕРНАЛЬНОЙ
ГРЫЖИ, СИМУЛИРУЮЩЕЙ ЭХИНОКОККОВУЮ
КИСТУ 106

Ш.А. Таджибаев, Б.Ж. Рахманов.
СЛУЧАЙ ДОБАВОЧНОГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА
ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТО-
МИИ. 108

М.М.Хайдаров, Р.С.Тиллабаев, А.М. Мехманов,
Н.Усаров, Х.Хасанов

СЛУЧАЙ ПРОНИКАЮЩЕГО ОГНЕСТРЕЛЬНОГО
РАНЕНИЯ ОРГАНОВ ЖИВОТА С НЕОБЫЧНОЙ ЛО-
КАЛИЗАЦИЙ “ВХОДНЫХ ВОРОТ” 109

Г.А.Хакимов, Ш.Ш.Арипов, О.К.Мухамедаминов, А.Х-
.Насырова

УСПЕШНАЯ РЕОПЕРАЦИЯ ПРИ НЕТИПИЧНОМ
ОСЛОЖНЕННОМ ТЕЧЕНИИ ПСЕВДООПУХОЛИ
ПРАВЫХ ПРИДАТКОВ МАТКИ 110