

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги
Министерство здравоохранения Республики Узбекистан

Ўзбекистон хирургияси

Илмий — амалий журнал

1999 йилда ташкил этилган

Хирургия Узбекистана

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. Девятков (ответ.секретарь), Ю.И. Калиш (зам.главн.редактора), М.Х. Кариев, Ш.И. Каримов, М.М. Махмудов (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

2000, №3

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

М.М.Алиев,
А.С.Исамухамедов,
Б.П.Ташходжаев,
Б.А.Султанов.

АТИПИЧНЫЕ ПОРТО-КАВАЛЬНЫЕ СОСУДИСТЫЕ АНАСТОМОЗЫ У ДЕТЕЙ С ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.

Первый Ташкентский Государственный медицинский институт

М.М.АЛИЕВ, А.С.ИСАМУХАМЕДОВ, Б.П.ТАШХОДЖАЕВ, Б.А.СУЛТАНОВ.

БОЛАЛАРДА ЖИГАРДАН ТАШҚАРИ ПОРТАЛ ГИПЕРТЕНЗИЯДА АТИПИК ПОРТО-КАВАЛ ҚОНТОМИР АНАСТОМОЗЛАРИ.

Жигардан ташқари портал гипертензияси билан хасталанган 3-14 ёшгача бўлган 6 та болада 7 та атипик порто-кавал қонтомир анастомозлари қўйилган: параумбилико-кавал -3, аркадо-кавал -2, пастки-мезентерико-ренал -2.

Ушбу кузатув асосида муаллифлар фикрига кўра, кўрсатилган бу операциялар танлов ўсули бўлиши мумкин, чунки портал тизимидаги веналарда яққол ангиоматоз трансформация ва флебосклерозга учраш натижасида, қўйилган типик анастомозда, операциядан кейин, тромбоз бўлиши хавфи бўлади.

M.M. Aliev, A.S. Isamuhamedov, B.P. Tashkhodjaev, B.A. Sultanov.

ATYPICAL PORTACAVAL VASCULAR ANASTOMOSES IN CHILDREN WITH EXTRA HEPATIC PORTAL HYPERTENSION.

6 children at the age of 3-14 with extra hepatic portal hypertension have been anastomosed. They have been atypical portacaval vascular anastomoses: paraumbilico-caval - 3, arcadno-renal - 2, lower-meseterico-renal - 2. The follow-up examination gives the opportunity to suggest that this method of operation should be served as a method of choice in cases with marked angiomatous transformation and phleboscclerosis of veins in portal pool and vessels which should be anastomosed and may cause post operative thrombosis.

Радикальная хирургия внепеченочной блокады портального кровообращения у детей включает практически все разновидности порто-кавального сосудистого шунтирования [1, 3, 4]. Однако, выбор вида сосудистого анастомоза у детей определяется не только топографо-анатомическим расположением сосудов портального бассейна, степенью ожидаемого порто-кавального сброса крови, но и правильным подбором вен пригодных для наложения анастомоза. Часто ангиоматозная трансформация воротной и верхней мезентериальной вен, их выраженный флебосклероз ставят хирурга в невыгодное положение и вынуждают идти на малоэффективные органоанастомозы или ограничиваться, т.н. операциями “разобщения”.

Рецидив флебэктазии и кровотечений из них по нашим данным превысил 54%. В сроки от 1 до 6 лет, после указанных паллиативных вмешательств 6 детей поступили с рецидивом геморрагии после 11 операций: 2 операции - Таннера-Баирова; 1 - Сигаура; 2 - гепатопульмонопексии; 1 - гепатоколопексии; 4 - спленэктомии. Три случая завершились летальным исходом, трое детей оперированы повторно.

Поиск вариантов порто-кавального сосудистого шунтирования, при отсутствии пригодных для этой цели сосудов мезентериального бассейна, был начат с попытки использовать естественные порто-кавальные шунты. Первая операция наложения умбилико-рентального анастомоза предложенная А.Ф.Леонтьевым (1988), завершилась неудачно. Шунт, выполненный ребенку 6 лет затромбировался, но через год после операции развилось параумбиликальное естественное шунтирование. Очевидно, тенденция к тромбозу сосудов, «подлежащих» облитерации, в процессе роста и развития ребенка остается высокой. Этому больному через 1,5 года после повторной операции было выполнено третье вмешательство - наложен параумбилико-кавальный анастомоз, который функционирует уже более 4х лет. Это наблюдение и выраженный ангиоматоз, обнаруживаемый на портограммах, послужили основанием для обязательного выполнения интраоперационной

мезентерикопортографии с целью выбора оптимального варианта шунта. Исследования показали, что наиболее частый порто-кавальный сброс (за исключением гастро-эзофагиального) у детей развивается через нижне-мезентериальный и параумбиликальный венозные сплетения. Именно эти сосуды и были использованы для атипичного шунтирования. Всего выполнено 7 атипичных порто-кавальных анастомозов у 6 детей с использованием естественных коллатералей (см.табл.)

Наблюдения показали, что параумбиликальное шунтирование (синдром Уотерхауза-Фридриксена) чаще развивается у детей младшего возраста (3-8 лет), а заброс контраста в нижнюю мезентериальную вену у более старших. Последнее, очевидно, обусловлено более эффективным дренированием геморроидального бассейна у детей старшего возраста и естественной разгрузкой блокированной воротной вены.

Снижение давления в портальной системе после параумбилико-кавального шунтирования составило 89 ± 13 мм.вод.ст., а после аркадно-кавального и нижне-мезентерико-рентального анастомозов - 124 ± 25 мм.вод.ст. О функционировании наложенного шунта судили по данным ультразвукового исследования сосудов портального бассейна и самого анастомоза, сокращению размеров селезенки, уменьшению явлений гиперспленизма, и исчезновению флебоэктазий гастро-эзофагеальной зоны. У детей, которым наложены параумбилико-кавальный, аркадно-кавальный и нижне-мезентерико-рентальный анастомозы спленомегалия и флебэктазии исчезли через 3-6 месяцев после операции. У остальных детей (2) заметное сокращение селезенки и уменьшение флебоэктазий отмечено через 8-12 месяцев. Этим больным выполнены контрольные сплено-портограммы (через 9-12 месяцев после операции), которые свидетельствовали о функционировании шунта.

Таким образом, у детей с выраженной ангиоматозной трансформацией воротной вены и флебосклерозом вен мезентериального бассейна методом выбо-

Таблица

Портокавальные анастомозы с использованием естественных коллатералей.

№	Сосудистый анастомоз	Возраст д	
		3-6	7-
1.	Умбилико-ренальный	1	
2.	Параумбилико-кавальный	1	
3.	Параумбилико-ренальный	1	
4.	Аркадно-кавальный	2	
5.	Нижне-мезентерико-ренальный		1
	ИТОГО	4	2

ра могут служить атипичные портокавальные сосудистые анастомозы с использованием параумбиликальной, ниже-мезентериальной и аркадной вен, служащих естественными коллатеральными путями декомпрессии бассейна воротной вены.

ЛИТЕРАТУРА.

1. А.Ф.Леонтьев “Внепеченочная блокада портального кровообращения у детей”. Доктор. диссертация, М. 1983г.

2. А.Ф.Леонтьев, В.М.Сенякович. “Метод создания портокавального анастомоза у больных с портальной гипертензией.” Хирургия им.Пирогова. -1988. №7. с.126-128.
3. А.Ф.Леонтьев с соавт. “Гемодинамические и функциональные изменения печени у детей с внепеченочной портальной гипертензией в зависимости от метода портокавального шунтирования” Вест.хирургии им.Грекова, 1988. -№8. —с.68-71.
4. В.М. Сенякович с соавт. “Контроль декомпрессионных портокавальных анастомозов у детей после радикального лечения портальной гипертензии.” Вест.хирургии им.Грекова, 1990.- Т.144, №1.-с.78-79.

В.Р. Амонов,
М.А. Гафур-Ахунов,
Ш.Ш. Хамраев,
У.Ф. Исламов,
Х.Г. Абдикаримов.

ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПРИ
ОСЛОЖНЕНИИ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ
КОЛЕННОГО СУСТАВА ПО ПОВОДУ ОПУХОЛИ КОСТЕЙ С
ПРИМЕНЕНИЕМ ЧРЕСКОСТНОГО КОМПРЕССИОННО-
ДИСТРАКЦИОННОГО ОСТЕОСИНТЕЗА АППАРАТОМ
ИЛИЗАРОВА

Второй Ташкентский Государственный медицинский институт, РОНЦ МЗ РУз.

В.Р. Амонов, М.А. Гафур-Ахунов, Ш.Ш. Хамраев, У.Ф. Исламов, Х.Г. Абдикаримов.
СУЯК ЎСМАСИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАНИДА ТИЗЗА БЎГИМИНИ ЭНДОПРОТЕЗЛАШДАН КЕЙИНГИ АСОРАТЛАРИНИ ОРТОПЕДИК РЕАБИЛИТАЦИЯСИДА ИЛИЗАРОВ АППАРАТИ БИЛАН КОМПРЕССИОН-ДИСТРАКЦИОН ОСТЕОСИНТЕЗ ҚИЛИШ.
Мақолада суяк ўсмаси билан касалланганида тизза бўғимини эндопротезланганидан кейинги асоратларини даволаш муаммоларининг долзарблиги кўрсатилган. Илизаров аппарати билан компрессион – дистракцион остеосинтезланган реконструктив-тиклаш жаррохлик амалиётлари қўлланилган 7 беморнинг даволаш натижалари таҳлил қилинган. Олинган анатомик ва функционал ижобий натижалар бу усулнинг афзаллигидан далолат беради.

Актуальность.

Последние два десятилетия наметились определенные тенденции к расширению показаний к сохранным операциям при лечении опухолей костей. Широкое внедрение в клиническую практику эндопротезирования дало мощный толчок развитию сохранных операций при опухолях длинных трубчатых костей [1,2,4]. Однако данные операции нередко осложняются нагноением послеоперационных ран [2,3]. Возникновению таких осложнений в немалой степени способствует большая масса инородного тела, вводимого взамен резецированной кости, конструктивные особенности некоторых эндопротезов, слабая защищенность коленного сустава мягкими тканями, а также значительные различия кинематики протезированного и естественного суставов [3,6]. Указанные осложнения, возникающие в большинстве своем в послеоперационном периоде, часто требуют удаления эндопротеза. При этом образуются значительные дефекты кости. Особенно опасны поздние

осложнения, которые сводят на нет результаты ортопедического лечения, усложняют дальнейшую реабилитацию больных и нередко приводят к необходимости ампутации [3,5,6].
Материалы и методы
Во II клинике II ТашГосМИ и отделении общей онкологии РОНЦ МЗ РУз за последние 6 лет у 27 больных произведено эндопротезирование коленного сустава. Из них у 15 (55,5%) больных наблюдались послеоперационные осложнения: нагноение ран - у 13 больных, расшатывание - у одного и перелом ножки эндопротеза - у одного больного.
От предлагаемой повторной сохранно-восстановительной операции отказались 8 больных. Из них у 6 больных произведена ампутация конечности, а у 2 -продолжена консервативная терапия. У 7 больных проведена сохранно-восстановительная операция с применением компрессионно-дистракционного остеосинтеза аппаратом Илизарова. Все больные были с дефектами дистального суставного конца бедрен-

ной кости. Давность патологии составляла от 1,5 до 7 лет. Причиной образования дефектов являлись сегментарные резекции по поводу гигантоклеточных опухолей — у четырех пациентов, остеогенной саркомы — у двух и фибросаркомы — у одного. Все пациенты ранее безуспешно оперированы от 1 до 4 раз.

При поступлении на лечение у всех больных отмечалось отсутствие опороспособности конечности, что потребовало использования различных видов вспомогательных средств опоры. У 5 больных отмечались свищи с обильным гнойным отделяемым, а в одном случае отмечались пролежни узлов эндопротеза. В одном случае был перелом ножки эндопротеза (оперирован в ВОНЦ г.Москва в 1994 году) и у одного пациента — расшатывание ножки эндопротеза. У всех пациентов имелись рубцовые изменения кожи различной формы и распространенности (от 14 до 23 см). Это отмечалось особенно часто у больных с длительно функционирующими свищами, которые в основном локализовались по передне-внутренней и передне-наружной поверхности бедра на уровне коленного сустава. Атрофия мягких тканей бедра отмечалась у 5 больных. Умеренный отек дистальных отделов голени отмечен у 4 пациентов. У одного больного выявлены признаки неврита малоберцового нерва. Контрактура голеностопного сустава с эквинусной установкой стопы в положении от 115° до 140° имела у четырех пациентов.

С учетом комплекса анатомо-функциональных компонентов патологии требовался дифференцированный подход к выбору лечебной тактики. Всем больным (7) произведены реконструктивно-восстановительные операции с применением чрескостного компрессионно-дистракционного остеосинтеза аппаратом Илизарова, а для замещения дефектов с формированием одного или нескольких дистракционных регенератов с образованием межсегментарного (бедренно-большеберцового) артродеза, позволяющего восстановить опороспособность конечности.

У пяти больных с дефектом дистального отдела бедра с наличием остеомиелитического процесса вдвойне осложнялся восстановительный этап лечения. Произведены радикальные секвестректомии. При этом дефект увеличивался от 3,0 до 5,5 см. После тщательной хирургической санации отделен проксимальный межберцовый синостоз. Оставлены дренажи, ушиты раны.

Второй этап операции — наложение дистракционно-компрессионного аппарата Илизарова: на бедре — 2 кольца, на голени — 3 кольца. На уровне проксимального метадиафиза проведена остеотомия с целью замещения дефекта. Дефект составил от 17,5 до 29 см. Дистракцию продолжали до стыковки с бедренной костью. В одном случае выполнено реконструктивное межсегментарное артродезирование, которое заключалось в оперативной адаптации концевых отделов костей с повышением прочности бедренно-большеберцового артродеза за счет увеличения площади контактирующих поверхностей.

У двух больных (расшатывание и перелом ножки эндопротеза) после удаления эндопротеза в ложе отмечалась выраженная картина металлоза. Все эти участки удалены.

Учитывая отсутствие гнойно-некротического процесса у этих двух больных замещение дефекта (19,5 и 22,0 см) произведено за счет удлинения обоих отломков. Для этого через бедренную кость проведены 3 пары и через кости голени 3 пары взаимоперекрещивающихся спиц. Через дистальный отдел бедра и проксимальный отдел большеберцовой кости произведена остеотомия с целью замещения дефекта.

Средние сроки дистракции с учетом ее темпа и величины дефекта при замещении удлинением одного отломка после его остеотомии составили $182,5 \pm 41,2$ дня, фиксации $248,4 \pm 33,5$ дня.

Сроки дистракции в случае, когда удлиняли оба отломка составили 119 и 138 дней, фиксации 181 и 197 дней.

Заживление ран у всех больных первичное, воспаление мягких тканей в области спиц, связанное со слабым их натяжением, отмечено у одного больного. Это проявлялось болями при пальпации, гиперемией, инфильтрацией кожных покровов вблизи выхода спиц, незначительным серозно-гнойным отделяемым из спицевого устья. В этом случае снижали темп дистракции до 0,25 см и 1-2 раза в сутки, натягивали ослабленные спицы, ежедневно накладывали антисептические повязки. Этими мероприятиями удалось купировать воспалительный процесс.

Результаты и обсуждение

Анатомо-функциональные результаты лечения больных с дефектами дистального отдела бедра после удаления эндопротезов изучены в сроки от 1,5 года до 5 лет.

При клиническом обследовании после снятия аппарата Илизарова восстановлена опороспособность у 5 пациентов, а у двух закончен процесс дистракции и аппарат находится в режиме фиксации. Остаточное укорочение конечности 3,5 см было у одного пациента. Пациенты отмечали полную опороспособность ноги при стоянии и ходьбе. У одного пациента после длительной физической нагрузки отмечались умеренные отеки тыла стопы, что затрудняло пользование обычной обувью. При обследовании через 6-8 месяцев после снятия аппарата больные ходили без дополнительных средств опоры. Рецидивы онкопроцесса и обострение гнойно-воспалительного процесса не отмечено.

Заключение

Таким образом: Сложность достаточно эффективной ортопедической реабилитации после эндопротезирования коленного сустава по поводу опухоли костей, связана с наличием у них комплекса нарушений в виде недостаточности кровообращения, рубцов мягких тканей, стойких контрактур смежных суставов, деформацией и анатомическим укорочением костного сегмента, образовавшихся после заболевания и предшествующих оперативных вмешательств. Полученные результаты использования чрескостного компрессионно-дистракционного остеосинтеза, свидетельствуют о комплексном решении лечебно-реабилитационных задач, предусматривающих ликвидацию осложнений, возникших после эндопротезирования и адекватного замещения дефекта кости в один этап, наряду с восстановлением опороспособ-

ности конечности.

Литература

1. Зацепин С.Т. Сохранные операции при опухолях костей. Москва, Медицина, 1994г.
2. Маренич В.Ф. Эндопротезирование коленного сустава при сохранных операциях у больных с опухолями костей. Дис. к.м.н., Москва, 1984г.
3. Степанков С.В. Осложнения после операций эндопротезирования коленного и плечевого суставов у онкологических боль-

ных. Методы их коррекции. Дис. к.м.н., Москва, 1994г.

4. Трапезников Н.Н. и соавторы. Прогресс и перспективы развития методов лечения злокачественных опухолей костей. Вестник, РОНЦ, Москва, 1998г., №1, стр. 7-13.
5. Илизаров Г.А. и др. Оперативное удлинение нижних конечностей по Илизарову. Метод. рекомендации, Курган, 1990г., стр. 33.
6. Eckardt V.V., Matthews J.G., Eilber F.R. Endoprosthetic reconstruction after Bone tumor resections of the proximal tibia Orthop Clin North Am: 22 (1): 149-60, 1991

Азизов М.Ж.

Тияков А.Б.

ТИЗЗА БЎҒИМ АРТРОПЛАСТИКАСИ ВА ШАРНИРЛИ-ДИСТРАКЦИЯЛИ АППАРАТЛАРНИ ҚЎЛЛАШДАН КЕЙИНГИ БЕМОРЛАРНИНГ РЕАБИЛИТАЦИЯСИ.

Травматология ва ортопедия илмий текшириш институти.

Азизов М.Ж., Тияков А.Б.

На основании наших наблюдений можно сделать вывод, что оперативное вмешательство при посттравматических контрактурах и анкилозах оправданно, так как под влиянием консервативно-восстановительного лечения постепенно нормализуется внутрисуставная среда, происходит репаративная регенерация суставного покрытия увеличивается амплитуда и улучшается координация движений оперированной конечности. Полученные результаты лечения подтверждают необходимость и целесообразность проведения мобилизующих операций на коленном суставе с применением аппаратов Волкова-Оганесяна.

Azizov M.J., Tilyakov A.B.

On the basis of our experience we find, that operative interference overing post traumatic contracture and ankylosis is must. Because amplitude and co-ordination of upper extremities movement under conservative treatment slowly normalise inter-articular conditions and reparative regeneration of joint cover. Received results of treatment shows necessary use of mobilising operation of knee joint with application of apparatus Volkova-Oganessian.

Мавзунинг долзарблиги

Тизза бўғимнинг контрактура ва анкилозларини даволаш ортопедиянинг оғир муаммоларидан бири бўлиб келмоқда ва хозирги вақтгача ўзининг долзарб ва ижтимоий жихатидан керакликлигини йўқотгани йўқ. Тизза бўғими ўзининг анатомик тузилиши ва кинематикаси бўйича одам организмида мураккаб бўғимлардан ҳисобланади ва оёқнинг локомотор занжири остида асосий вазифани бажаради.

Шуни айтиш мақсадга мувофиқки, тизза бўғимида ҳаракат чекланиши ҳар-хил касалликларнинг асорати туфайли, оғир йўл транспорт ходисалари, ва катотравмаларнинг ўсиб бориши натижасида беморларни узок вақтгача меҳнат қобилитини йўқотишига ёки бутун умр ногирон бўлиб қолишга олиб келади. Артропластика ва артролиз операцияларининг кенг ривож топганлигига қарамадан, тизза бўғими деструктив ўзгаришларга чалинганда унинг функциясини тиклаш, ортопедиянинг ечилмаган муаммоларидан бўлиб келмоқда (В. П. Прохоров, Д. Л. Акбердина, 1981; У. С. Исламбеков, В. И. Закурский 1984; В. В. Быстров, Н. В. Новиков, В. А. Беритиев, 1985; Б. И. Кудрин, В. А. Шуров, 1985; А. С. Имамалиев, И.Г. Чемянов 1994 ва бошқалар). Тизза бўғим контрактура ва анкилозларини даволашда нафақат бўғим атрофидаги юмшоқ тўқималарнинг деструктив - дистрофик ўзгаришларга чалиниши, балки бўғим ҳаракатида асосий ҳисса қўшадиган тоғай тўқимасини ҳам инobatта олиш керак. Шунинг учун замонавий артропластика ва бошқа мобилизацияловчи опеациялардан мақсад нафақат чандиксимон параартикуляр тўқималарни олиб ташлаш, балки тоғай тўқимасини тиклашга қаратилиши лозим. (П. П. Каваленко, В. А. Биелков 1966; Н. М. Шаматов, Ш. Ш. Хамраев 1972; Л. Н. Михайлова, Б. Т. Тияков, 1981; Е. Т. Склярченко, В. И. Стецуло, А. Т. Бруско, 1989 ва бош-

қалар. А. А. Корж 1959; Б. Т. Тияков 1981, 1992; Ш. Х. Туракулов, 1983; Ш. Ш. Хамраев, 1989; П. В. Шестерня, 1989; Э. В. Биняшевский, 1991; В. И. Карпцев. Ф. Ю, Засульский, 1993 ва бошқалар).

М. В. Волков. О. В. Оганесян (1982), Б. Т. Тияков. (1989), Б. П. Жаденов, В. Н. Терехова (1984) бўғим функцияси ва кинематик ҳаракатни тиклаш мақсадида ўзларининг шарнирли - дистракцияли аппаратларини қўллаб келишган.

Тизза бўғим артропластикасининг кўрсатмаларига аниқлик киритганимизда нафақат бўғим ҳолати, унинг атрофидаги юмшоқ тўқималар, балки беморнинг ёши, умумий ва психик ҳолати, унинг касби ҳисобга олинади. Тизза бўғим артропластикасини амалга оширишда қуйидаги кўрсатмалар ишлаб чиқилган.

1. Консерватив даволаш ноўрин бўлиб қолган, ўта деформацияга чалинган оғир контрактуралар.

2. Фиброзли ва суякли анкилоз.

3.1-2 даражали бир томонлама гонартроз каттик оғрик синдроми билан.

4. Тизза бўғимининг ноқулай функционал ҳолатидаги анкилози ва мушак функциясининг сақланганлиги.

Қарши кўрсатмаларга, тизза бўғим соҳасидаги йирингли ва яллиғланиш процесслари, организмдаги оғир йўлдош соматик касалликлар мисол бўлади. Операциядан олдин бемор текширишлар билан бир қаторда физио-функционал комплекс даволаш муолажаларини олиши керак: сон ва болдир мушакларининг даволаш массажи, парафин - озокерит аппликациялари, мушакларнинг эластиклигини яхшилаш, чандиксимон процессларни олдини олиш ва оғрикни камайтиришга қаратилган.

Бизлар алоҳида ўринда беморнинг психоэмоционал ҳолатига катта аҳамият бердик, бемор билан яқин

мулоқатда бўлиш, унинг ишончини қозониш даволашниш даврида беморнинг актив иштирок этиши бу муаммони ечишда бизга катта ёрдам берди. Тизза бўғимнинг артропластикаси ва Волков- Оганесян аппаратини қўллаш операцияси 48-та оғир контрактура ва анкилоз билан касалланган беморларга утказилди. улар 17 - 57 ёшда эди.

Бўғимда ҳаракат чекланганлиги ва анкилоз муддати 1-7 йилни ташкил этади. 25 та беморда тизза бўғимининг фиброзли ва суякли анкилозлар ҳолати, 23 та беморда оғир даражали контрактура, ҳаракат ҳажми 20 градусни ташкил қилиш ҳолати кузатилади.

Операция услуги: умумий оғриксизлантириш остида. бўғим юзаси олдинги ички Пайр кесими билан очилади; чандиқ тўқималар олиб ташланади; тизза қопқоғининг паски томони чандиқлардан тозаланиб, тўртбошли мушакнинг дистал қисмидаги латерал ва медиал мушаклар қисми чандиқ тўқималардан ажратилади тўртбошли мушак пайи фронтал текисликда кесилади. Тизза бўғими тўлиқ очилиб, секин-аста букилади, натижада бўғим ичи чандиқлари ажралади. Суякли ва фиброзли анкилоз ҳолатида бўғимнинг олдинги ёриғи бўйича остеотомия қилиниб, фреза ёрдамида бўғим юззаларининг шакли бўйича ишлов берилади. Сўнгра бўғим юззаларига махсус асбоб ёрдамида айланма чуқурчалар ҳосил қилиб, аввалроқ тайёрлаб қўйилган ва 0,5% ли формалин эритмасида консервация қилинган трансплантатлар, беморнинг тизза бўғим юззаларига шахматсимон шаклда жойлаштирилади. Тизза бўғими 120 градус бурчак остида тўртбошли мушакнинг пайи тикилади, бўғим ичига дренаж найча қўйиб юмшоқ тўқималар қаватма - қават тикиб чиқилади. Операция Волков-Оганесян аппаратини 120-140 градус бурчак остида ўрнатиш билан якуланади. Беморларга операциядан сўнг 4 - этапдан иборат бўлган даволаш машғулотлари ўтказилади, даволаш машғулотларининг биринчи этапи операциянинг иккинчи кунидан бошланади ва жарроҳлик яра битганга қадар давом этади (8-12 кун). Бу машғулотни ўтказишдан мақсад мушак тонусини сақлаш, операция қилинган оёқда қон ва лимфа айланишини яхшилашдир. Шу мақсадда, соғ оёқ бўғимларида ва аппаратдан холи бўлган бўғимларда машғулотлар бажарилади, бу оёқни узоклаштириш ва яқинлаштириш, оёқ бармоқларида ёзувчи ва буқивчи ҳаракатлар, болдир ошиқ бўғимида айланма ҳаракатлардан иборатдир. Иккинчи этап икки ҳафтадан 1,5 ойгача давом этади, унинг мақсади мушак кучи ва тонусини яхшилаш, бўғимда пассив ҳаракатни бошлаш, бу ўз ўрнида бўғим ҳалтаси ва боғламаларини тўғирланиши ва тортилиши куп марта актив ва пассив ҳаракатлар билан амалга ошади (бир неча кундан бир неча дақиқагача). Тўлиқ пассив буқиш ва езиш амалга ошгандан сўнг аппаратдаги буқувчи-ёзувчи мослама олинади. Даволаш гимнастикасининг учинчи этапида беморлар ўзлари бўғимда актив ҳаракат қиладилар. Ҳаракат амплитудаси аста-секинлик билан ошади. Оёқ сирпанчиклари ёрдамида актив ҳаракатлар пассив ҳаракатлар билан, яъни методист ёрдамида амалга оширилади. Бу даволаш гимнастикаси 3-4 марта 1 кунда 15-20 минут давом этади. Операция қилинган бўғимда кўп ва интенсив ҳаракатлар бўғимда оғриқ ва тоғай тўқимасини емирилишига олиб келиши мумкин, шунинг учун бу этапда

даволаш гимнастикаси мёёрида бажарилиши шарт. Тўртинчи этап даволаш машғулотлари, операциядан 2,5- 3 ойдан кейин бошланади, унинг мақсади бўғимдаги ҳаракатни янада купайтириш ҳассалар ёрдамида секта таяниб юриш ва ҳассаларсиз юришни ўрганиш, бу машғулотлар физиотерапевтик муолажалар билан биргаликда ўтказилиши лозимдир. Ультра товуш, электрофорез калий, йод-нокоаин билан ва галантамин эритмаси билан чандиқ тўқималарини сўрилиши ва капилляр қон айланишининг яхшиланишига ёрдам беради. Бўғимга текизилмасдан массаж муолажаси, мушак тўқимасини мустаҳкамлайди, бўғим тўқималарини регенератив хусусиятларини яхшилайди.

Даволаш машғулотлари, физиотерапия ва массаж билан бир қаторда, бўғим ёриғини коррекция қилиш билан давом этади, аппарат қўйилгандан сўнг дистрактор ёрдамида бўғим 5мм очилиб, кейинчалик ҳар 7-8 кунда 1 ой мобайнида 0,5 мм дан бўғим ёриғи очилиб турилади. Бу ўз навбатида бўғимни шаклини тиклашга ёрдам беради.

Шуни айтиш мақсадга мувофиқки беморларда бўғим ҳаракати қониқарли бўлса ҳам рентген тасвирда деформацияли артроз аломатлари кузатиш мумкин, бу ўз навбатида кейинчалик қониқарсиз натижаларга олиб келади. Бўғим ички мухитини яхшилаш, деформацияли артрозни олдини олиш мақсадида-бўғим ичига витамин В группаси, витамин С ва кислород юборилиб турилади. Тизза бўғим контрактура ва анкилозлари билан операция қилинган 48 беморнинг 3 таси олдин, гонит бўлганлиги туфайли йирингли асорат кузатилди 45 беморда эса яра бирламчи битди.

Яхши натижалар баҳоланганда, тиззада оғриқ йўқлиги, оёқнинг таянчлик хусусиятини сақланиши, оёқ ўқининг тўғирланганлиги ва оксоқланишнинг йўқлиги, бўғимнинг стабиллиги, бўғимдаги ҳаракат ҳажми 180-80 градусни ташкил қилиши 36 беморда кузатилди. Қониқарли натижалардан бемор юрганда оғриқнинг йўқлиги ва ҳаракат ҳажмининг 180° градусга етиши 7 беморда қўрилди. **Қониқарсиз натижалар** 3 беморда кузатилиб тинч ҳолатда ва максимал таянганда оғриқ бўлиши ва ҳаракат ҳажми 175-130 градусни ташкил этди. Бу ишлаб чиқилган даволаш услубини тизза бўғим функцияси артропластика операцияси йўли билан тиклаш, ва операциядан кейинги комплекс равишда тўрт этапдан иборат гимнастика машғулотлари, бўғим ичига витамин В группаси, витамин С ва кислород юбориш, бўғим ички мухитини яхшилаш билан бир қаторда бўғим шакли ва бўғим функциясини тиклашга қаратилган. Бу даволаш услуби беморларни ногиронликдан сақлаб қолиб уларнинг меҳнат қобилиятини тикланишига олиб келади.

Адабиётлар:

1. Вайтович. В. В. Исаченко. В. З. Функционально-дистракционный метод. ЛФК при постравматических контрактурах крупных суставов нижних конечностей на фоне деформирующего артроза. Вопросы травматологии и хирургии Красноярска 1969 с-117-118
2. Исламбеков У.С. Закуреский. В.Н. Лечение стойких посттравматических контрактур коленного сустава. Мед. Журнал Узбекистана 1984- №9- с 5.
3. Имамалиев А.С. Чемянов И.Г. Металло-полимерный разборный межмышечковый эндопротез коленного сустава и методика его имплантации // Травматология - ортопедия и протези-

рование. 1995,-с. 67-69.
4. Артропластика коленного сустава деминерализованными костно- хрящевыми трансплантатами. В. И. Каргачев, В.И. Савельев, К.А. Новосилов, Ф.Ю. Засульский // Травмато-ортоп. и протезирование. 1993.- с. 92- 93.
5. Корж А.А. Парартикулярная оссификация как причина внутрисуставных анкилозов.// Ортопедия травматология и протезирование 1959 №6 с, 50-55.
6. Коваленко. П. П., Биельский В. А. Консервирование и пересадка хряща. //Экспериментально- клиническое исследование. М. Медицина 1966. 168 с (Библиотека практического врача) Библиограф. С 159-167,
7. Прохоров. В. П., Акбердина. Д. Л. Лечение разгибательных контрактур коленного сустава с помощью аппарата Волкова-Огоняева. // Советская медицина,-1981- №9, С. 106.
8. Шаматов. Н. М., Хамраев. Ш. Ш. Судьба пересаженного в

костное ложе гомогенного хряща после консервации в слабом растворе формалина. //Ташкент институт усовер. врачей Юбилей. Науч. Конференция посвящ. 40 лет ин-та. / Тезисы/Ташкент, 1972.- с. 313-315.
9. Погружная костно-хрящевая аллопластика суставных концов в эксперименте и клинике, Б. Т. Склеренко, В.И. Стецула” А. Т. Бруске // Актуальные вопросы вертеб্রалогии и артрологии. Андижан 1989.С 27.
10. Биняшевский. Э. В.” Гайко. Г. В., Башинский. Г. Г. Способ артропластики с восстановлением суставного гиалинового хряща.// Ортоп-траматол и протезирование, Киев-1990. Вып. 20.- с 23-25.
11. Постизометрическая релаксация и рефлексотерапия в лечение посттравматических и иммобилизационных контрактур. Ф. А. Хабиров, Д. Л. Галямов, И. Н. Хабибрахманов, М. В. Бутенко. // Каз - журнал» мед. 1993 №2.-с 127.

У.А.Арипов,
М.Н.Махкамова,
Н.Г.Дадамьянц.

ЦВЕТНОЕ ДУПЛЕКСНОЕ СКАНИРОВАНИЕ В ОЦЕНКЕ
ЭФФЕКТИВНОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ
КОМПРЕССИОННОГО СТЕНОЗА ЧРЕВНОГО СТВОЛА

Первый Ташкентский Государственный медицинский институт

Обоснованность тактики лечения, применения метода оперативного вмешательства определяются отдаленными результатами. Очень важное значение имеет динамика жалоб больных, однако оценка результатов лечения только на этом основании содержит элементы субъективизма, в связи с чем возникает необходимость в объективной оценке результатов проведенных оперативных вмешательств. До недавнего времени единственным методом, позволяющим достоверно оценить эффективность выполненных оперативных вмешательств у больных с компрессионным стенозом чревного ствола, являлась ангиография. Тем не менее она характеризует только анатомическое состояние сосуда, не давая каких-либо количественных критериев гемодинамики, сопровождается лучевой нагрузкой, а в силу инвазивности не исключает осложнений. В связи с этим ангиографическое исследование проводится после операции, как правило, однократно и не позволяет вести динамическое наблюдение за больными. На сегодняшний день наиболее объективным, достоверным и высокоинформативным, и, самое главное, неинвазивным методом является дуплексное

сканирование. Целью нашего исследования явилась оценка эффективности хирургического лечения больных с компрессионным стенозом чревного ствола, основанная на данных цветного дуплексного сканирования. Исследования выполнялись на компьютерном сонографе «ACUSON-128» фирмы «ACUSON» (США) с использованием секторного электронного датчика, работающего на частотах 2,5 и 3,5 МГц. Нами были оперированы 23 больных с гемодинамически значимой экстравазальной компрессией чревного ствола, основными критериями которой по данным дуплексного сканирования явились: стеноз чревного ствола в области устья, вызванный его компрессией извне (остаточный просвет не более 3,2 мм), с четко визуализируемым постстенотическим расширением. При цветном доплеровском картировании потоки в чревном стволе окрашивались преимущественно в синий цвет, что позволяло судить о наличии турбулентных потоков, характерных для зоны стеноза. Анализ огибающей кривой выявил значительное спектральное расширение как в фазу систолы, так и в диа-

Таблица 1.

Динамика изменения просвета ЧС на различных участках в послеоперационном наблюдении.

Период наблюдения	Просвет ЧС в области устья, мм	
До операции	2,3	0,2
1 мес.	5,4	0,2*
3 мес.	5,5	0,2**
9 мес.	5,7	0,1**
1 год	6,0	0,1*

* - P<0,001,
** - P>0,05

Таблица 2.

Динамика индекса спектрального расширения и индекса Пурсило в послеоперационном периоде

Период наблюдения	Sb (%)	
До операции	50,0	2,0
1 мес.	48,1	1,8*
3 мес.	47,2	1,3*
9 мес.	45,8	1,7*
1 год	35,8	1,7**

* - $P > 0,001$ ** - $P < 0,05$

столы с резким сужением вплоть до полного исчезновения артериального «окна» под систолическим пиком, а также резким подъёмом систолической компоненты. Максимальная скорость кровотока составила $2,24 \pm 0,07$ м/с, индекс спектрального расширения - $50 \pm 2,0\%$, а индекс Пурсило - $0,77 \pm 0,03$.

Выполнялась однотипная операция: «Декомпрессия чревного ствола. Артериолиз».

Результаты оперативного лечения прослежены у всех больных через 1, 3, 9 и 12 месяцев.

Данные цветного дуплексного сканирования показали, что увеличение диаметра чревного ствола в области устья наблюдалось у всех пациентов (табл.1). В сроки наблюдения до 6 месяцев он составил $5,5 \pm 0,2$ мм, а к концу 1 года - $6,0 \pm 0,1$ мм. Это имеет очень существенное значение, так как из этого следует, что при остаточном стенозе после декомпрессии необязательно выполнять реконструкцию чревного ствола, потому что диаметр артерии, а самое главное - кровоток и его характер - полностью нормализуются. Доказать это нам удалось только с помощью цветного дуплексного сканирования. Зона постстенотического расширения изменялась мало, что, вероятно, связано с небольшим периодом наблюдения. Потоки крови окрашивались в ярко-красный цвет, что позволяло судить о ламинарном характере кровотока. На спектрограмме регистрировалось чистое артериальное «окно» под систолическим пиком, энергетический спектр вол-

ны не расширен. Постепенно снижалась максимальная скорость кровотока, достигая к 1 году после операции $0,9 \pm 0,03$ м/с. Индекс спектрального расширения (Sb) составил к концу 1 года наблюдения $35,8\% \pm 1,7\%$ (табл.2), а индекс Пурсило (Rp) - $0,65 \pm 0,02$. Все эти показатели свидетельствовали об адекватности проведенного оперативного вмешательства и восстановлении нормального кровотока по чревному стволу.

Подводя итог вышеизложенному, можно сделать следующие

ВЫВОДЫ:

1. Цветное дуплексное сканирование является высокоинформативным неинвазивным методом, позволяющим в динамике оценивать состояние больных, перенесших оперативное вмешательство по поводу компрессионного стеноза чревного ствола.

2. Признаками адекватно выполненной декомпрессии чревного ствола являются: увеличение диаметра чревной артерии в области устья к концу 1 года наблюдения до $6,0 \pm 0,1$ мм, чистое артериальное «окно» под систолическим пиком, ламинарный характер кровотока, индекс спектрального расширения составляет $38,8\% \pm 1,7\%$, а циркуляторного расширения $0,65 \pm 0,02$.

3. Для оценки эффективности проведенного оперативного вмешательства необходимо проводить дуплексное сканирование в динамике в течении не менее 1 года после операции.

Ш. Э. Атаханов,
Ф. Р. Матчанов,
А. А. Ходжиметов,
А. Г. Парпиев

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И КИСЛОТНО-ОСНОВНОГО СОСТОЯНИЯ ВО ВРЕМЯ ВВОДНОГО НАРКОЗА ПРОПОФОЛОМ У ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Первый Ташкентский Государственный медицинский институт

Ш. Э. Атаханов, Ф. Р. Матчанов, А. А. Ходжиметов, А. Г. Парпиев

ЖАРРОХЛИК ПАТОЛОГИЯСИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА ПРОПОФОЛ БИЛАН КИРИШ НАРКОЗИ ВАҚТИДА МАРКАЗИЙ ГЕМОДИНАМИКА ВА КИСЛОТА-ИШҚОР МУВОЗАНАТИ ҲОЛАТИ

Ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги билан оғриган 20 та беморларда пропофол билан кириш наркози вақтида марказий гемодинамика (МГ) кўрсаткичлари ва кислота-ишқор мувозанатига таъсири ўрганилди. Текширув вақтида шу нарса аниқландики, айланаётган қон ҳажми етишмовчилиги тўлдирилгандан сўнг, пропофол режали ва шошилич операциялар вақтида МГ кўрсаткичларига деярли таъсир кўрсатмайди. Пропофол таъсирида организмнинг O_2 га бўлган эhtiёжи ортади, бу ўз навбатида липидлар алмашинуви фаоллашганлигидан далолат беради.

Текширув натижаларида пропофолнинг ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги билан оғриган беморларда режали ҳамда шошилич операциялар вақтида қўллаш мумкинлиги исботланди.

Sh. E. Atakhanov, F. R. Matchanov, A. A. Khodjimetov, A. G. Parpiev

EVALUATION OF CENTRAL HAEMODYNAMIC DATA AND ACIDOBASIC CONDITIONS DURING INITIAL ANAESTHESIA WITH PROPOFOL IN SURGERY PATIENTS

Influence of Propofol to central haemodynamic data and acidobasic conditions of the blood was evaluated in 20 patients with ulcer disorder of the gastrointestinal tract. Absence of essential changes in central haemodynamic data after use of Propofol and restoration of circulated blood volume in urgent and planned operations was proved. Propofol increases the oxygen consumption that show the activation of the lipid metabolism.

Successful use of Propofol in urgent and routine operations in patients with ulcer disease of stomach and duodenum was proved.

Введение в вводный наркоз, особенно при экстренных хирургических вмешательствах на органах брюшной полости, является одним из наиболее сложных и ответственных этапов анестезиологического обеспечения. Это требует от анестезиолога использования препаратов, позволяющих в максимально короткий срок обеспечить гипнотический и анальгетический эффекты и провести интубацию трахеи. В настоящее время большинство анестезиологов применяют препараты центральной анальгезии, калипсол, барбитураты, действие которых сопровождается известными отрицательными эффектами в виде депрессии дыхательного центра и миокарда, тахикардии, гипертензии и т.д. В последние годы создание и внедрение в клинику новых препаратов позволило приблизиться к решению этой проблемы. Относительно новый препарат пропофол (диприван - фирмы ZENECA, Англия) по мнению некоторых ученых [1,2] на сегодняшний день отвечает требованиям, предъявляемым так называемому “идеальному анестетику”. При введении дипривана достаточно быстро проявляется гипнотический эффект, поддерживаемый на всем протяжении инфузии препарата, с быстрым восстановлением сознания после её прекращения. Диприван хорошо взаимодействует с наркотическими анальгетиками и нейролептиками, обладает центральным миорелаксирующим действием, подавляет гортанно-глоточные рефлексы. Тем не менее, у дипривана отмечен ряд отрицательных эффектов в виде ухудшения некоторых показателей центральной гемодинамики (ЦГ) [3]. По литературным данным недостаточно изучено влияние дипривана на другие показатели гомеостаза. Настоящая работа посвящена изучению влияния пропофола на основные показатели ЦГ и кислотно-основного состояния (КОС) крови во время вводного наркоза у больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Исследования проведены у 20 оперированных (2 женщин, 18 мужчин) больных по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Все больные разделены на 2 группы: первая группа - оперированные в плановом (резекция желудка по поводу стеноза антрального отдела) и вторая группа - в экстренном порядке (ушивание перфоративной язвы). Средний возраст $38,4 \pm 8,4$ года, масса тела $62,4 \pm 7,4$ кг. Все больные за 30 минут до начала вводного наркоза получали атропин 1 мг/10 кг веса, ди-медрол 20 мг, морфин 10 мг. После поступления в операционную всем больным катетеризирована центральная вена и проведена инфузионная терапия кристаллоидными растворами до повышения центрального венозного давления (ЦВД) до 40-60 мм.вод.ст. Объем инфузии до начала индукции составил $8,4 \pm 2,7$ мл/кг. Вводный наркоз проводили диприваном в дозе $2,8 \pm 0,17$ мг/кг внутривенно в течении 2-х минут. После введения деполаризующих миорелаксантов 1-2 мг/кг произведена эндотрахеальная интубация. Общая длительность вводного наркоза от начала введения дипривана до завершения интубации трахеи составила $4,2 \pm 0,24$ мин. На протяжении вводного наркоза осуществляли ингаляцию 70 % O_2 . При дальнейшем угнетении дыхания проводили вспомогательную масочную вентиляцию. Контроль насыщения гемоглобина кислородом (SO_2) проводили пульсоксиметром “LIFESTAT 1600” (США). Исследования проводились на трех этапах: исходные данные; после введения дипривана; после интубации трахеи. Изучали ЦГ методом интегральной реографии тела - ИРГТ по М. И. Тищенко, включающим: ударный индекс (УИ), удельное периферическое сосудистое сопротивление (УПСС), минутный объем кровообращения (МОК), частоту сердечных сокращений (ЧСС); систолическое артериальное давление (АД сист), диастолическое ар-

Таблица 1

Показатели ЦГ на этапах анестезии у больных первой (числитель) и второй (знаменатель) групп (M±m)

Показатели	До анестезии	
САД мм рт.ст.	100,36±4,21	83,6
	105,21±3,81	88,7
АД сист. мм рт.ст.	119,3±10,41	103,
	124,4±11,1	108,
АД диаст. мм рт.ст.	79,5±2,48	68,3
	84,31±2,70	73,6
ЧСС, в минуту	89,37±3,97	81,7
	94,21±2,93	86,9
УИ, мл/м²	29,97±4,01	26,4
	33,41±3,7	30,2
СИ, л/(мин*м²)	2,86±0,41	2,46
	3,31±0,43	2,97
УПСС, дин*см-5*м-²	2219,31±254,6	2294
	2270,4±221,2	2334
ЧД, в минуту	19,3±1,2	22,1
	20,8±1,3	23,2

Примечание: * - p<0,05 от исходного значения

териальное давление (АД диаст), среднее артериальное давление (САД) по методу Короткова. Для исследования КОС крови была использована капиллярная кровь, взятая из мочки уха, которая по своему составу мало отличается от артериальной. Показатели КОС крови: определение рН крови, парциального давления кислорода и углекислого газа (рО₂ и рСО₂), дефицита оснований (ВЕ), сумма бикарбонатов (SB), соотношения НСО₃⁻/СО₂ и рСО₂/рО₂, свидетельствующим о дыхательном коэффициенте в условных единицах - исследовали на газоанализаторе Микро-Аструп фирмы "RADIOMETR" (Дания). Концентрацию ионов К и Na в эритроцитах и плазме изучали на анализаторе "MICROLIT" фирмы "KONE" (Финляндия).

Результаты и обсуждение

Во время вводного наркоза диприваном у больных второй группы наблюдались более выраженные

гемодинамические изменения по сравнению с первой группой. По-видимому, это объясняется недостаточной коррекцией водно-электролитного баланса на этапах предоперационной подготовки данной группы больных. Необходимо отметить, что ни в одном случае показатели ЦГ не вышли за рамки допустимого уровня. Отмечается достоверное урежение ЧСС на 7,3 и 8,6% (p<0,05) соответственно от исходного уровня, что следует расценивать как повышение вагального тонуса на введение препарата [3]. После индукции 2,8мг/кг дипривана отмечено достоверное снижение САД и АД диаст на 14,8 и 17,4% соответственно. СИ снизился на 11,4 и 14,5% (p<0.05) соответственно. На этом этапе мы не отмечали изменения УПСС и УИ от исходного уровня. Реакция на интубацию трахеи сопровождалась повышением АД сист, АД диаст, САД. Это, возможно, связано с недостаточной анальгетической активностью дипривана. Но, с другой сто-

Таблица 2

Показатели КОС на этапах анестезии у больных первой (числитель) и второй (знаменатель) групп (M±m)

Показатели	До анестезии	
рН крови	7,38±0,005	
	7,31±0,006	
рО2. (мм.рт.ст.)	50,5±2,2	
	65,2±1,6	
рСО2. (мм.рт.ст)	46,1±0,65	
	40,1±0,97	
ВЕ ммоль/л	4,2±0,1	
	-4,7±0,11	
SB ммоль/л	25,9±0,23	
	21,4±0,31	
SO2 %	80,6±2,1	
	87,7±2,31	

Примечание: * - p<0,05 от исходного значения

роны, ЧСС, СИ, и УПСС практически не менялись у обеих групп больных (табл. 1).

В ходе исследований было выяснено, что диприван может привести к апное. Уменьшение жизненной емкости легких и увеличение частоты дыхания предшествуют апноэтическому периоду с параллельным снижением потребления O_2 . Влияние дипривана на показатели КОС крови на этапах исследования представлены в табл. 2. Как видно из представленной таблицы, исходные дооперационные показатели крови, характеризующие газообмен у пациентов 2-х групп были различны и обусловлены осложнениями основного заболевания.

В первой группе больных на фоне стеноза антрального отдела желудка отмечено состояние метаболического алкалоза, выражающееся компенсаторным изменением рН крови за счет альвеолярной гиповентиляции. При этом отмечено снижение pO_2 на фоне высоких значений pCO_2 . Состояние алкалоза у этих больных обусловлено периодической рвотой с потерей HCl и жидкости, что приводит к нарастанию концентрации HCO_3^- , (SB) в плазме крови за счет стимуляции проксимальной реабсорбции бикарбоната. Увеличение pCO_2 и незначительный рост HCO_3^- в плазме способствуют изменению концентрации HCO_3^- внутри клетки и сдвигу соотношения HCO_3^-/CO_2 до минимума, что является одной из причин изменения рН внутри клетки в кислую сторону. Избыток ионов H внутри клетки усиливает отщепление от белков ионов K и приводит к частичному перемещению его во внеклеточное пространство в обмен на ионы Na. Низкое значение рН внутри эритроцитов отражается также и на сродстве гемоглобина с O_2 .

После введения дипривана отмечается достоверное повышение степени насыщения крови O_2 на фоне нормализации показателей pCO_2 и SB. Высокий уровень использования O_2 сопровождается снижением высоких показателей дыхательного коэффициента pCO_2/pO_2 , указывая тем самым на доминирование процессов энергообмена и свободного окисления ли-

пидов для выработки АТФ. По литературным данным диприван способствует нормализации липидного обмена, что согласуется с нашими исследованиями [4].

Во второй группе больных мы не обнаружили существенных изменений в показателях pO_2 . Введение дипривана у данной группы больных способствует усиленной реабсорбции ионов H и выделению HCO_3^- почками, что проявляется достоверным снижением показателей pCO_2 (SB) ($p < 0,05$). Наблюдаемое состояние метаболического ацидоза в данной группе больных способствует распределению иона K во внеэритроцитарное пространство крови, где оно равно $5,16 \pm 0,21$ ммоль/л. Состояние гиперкалиемии в плазме крови и низкое значение рН компенсируется после интубации за счет белковой и иных буферных систем. При этом SO_2 составляет $91,0 \pm 1,87\%$, SB незначительно повышается, pCO_2 приближается к контрольным величинам. Переход метаболического ацидоза в состояние респираторного ацидоза, вследствие активации буферных систем организма, сопровождается увеличением внутриклеточного K^+ до $76,4 \pm 1,7$ ммоль/л, плазменного Na^+ до $152,4 \pm 2,8$ ммоль/л.

Выводы

1. Использование пропофола в дозе 2,8 мг/кг во время вводного монанаркоза обеспечивает адекватную анестезиологическую защиту. Предварительное восполнение дефицита объема циркулирующей крови у больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки способствует стабильности показателей ЦГ.

2. Введение пропофола сопровождается снижением показателей дыхательного коэффициента pCO_2/pO_2 , указывая тем самым на доминирование процессов энергообмена и свободного окисления липидов.

Литература

1. Бабаев Б. Д., Пивоваров С. А., Шишков М. В. соавт. // *Анест. и реаниматол.* 1998; 1: 15-16.
2. Воскечерян А. Э. // *Анест. и реаниматол.* 1996; 6: 72-75.
3. Гринберг Б. И., Левит А. Л., Котов Н. Б. и др. // *Анест. и реаниматол.* 1997; 1: 56-58.
- Narins P. A., Emmett M. // *Medicine.* -1990; 59: 161-165.

М. А. Ахмедов,
С. Н. Наврузов,
С. Рахманов

РЕЗУЛЬТАТЫ ОДНОМОМЕНТНЫХ СОЧЕТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ И ДРУГИХ ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ.

Центр колопроктологии МЗ РУз

Ахмедов М.А., Наврузов С.Н., Рахманов С.

ЙЎҒОН ИЧАК ВА ҚОРИН БЎШЛИГИНИНГ БОШҚА АЪЗОЛАРИДАГИ ХИРУРГИК КАСАЛЛИКЛАРИДА СИМУЛТАН ОПЕРАЦИЯЛАР НАТИЖАЛАРИ.

1985-2000 йиллар давомида 139 беморда йўғон ичак касаллигидан ташқари қорин бўшлигининг бошқа аъзоларида яна 158 та қўшимча хирургик касалликлар аниқланган. Қўшимча хирургик касалликлардан энг кўп учраганлар, бу бачадон ва унинг ортиқларининг хасталиклари (45.3%), ўт тош касаллиги (39.6%). Операциядан олдин махсус тайёргарлик ўтказилгандан кейин 122 та беморга симулан операциялар бажарилган. Шулардан 11 (9%) беморда операциялардан кейинги асоратлар кузатилган ва бир бемор вафот қилган. Натижалар шуни кўрсатдики, йўғон ичакда ва қорин бўшлигининг бошқа аъзоларида қўшимча хирургик касалликлар аниқланганда симулан операциялар бажарилиши мумкин. Операциядан кейинги асоратлар кўпаймаган.

M.A.Akhmedov, S.N.Navruzov S.N., Rakhmanov S.

RESULTS OF SIMULTANEOUS OPERATIONS IN THE LARGE BOWEL AND OTHER ABDOMINAL ORGANS

During 1985-2000 years 158 concurrent surgical diseases were revealed in 139 patients with large bowel pathology. Among concurrent disease the most prevalent were uterine, its adnexae (45.3%) and gall stone disease (39.6%). Simultaneous operation were performed in 122 patients after special preparation. Complications were observed in 11 (9%) patients and one patient died. The findings have shown simultaneous operations in large bowel and other organ diseases can be performed. The rate of postoperative complications was not increased.

В настоящее время хирургическое лечение сочетанных заболеваний органов брюшной полости является актуальной проблемой. Возросла средняя продолжительность жизни населения, увеличилось число пожилых людей, у которых чаще наблюдается сочетание различных хирургических заболеваний. Значительно улучшилась диагностика, все чаще применяются сшивающие аппараты и другие технические средства, позволяющие уменьшить продолжительность и травматичность операции. Кроме того, успешное развитие анестезиологии и реаниматологии сделали возможным обширные одномоментные сочетанные операции.

Но, несмотря на это, сочетанные операции выполняются только у 1,5-9% больных [3, 4, 9]. До сих пор не определены степень операционного риска, число осложнений и летальность [2, 7, 8].

Особый интерес представляют одномоментные сочетанные операции при хирургических заболеваниях толстой кишки и других органов брюшной полости. Эта особенность обусловлена спецификой заболеваний и оперативных вмешательств связанных с манипуляцией на толстой кишке — органе всегда содержащим разнообразную условно-патогенную и патогенную микрофлору, которая относительно легко и быстро может включиться в раневой процесс и определить исход лечения.

Материалы и методы.

В Научном центре колопроктологии с 1985 по 2000 год у 139 больных установлены два и более сочетанных хирургических заболевания органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Мужчин было 32 [23%], женщин 107 [77%]. Больные были в возрасте от 15 до 76 лет. Из 139 больных 131 [94,2%] госпитализированы в плановом порядке и 8 [5,8%] по экстренным показаниям.

В диагностике использованы данные клинко-лабораторных и инструментальных исследований (рентгеноскопия и графия желудочно-кишечного тракта, гастроудоденоскопия, ректороманоскопия, колонофиброскопия, лапароскопия, холецистохолангиография, эхография и др.).

В связи с тем, что мнения хирургов по вопросам терминологии сочетанных заболеваний и операции разные, мы как и другие хирурги [5] пользуемся следующим определением:

- сочетанные хирургические заболевания — это два

и более различных заболеваний, при каждом из которых необходимо оперативное лечение.

Из сочетанных заболеваний выделяются основное, то которое представляет большую опасность для здоровья и жизни больного. Сопутствующие заболевания — это те заболевания, которые представляют меньшую опасность для здоровья и жизни больного и, в принципе, операция по поводу этого заболевания может быть отложена.

Основные заболевания у наблюдавшихся больных были следующими (таблица 1)

Таблица 1

№	Основные заболевания	Абсолютное число	%
1.	Рак толстой кишки	30	21,6
2.	Хронический декомпенсированный колостаз.	35	25,2
3.	Функционирующие колостомы, тонко- и толстокишечные свищи	35	25,2
4.	Воспалительно- язвенные заболевания, диффузный полипоз и дивертикулёз толстой кишки.	27	19,4
5.	Выпадение прямой кишки	12	8,6
Всего		139	100

Сопутствующими хирургическими заболеваниями были: желчнокаменная болезнь у 55 (39,6%) больных, заболевания гениталий (киста яичников, фибромиома матки, выпадение матки и влагалища, рак шейки матки) у 63 (45,3%), синдром хронической абдоминальной ишемии у 5 (3,6%), грыжи брюшной стенки различной локализации у 12 (8,6%), язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки у 10 (7,2%), мочекаменная болезнь с уретерогидронефрозом у 5 (3,6%) и другие заболевания у 8 (5,7%) больных.

Таким образом, у 139 больных, кроме основного хирургического заболевания толстой кишки, по ходу обследования выявлены 158 сопутствующих хирургических заболеваний, при которых также необходимо оперативное лечение.

При обследовании больных, кроме основных и сочетанных хирургических заболеваний, установлены сопутствующие терапевтические заболевания, которые учитывались при подготовке больных к операции. Так, у 4(2,9%) больных установлена ИБС, стенокардия напряжения, гипертоническая болезнь у 8(5,75%), хронический пиелонефрит у 6(4,3%), хронический гепатит у 5(3,6%), эрозивный гастрит у 3(2,15%), хронический гастродуоденит у 4(2,9%), хронический бронхит у 15(10,8%) и другие заболевания у 13(9,35%) больных.

Показания к одномоментным сочетанным операциям ставили с учетом тяжести общего состояния больных, степени нарушения гомеостаза, обширности предполагаемого оперативного вмешательства, наличия сопутствующей патологии сердечно сосудистой, дыхательной системы и др.

Предоперационная подготовка больных складывается из мероприятий, направленных на восстановление нарушений белкового, водно-электролитного обменов, кислотно-щелочного состояния и др.

За трое суток до операции назначалась бесшлаковая диета, желудочно-кишечный тракт очищался в зависимости от характера заболевания: 4-х кратной очистительной клизмой или методом тотального “лаважа”. Антибиотикотерапию назначали за два дня до операции [каномидин, метрагил и др.]

Всем больным лапаротомию выполняли срединным доступом, который обеспечивает широкую ревизию и свободный доступ ко всем органам брюшной полости. Как и большинство хирургов [7] операцию начинали с наименее инфицированного органа, а затем выполняли манипуляции на толстой кишке.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ.

Результаты одномоментных сочетанных операций на толстой кишке во многом зависели от того насколько правильно установлены показания к их выполнению. При определении показаний к сочетанной операции учитывали биологический возраст больного, стадию и степень тяжести основного и сопутствующих заболеваний, а также их осложнения. Исследования ряда авторов[6, 7] и наши наблюдения показали, что в плановой хирургии нет противопоказаний к сочетанным операциям. Противопоказанием могут быть только тяжелое общее состояние больного, наличие диссеминированного злокачественного процесса, паллиативный характер операции по поводу основного заболевания, осложнения, возникающее во время операции и проведения наркоза.

Из 139 больных с установленными сочетанными хирургическими заболеваниями 17(12,2%), из-за тяжелого общего состояния, наличия диссеминированного метастазирования опухоли толстой кишки в дру-

Таблица 2

Характер сочетанных операций

Операции по поводу основного заболевания	Всего	С		
		Холецист- эктомия	Операции на органах гинеталий	Грыже- ние
Брюшноанальная резекция прямой кишки	11	7	3	1
Левосторонняя гемиколэктомия	25	8	14	0
Правосторонняя гемиколэктомия	14	10	9	0
Резекция сигмовидной кишки	13	6	6	1
Передняя резекция прямой кишки	4	1	3	0
Операция Гартмана	3	2	1	0
Тотальная колэктомия	9	3	6	0
Закрытие илео- и колостомы	18	4	9	4
Иссечение тонко- и толстокишечных свищей	9	3	4	2
Субтотальная колэктомия	5	4	2	0
Ректопексия по Кюммелю-Зеренину в модификации НЦКП России	11	2	4	4
Всего	122	50	61	12

гие органы и технические трудности во время оперативного вмешательства по поводу основного заболевания, симультанные операции не проводили. Остальным 122[87,8%] больным, кроме операции по поводу основного заболевания, выполнили 140 сочетанных хирургических вмешательств (табл. 2)

Наиболее часто сочетанные операции выполнялись по поводу заболеваний женских половых органов и желчнокаменной болезни. Так, удаление кисты яичника выполнено у 49 больных, фибромиомы матки у 6, экстирпации матки у 2 и вентропексия по поводу выпадения матки у 4 больных. При решении вопроса о целесообразности удаления фибромиоматозной матки или экстирпации матки мы исходили из того, что при выполнении брюшно-анальной или передней резекции прямой кишки возникали технические трудности. Кроме того, удаление матки целесообразно при наличии клинических показаний, т. е. кровотечений, быстрого роста миомы и так далее.

У 50 больных сочетанными операциями были холецистэктомия. Холецистэктомии в сочетании с операциями на толстой кишке мы считаем необходимыми из-за вероятности развития острого холецистита в раннем послеоперационном периоде. О возможности возникновения подобного осложнения сообщают многие авторы [1, 7]

В 2 наблюдениях сочетанными операциями были уретеролитотомия с пластикой мочеточника, а у одной - нефрэктомия. Надо отметить, что во всех трех случаях, операции на почке и мочевыводящих путях выполняли лапаротомным доступом без технических трудностей.

Третьими по частоте сочетанными заболеваниями были наружные грыжи живота, которые диагностированы у 12 больных.

Мы также, как и другие авторы, считаем целесообразным выполнение грыжесечения в качестве симультанного этапа при операциях на органах брюшной полости в связи с возможностью развития в раннем послеоперационном периоде ущемления грыжи.

Всем больным выполнено грыжесечение с последующей пластикой грыжевых ворот.

У 4 больных, наряду с заболеваниями толстой кишки (хронический декомпенсированный колостаз - у 1, функционирующая сигмостома у 2, и наружный толстокишечный свищ - у 1 больной), установлены язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки. Из них у одной больной язва размерами 2,0x2,0 см располагалась по малой кривизне желудка, а у трех больных имелись язвы двенадцатиперстной кишки, осложненные декомпенсированным стенозом привратника. Больным, наряду с операцией по поводу основного заболевания, выполнена резекция желудка (3), и двухсторонняя трунккулярная ваготомия и пилоропластика по Финнею (1).

У 4 больных при обследовании имелись клинические признаки компрессии чревного ствола. Диагноз подтвержден при ангиографии. Во время операции установлено сдавление чревной артерии ножкой диафрагмы. Произведено рассечение ножки диафрагмы и контрольная доплерометрия показала нормализацию кровотока в чревной артерии.

6 больным, наряду с основной операцией, выполняли различные сочетанные операции (удаление ди-

вертикула тонкой кишки -1, аппендэктомия -1, фиксацию правой половины толстой кишки -1, эхинококэктомия печени -1, полипэктомия из сигмовидной кишки -1 и левостороннюю гемиколэктомию-1 больному).

Анализ осложнений и летальности после сочетанных операций показал, что увеличение объема оперативного вмешательства, при правильной предоперационной подготовке, целесообразном выборе оперативного доступа и выполнении операций, строго соблюдая правила асептики, не оказывает существенно влияния на его результаты.

В раннем послеоперационном периоде у 11[9%] больных наблюдались следующие осложнения: нагноение послеоперационной раны у 1, абсцесс брюшной полости у 2, кровотечение из венозных сплетений пресакральной области у 1, несостоятельность анастомоза у 1, эвентерация у 1, разлитой гнойный перитонит у 1, некроз низведенной кишки у 1, кровотечение из язвы желудка у 1, тромбоз подвздошной вены у 2 больных. Одна больная умерла от разлитого гнойного перитонита, что составляет 0,82%.

Анализ затрат времени на проведение сочетанной операции показал, что длительность оперативного вмешательства увеличивается в среднем на 25-30 мин.

Длительность пребывания больных в клинике после сочетанной операции составила 12,7 дней в среднем. т. е. не отличалась от срока пребывания больных оперированных только на толстой кишке.

ВЫВОДЫ

1. При сочетанных заболеваниях органов брюшной полости целесообразно выполнение симультанных операций при отсутствии противопоказаний.

2. При тщательной предоперационной подготовке больных, безупречной анестезии и правильном ведении послеоперационного периода симультанные операции не увеличивают осложнений и летальности.

3. Выполнение одномоментных сочетанных операций предупреждает развитие в раннем послеоперационном периоде осложнений со стороны сопутствующего хирургического заболевания и избавляет больных от необходимости повторной операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дадвани С.А., Кузнецов Н.А., Сафронов В.В., Индербиев Т.С. Сочетанные операции при холелитиазе. // Хирургия. 1999 №8 с.37-39.
2. Магомедов А.З. Сочетанные оперативные вмешательства при заболеваниях печени и желчевыводящих путей. // Хирургия. 1997 №8. с. 50-52
3. Магдиев Т.Ш., Северинко Н.В. Сочетанные операции в абдоминальной хирургии. // Хирургия. 1999. №6 с.54-55
4. Сахаутдинов В.Т., Галимов О.В. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, сочетанные с заболеваниями органов брюшной полости. // Вестн. Хирургии. 1995. Т 154 №23. С.26-28
5. Тоскин К.Д., Жебровский В.В., Земленкин А.А. Симультанные операции — название и определение. // Вестн. Хир. 1991. Т.146 №5. С.3-9
6. Успенский Л.В., Кургузов О.П., Кузин Н.М. Сочетанные операции при заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки. // Хирургия 1990. №2. С. 60-66
7. Фёдоров В.Д., Миронов Б.И., Орлова Л.П., Камаева Д.К., Шелыгин Ю.А. Холелитиаз у больных с заболеваниями толстой кишки // Вестник хирургии 1991 Т.146 №4. С.15-18
8. Фёдоров В.Д. Среднетяжёлые и тяжёлые одномоментные сочетанные операции // Хирургия. №3. С. 3-7
9. Ходаков В.В., Копылов Ф.Н., Раниев Т.А. Плановые сочетанные операции при заболеваниях органов желудочно-кишечного тракта // Вест.хир. 1993 № 5. С. 24-30

И.В. Ахмедов,
Ш.А. Дадаев,
А.М. Ашурметов,
А.Н. Усманов,
А.А. Алиев

ПУТИ СНИЖЕНИЯ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ
В ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

ВВЕДЕНИЕ.

Существующая система показаний для проведения профилактической терапии гнойных хирургических осложнений носит общий характер и не всегда позволяет объективно оценить ее необходимость. Детальный анализ риска эндогенного и экзогенного инфицирования в послеоперационном периоде, проведенный S.Kernbaum (1983), позволил разделить операции на “чистые” с риском появления гнойных осложнений до 5% (грыжесечение, лапаротомия); “чистые” с риском инфекционных осложнений около 10% (плановые операции на желудке, кишечнике); “загрязненные” с риском инфицирования до 20% (общирные травматические операции типа гастрэктомии, панкреатодуоденальной резекции), “грязные” – возможность инфицирования более 30% и более. Исходя из этих предпосылок, трудно установить показания профилактической антибиотикотерапии конкретному пациенту, учитывая ее отрицательные эффекты. Так, существует единая точка зрения, что в колоректальной хирургии профилактическое назначение антибиотиков является залогом гладкого течения послеоперационного периода (О.В.Милонов и др., 1990; М.Г.Шевчук и др., 1987; E. Hacke et al., 1980). Однако при изучении частоты инфекционных осложнений после операции на толстом кишечнике выявлено, что частота и тяжесть этих осложнений коррелирует не только с фактом хирургического вмешательства, но и со степенью тяжести состояния больного, наличием сопутствующих заболеваний и другими факторами (Н.А.Башанкаев, 1988).

Выбор оптимальных решений для профилактических мероприятий может быть адекватным только при учете множества факторов с применением вычислительных методов их оценки (А.М.Семко, 1987; Д.М.Ковкало и др., 1992). В то же время перед экстренными операциями врач должен определить хирургическую тактику и степень операционного риска, ориентируясь на минимум клинических и лабораторных исследованиях. В этой связи удобным представляется оценка интегральных показателей, свидетель-

ствующих о состоянии организма пациента в целом. Одним из таких критериев является дисбактериоз, который развивается при самых разнообразных внешних воздействиях, как то: загрязнение окружающей среды, повышенный радиационный фон, магнитное возбуждение, экстремальные условия, стрессовые ситуации, гиподинамия, нарушение биоритмов, снижение иммунологической резистентности и т.д. Кроме того следует помнить, что при лечении многих инфекционных заболеваний дыхательной, мочеполовой, пищеварительной и других систем использование антибиотиков в дооперационном периоде может явиться причиной развития дисбактериоза кишечника. Также опасным является использование бактерицидных и бактериостатических препаратов в качестве пищевых консервантов, которые могут явиться причиной развития дисбактериоза кишечника. Число факторов, способствующих развитию дисбактериоза в современном обществе велико и спектр их возрастает. В данной работе делается попытка определить развитие послеоперационных осложнений у лиц с явлениями дисбактериоза кишечника.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Анализ проводили у 1285 больных после различных оперативных вмешательств по поводу острого аппендицита, холецистита, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки в период с 1989-1999 гг.. За этот период в хирургических клиниках Ташкентского педиатрического медицинского института зарегистрировано 864 случая с предположительным диагнозом и 421 случай с установленным диагнозом дисбактериоз кишечника, что составляет менее 1% от всех оперируемых больных за этот период. Учету подвергались все пациенты с предположением на наличие дисбактериоза, которое основывалось на данных клинических методов исследования в момент госпитализации (длительная диспепсия, метеоризм, связанный с приемом определенных пищевых продуктов, кандидозы различных участков тела) и пациенты, у которых диагноз дисбактериоз был верифицирован лабораторными методами исследования.

Таблица 1.

Частота послеоперационных гнойных осложнений у больных, предположительно страдающих дисбактериозом кишечника.

Заболевание	число больных	перитониты	абдоминальные абсцессы	нагноен ран
аппендицит	486	18	12	54
холецистит	263	14	5	57
язвенная болезнь желудка	115	8	5	19

Таблица 2.

Частота послеоперационных гнойных осложнений у больных с установленным диагнозом дисбактериоза.

Заболевание	число больных	перитониты	абдоминальные абсцессы	нагноен ран
аппендицит	156	21	17	42
холецистит	184	12	7	72
язвенная болезнь желудка	82	4	6	21

ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.

В таблице 1 представлены данные о частоте гнойных осложнений после оперативных вмешательств у пациентов с предполагаемым дисбактериозом кишечника. При этом следует учитывать, что анализировались только те случаи, где основное заболевание в предоперационном периоде не было отягощено перитонитом, абдоминальным абсцессом, пневмонией и другими воспалительными процессами. Оперативные вмешательства осуществляли не позже 6 часов от начала заболевания или его осложнения (язвенная болезнь). По упомянутой классификации такие операции относят к “чистым” и условно “чистым”, где частота гнойных осложнений ниже 5-10%. Однако при наличии клинических проявлений дисбактериоза все операции дают частоту послеоперационного инфицирования свыше 25%, что имеет место при “грязных” операциях, сопровождающихся уже в предоперационном периоде явлениями перитонита.

Анализ послеоперационных гнойных осложнений у больных с установленным дисбактериозом кишечника свидетельствует о почти абсолютном (92%) их возникновении (Таблица 2). Наиболее тяжкие осложнения: перитонит, абдоминальные абсцессы различной локализации имеют место у лиц, страдающих другими отягощающими заболеваниями (сахарный диабет, старческий возраст, печеночная или почечная недостаточность, алкоголизм, ожирение).

Вероятными причинами значительного снижения сопротивляемости организма больных в послеоперационном периоде при дисбактериозе являются как комплекс неблагоприятных воздействий, приведших к дисбактериозу, так и его последствия. Доминирующие в микрофлоре кишечника здоровых людей облигатные анаэробные микроорганизмы (бифидумбактерии и лактобактерии) обеспечивают защиту организма от патогенных микроорганизмов (В.М. Коршунов и др., 1994). Их высокая антагонистическая активность по отношению к патогенным микроорганизмам обеспечивается выделением большого количества кислых продуктов: лизоцима, бактериоцинов, спиртов, что препятствует миграции микробов в верхние отделы желудочно-кишечного тракта и другие внутренние органы. Молочная и уксусные кислоты, продуцируемые облигатными анаэробами, способствуют усилению процессов всасывания в стенке кишечника ионов кальция, железа, витамина D. Кроме того, облигатные анаэробные микробы стимулируют местный иммунитет кишечника. Уменьшение количества бифидо- и лак-

тобактерий понижает в значительной степени устойчивость кишечника к заселению его условно патогенными микроорганизмами. Условно патогенные бактерии, в свою очередь, вызывают нарушение всасывания углеводов, жирных кислот, аминокислот, витаминов и успешно конкурируют с организмом хозяина за утилизацию и усвоение питательных веществ. Продукты метаболизма и токсины условно патогенных бактерий снижают дезинтоксикационную способность печени, нарушают проницаемость кишечной стенки, подавляют регенерацию энтероцитов, тормозят перистальтику (В.М. Коршунов и др., 1994). Каждое из этих явлений отягощает течение послеоперационного периода, снижая сопротивляемость организма. Целый комплекс неблагоприятных факторов при большой вероятности транзитной бактериемии приводит к гнойным осложнениям в послеоперационном периоде.

ВЫВОДЫ.

1. Наличие дисбактериоза кишечника очень часто приводит к развитию послеоперационных гнойных осложнений у экстренных хирургических больных.
2. Плановые оперативные вмешательства при дисбактериозе кишечника целесообразно проводить после ликвидации данного состояния.
3. Для снижения послеоперационных гнойных осложнений у экстренных хирургических больных с дисбактериозом кишечника, необходимо проводить эндолимфатическую профилактическую антибиотикотерапию.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Башанкаев Н.А. Профилактика и лечение гнойных осложнений в хирургии неспецифических язвенных колитов с применением эндолимфатической антибиотикотерапии. // Автореф. на соиск. уч. ст. к.м.н. - М. - 1982. - 20с.
2. Ковкало Д.Н., Коновалов Е.П., Плячок А.А. Прогнозирование и профилактика сепсиса в неотложной хирургии. // Хирургия. - 1992. - N7-8. с.14-17.
3. Коршунов В.Н., Иванова Н.П., Каферская Л.И. и др. Нормальная микрофлора кишечника, дисбактериозы и их лечение. // Методические разработки. - М. - РГМУ. - 1994. - 12с.
4. Милонов О.Б., Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии. // М. - Медицина. - 1990. - 560с.
5. Семко А.М., Зюбрицкий Н.М., Головкин А.Ф. Объективизация оценки тяжести состояния больных после внутрибрюшинных оперативных вмешательств. // Клиническая хирургия. - 1987. - N1. - с.24-27.
6. Шевчук М.Г., Витвицкий В.М., Гудэ И.М. О профилактическом применении антибиотиков в абдоминальной хирургии. // Клиническая хирургия. - 1987. - N1. - с.59-62.

М.Х. Ваккасов,
А.В. Девятков

СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ НИЗКОИНТЕНСИВНЫХ ЛАЗЕРОВ ПРИ ДИФFUЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ.

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

Ваккасов М.Х., Девятков А.В.

ЖИГАР ДИФFUЗ КАСАЛЛИКЛАРИДА КУЙИ ИНТЕНСИВ ЛАЗЕРЛАРИНИ ҚЎЛЛАНИЛИШИ.

Ушбу мақолада жигар циррози фаол босқичи даврида 32 беморда, ҳамда талоқ артерияси эмболизациясидан (ТАЭ) сўнг- 38 беморда қуйи интенсив лазерларини қўлланилиши натижалари таҳлил қилинган. Лазер нурланишини асосий манъбаини «Лазурь», «Милта», «Калуга» лазер нурлатгичлари ташкил этган. Ўтказилган экспериментал ва клиник текширувлар шуни аниқладики, жигар циррози фаол даврида лазер нури ёрдамида даволаш, жигар функционал ҳолатини ва гепатоцитлар фаолиятини яхшилашга ёрдам беради, ва шу билан бирга жигардаги цирроз фаоллигини пасайтиришга имкон беради, ва айрим ҳолларда амалиётдан сўнгги жигар етишмовчилигини олдини олиш ва даволашда ҳам яхши самаралар бериши мумкин. ТАЭ-нинг оғир йирингли асоратларини олдини олишда талоқ соҳасини қуйи интенсив лазерлари билан нурлантириш жуда ҳам фойдали деб аниқланди. Лазеротерапия ТАЭ-сини амалиётдан олдинги босқичларда ишлатилишида уни самарасини оширади, ва беморларни портосистем шунтлаш амалиётларига тайёрлаш босқичларида кенг қўлланилишига имконият яратади.

Vakkasov M.Kh., Devyatov A.V.

COMBINED USE OF LOW-INTENSIVE LASERS IN DIFFUSE DISORDERS OF THE LIVER.

The results of combined use of low-intensive lasers on constant magnetic field in 32 patients with active hepatocirrhosis with portal hypertension and in 38 patients after the spleen artery embolization (SAE) before PSS have been analysed. As the source of low-intensive laser radiation the «Lazur» and «Milta» laser apparatus have been used. The wave length was 0.89 mkm with radiation power 20 mkt and impulse frequency from 500 to 1000 Hz. Magnetic induction was 90 MTL. «Kaluga» apparatus with wave length 0.89 mkm, impulse frequency 50 Hz, power 2 mvt, MTL-35 mTL was applied for laser irradiation of blood. The experimental and clinical investigations have shown that laser therapy of the liver projection and major vessels permits to improve the functional hepatic state and hepatocytes activity, there by the degree of cirrhotic process activity is decreased before portasystemic shunting and, also, in definite degree it is effective for prophylaxis and management of hepatic insufficiency after PSS operation. For prophylaxis of SAE complications it is very useful the utilization of transcutaneous magnetolaser radiation of the spleen projection. Laser therapy prevents the development of purulent complications, permits to increase the expressiveness and duration of clinical affect of organ dearterialization, there by it promotes for more wide spread utilization of SAE on the stages of patients preparation to portasystemic anastomosis formation.

Введение.

Цирроз печени- хроническое прогрессирующее заболевание, нередко протекающее с выраженным диффузным воспалительным процессом различной степени, признаками функциональной недостаточности печени и портальной гипертензией.

Имеющиеся терапевтические методы лечения больных циррозом печени, с активизацией патологического процесса и прогрессированием печеночной недостаточности, не дают должного эффекта. В связи с этим, продолжается поиск новых способов улучшения функционального состояния печени в пред- и послеоперационном периодах. [4,6,]

В последнее время, в литературе появились сообщения о применении чрескожного лазерного и магнито-лазерного воздействия при диффузных заболеваниях печени и эндотоксикозах различного генеза. Однако все полученные данные основаны на чисто эмпирическом подходе и нет клинко-экспериментального обоснования применения этих методов при циррозах печени. [1,5,7]

Целью настоящей работы явилось экспериментальное и клиническое обоснование применения НИЛИ инфракрасного диапазона при активном циррозе печени, профилактике постэмболизационных осложнений при усилении окклюзии артериального русла селезенки, а также определить возможности и перспективы сочетания этих методов при портосистемном шунтировании у больных циррозом печени с портальной гипертензией.

Материал и методы исследования.

В клинической части работы нами проведено чрескожное лазерное облучение области проекции печени и крови в проекции бедренных сосудов при комплексном лечении активного цирроза печени у 32 больных в возрасте от 6 до 62 лет, находившихся на лечении в отделении портальной гипертензии НЦХ МЗ РУз за период с 1991 по 1993 гг. Мужчин было 20 (62,5%), женщин-12 (37,5%).

Продолжительность заболевания составляла от 2 месяцев до 10 лет (средняя продолжительность-3 года).

При определении функциональной способности

печени отмечено следующее: у всех больных имело место повышение уровня билирубина, активности трансаминаз, гипоальбуминемия, гиперглобулинемия, гипофибрино- и протромбинемия, увеличение времени свертывания и фибринолитической активности крови, ускорение СОЭ, повышение концентрации аммиака в крови, которые у больных с неактивным цирротическим процессом были в пределах нормы.

Контрольную группу составили 12 больных без проведения лазеротерапии в период активизации цирротического процесса.

В качестве источника низкоинтенсивного лазерного излучения использовали: для наружного облучения проекции печени-полупроводниковый арсенид-галлиевый магнито-лазерный аппарат «Лазурь», генерирующий излучение длиной волны 0,89 мкм с мощностью излучения 20 мВт и частотой импульсов от 500 до 1000 Гц. Магнитная индукция составляла 90 МТл. Облучение проводили в трех зонах в проекции печени по парастеральной, среднеключичной и передней подмышечной линиям. Справа облучение проводилось в течение 2 мин в каждой точке с интервалом через сутки. В зависимости от эффективности лазеротерапии курс облучения состоял из 4-10 сеансов. При активизации цирротического процесса в послеоперационном периоде проводили дополнительные сеансы лазеротерапии до нормализации биохимических показателей и улучшения состояния больных.

Сразу после наружного облучения проекции печени, начинали чрескожное облучение крови в проекции бедренных сосудов в паховой области. Источником лазерного облучения служил инфракрасный полупроводниковый лазерный аппарат «Калуга», генерирующий излучение длиной волны 0,89 мкм, частотой следования импульсов 50 Гц, мощностью 2 мВт. Магнитная индукция 35 мТл. Облучение крови проводилось ежедневно с интервалами между сеансами-24 часа.

В зависимости от показателей проб, отражающих функциональное состояние печени, состав клеток крови, а также от состояния больных, курс лазеротерапии составлял от 5 до 12 сеансов.

Все больные во время лазеротерапии одновременно получали традиционную медикаментозную терапию, включающую переливание белковых препаратов, гепатопротекторов, раствора глюкозы и гемодеза, препараты калия, мочегонные препараты и др.

Морфологический контроль за эффектом лазерной терапии осуществлялся путем исследования пункционных и интраоперационных биопсий печени, а также путем исследования динамики изменения формы эритроцитов с помощью сканирующей электронной микроскопии. Кровь для исследования забиралась из локтевой вены или путем прокола кончика пальца. По мере возможности, проводилось сравнение материала взятого у одного и того же больного до и после проведения лазеротерапии.

Обсуждения полученных результатов.

Непосредственно после лазерного воздействия, и к концу курса лазеротерапии, у больных снижалась интенсивность болей в подреберье, улучшалось их общее состояние, появлялся аппетит, нормализовались температура тела и сон, исчезали отеки на ногах, снижалась желтушность кожных покровов и склер.

При исследовании биохимических показателей, после лазеротерапии, отмечено увеличение белка сыворотки крови, достоверная тенденция к снижению показателей билирубина крови, снижение уровня АЛТ и АСТ, аммиака в сыворотке крови, увеличение содержания фибриногена и протромбинового индекса.

При исследовании состава клеток периферической крови после сеансов лазеротерапии имеется тенденция к повышению содержания эритроцитов, гемоглобина, тромбоцитов, лейкоцитов, замедлению СОЭ. Увеличивалось содержание лимфоцитов.

У больных в контрольной группе эффект от медикаментозной терапии был незначительным, отмечалась тенденция к снижению уровня общего белка крови, усиливалась диспротеинемия, повышались значения АЛТ и АСТ. Больные контрольной группы были выписаны из клиники для лечения в условиях терапевтического стационара.

Таким образом, на основании изучения функциональных проб печени, можно сделать заключение, что лазеротерапия приводит к снижению активности цирротического процесса и улучшению функции печени в до и послеоперационном периодах.

Наиболее достоверным методом изучения функционального состояния печени, а также внутрипеченочной гемодинамики, является комплексное радионуклидное исследование с применением радиофармпрепаратов, содержащих Тс-99м.

Исследование гепатопортального кровообращения после курсов комбинированной лазеротерапии показало, что имеет место некоторое увеличение показателя общего печеночного кровотока при одновременном увеличении процентного вклада портального кровотока.

Наши исследования показали, что, до проведения лечения, у большинства больных имела место паренхиматозная и стромальная активность патологического процесса. (рис.1). При исследовании с помощью сканирующей электронной микроскопии, было установлено, что в момент высокой активности цирротического процесса в крови больных увеличивается содержание различных форм патологически измененных эритроцитов, которые подвержены эхиноцитарной и стоматоцитарной трансформации, что свидетельствует о глубоком нарушении дезинтоксикационной фун-

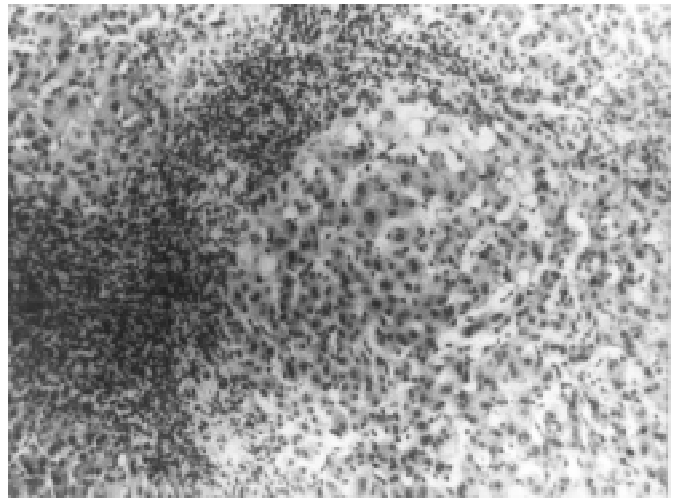


Рис.1. Ткань печени при циррозе в активной стадии. Выражена лимфоидноклеточная инфильтрация стромы с повышенной ее васкуляризацией и пролиферацией желчных ductул. Гематоксилин и эозин. Ув. 10х10.

кции печени.

После курса лазеротерапии в цирротически измененной печени значительно уменьшается инфильтрация стромы лимфоидными клетками, снижается степень патологической васкуляризации, граница между стромой и паренхимой становится более четкой, отсутствуют некрозы гепатоцитов. Меньше выражены признаки белковой и жировой дистрофии. Весьма характерной является реакция микроциркуляторного русла печени на лазерное облучение, при этом, расширяются просветы синусоидных капилляров и перисинусоидальных пространств. В значительной степени снижается межклеточный и внутриклеточный отек, уменьшается количество клеток, активно синтезирующих коллаген. (рис.2).

При исследовании состава периферической крови, после проведения лазеротерапии, установлено, что содержание эхиноцитарно- и стоматоцитарно- трансформированных эритроцитов снижается за счет их обратной трансформации в дискоциты.

Во второй части работы нами проанализированы результаты ЭСА металлическими спиралями, произведенными в НЦХ МЗ РУз за период 1984-1993гг у 169 больных циррозом печени с портальной гипертензией. В том числе у 38 больных, для профилактики постэмболизационных осложнений, было использовано низкоинтенсивное инфракрасное лазерное облучение проекции селезенки.

Современная техника эндоваскулярных вмешательств позволяет усилить степень ишемии органа, вплоть до развития тотальных инфарктов органа, но серьезным препятствием, сдерживающим внедрение более эффективных способов ЭСА, является высокая вероятность развития постэмболизационных осложнений у больных циррозом печени, которые, как известно, особо чувствительны к эндо- и экзогенным факторам агрессии. Это требует поиска более эффективных методов профилактики и лечения постэмболизационных осложнений, которые позволили бы усилить выраженность и продолжительность клинического эффекта деартериализации органа. [2,3,8]

Несмотря на бесспорные преимущества, ЭСА сопровождается рядом осложнений, как специфических для эндоваскулярных вмешательств, так и наблюдающихся у больных циррозом печени после любой экзо-

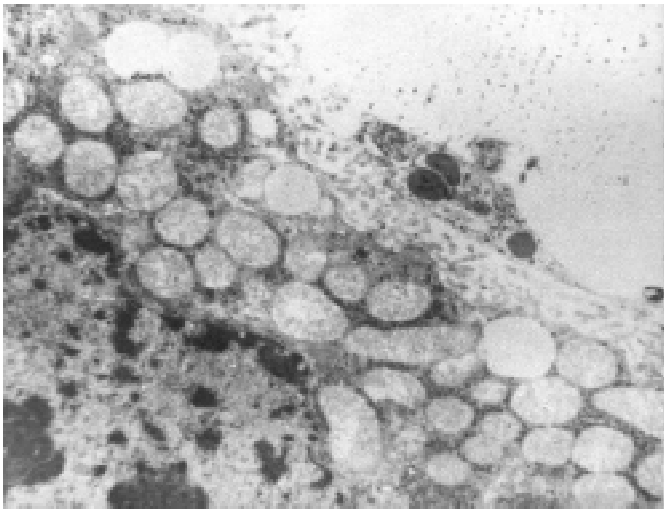


Рис.2. Увеличение количества митохондрий и крист в них. Расширение пространств Диссе. Биоптат печени после проведения лазеротерапии. ТЭМ. Ув. 8000.

и эндогенной агрессии. Особую угрозу представляет инфицирование зоны инфаркта, которое сопровождается развитием таких осложнений, как разнообразные формы сепсиса, а также пневмониями, плевритами и другими септическими осложнениями, протекающими с выраженным интоксикационным синдромом. [2,3,8,9]

Летальность после ЭСА составляет от 7,1 до 22,7%, это зависит от уровня размещения спирали в СА и стадии цирроза печени [2,3]

При острой редукции кровотока по селезеночной артерии абсцедирование инфарктов селезенки, сопровождавшееся сепсисом, пневмонией и тяжелой печеночной недостаточностью было отмечено у 16-52% больных [8].

В отечественной и зарубежной литературе нет четких данных о частоте осложнений ЭСА и путях профилактики постэмболизационных осложнений. Патогенетическая ценность этого метода до настоящего времени дискуссионна, мало сообщений о применении ЭСА как предварительного этапа перед проведением портосистемного шунтирования при радикальной коррекции портальной гипертензии у больных циррозом печени. Все это предопределило цель исследования настоящего раздела работы.

Экспериментальная часть работы выполнена на 58 белых крысах породы «Вистар» массой 120-150 г.

Целью эксперимента явилось создание ишемического инфаркта селезенки после перевязки сосудов органа и изучения воздействия НИЛИ инфракрасного диапазона на ишемизированную селезенку.

Проксимальная и медиальная ЭСА была выполнена у 30 больных. Оба вида данного вмешательства позволяют снизить портальное давление и оказывают кратковременное влияние на угнетение гиперспленизма вследствие быстрого восстановления кровотока по коллатералам. Осложнений при этих видах ЭСА не наблюдалось.

Дистальная ЭСА выполнена у 139 больных, при этом спирали размещали максимально ближе к воротам селезенки и в ее разветвления 1-2 порядка. Данный вариант ЭСА приводит к развитию инфарктов селезенки в 88% наблюдений.

У 38 больных (из 139) нами был применен сочетанный способ эмболизации артериального бассейна селезенки путем подбора и введения спиралей раз-

личного диаметра с фиксацией их на разных уровнях селезеночной артерии. Этим достигалась окклюзия внутриорганных ветвей селезеночной артерии второго-пятого порядка. Эмболизация считалась достаточной, когда достигалось выключение из кровотока 20-40% паренхимы органа. После размещения спиралей во внутриорганных ветвях СА, одна, наиболее крупная по диаметру спираль, устанавливалась в просвете магистрального ствола селезеночной артерии, ближе к воротам селезенки. После извлечения стилета и полиэтиленовой трубки из просвета селезеночной артерии для уточнения локализации спиралей проводилась рентгенография проекции селезенки (рис. 3).

Данный вариант ЭСА протекал по типу острой окклюзии просвета СА. Инфаркты органа обнаруживались у 100% больных, но ни в одном случае не был отмечен тотальный инфаркт органа.

Изменение структуры селезенки после ЭСА оценивали с помощью ультразвукового исследования селезенки на аппаратах «Aloca» SSD -630 и «Combison» 320-5.

У больных 1 группы (101) проводилась медикаментозная терапия. В большинстве случаев клинические признаки постэмболизационного периода корригировались или полностью исчезали через 15-20 суток после ЭСА. Безуспешность консервативной терапии была отмечена у 5 больных. У них сохранялись сильные боли и напряжение мышц в левом подреберье, синдром интоксикации и гипертермия. Ультразвуковое исследование у этих больных выявило участки обширного инфаркта с очагами деструкции органа (рис.4).

Все 5 больных были прооперированы в экстренном порядке на высоте интоксикации. Во время операции у 1 больного был диагностирован нагноившийся инфаркт верхнего полюса селезенки, у 2 больных-абсцесс области инфаркта средней части и нижнего полюса селезенки на фоне массивного спаечного процесса и периспленита. Во всех случаях была произведена спленэктомия с большими техническими трудностями.

Общая летальность составила у больных первой группы 5,95%. В группе больных с декомпенсацией цирротического процесса летальность составила 21,4%.

У больных 2 группы (38) после сочетанной ЭСА, наряду с традиционными методами лечения, проводилось магнитолазерное облучение проекции селезенки. В качестве источника лазерного излучения использо-

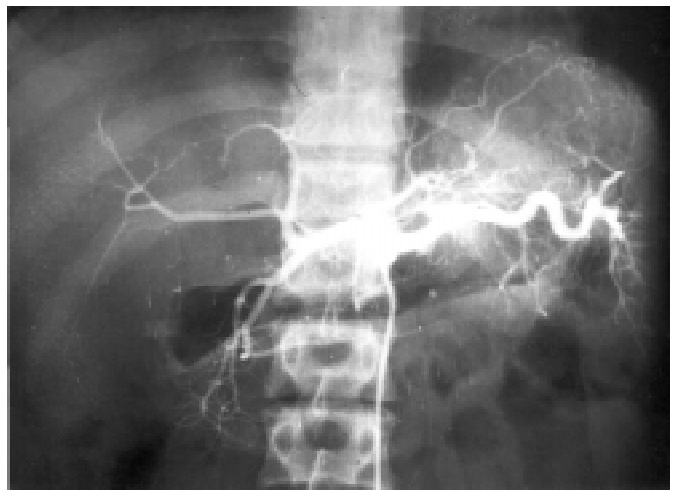


Рис.3. Обзорная рентгенограмма больного после сочетанной ЭСА спиралью типа Гиантурко.

Таблица 1

ОСЛОЖНЕНИЯ РАННЕГО ПОСТЭМБОЛИЗАЦИОННОГО ПЕРИОДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ РАЗМЕЩЕНИЯ СПИРАЛИ В СЕЛЕЗЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ.

Вид осложнений	Проксимальный n=6
1.Болевой синдром	4 (66,6%)
2.Температурная реакция	2(33,3%)
3.Пневмония	-
4.Плеврит	-
5.Парез кишечника	1 (16,6%)
6. ровотечение из ВРВП	-
7.Печеночная недостаточность	-
8.Нарастание асцита	-
9.Абсцессы селезенки	

вался инфракрасный лазер «Лазурь». Облучение проводилось чрезкожно в 4 зонах в левом подреберье (в наиболее болезненных точках) с частотой следования импульсов 500Гц и мощностью 20 мВт, по 2-3 минуты на точку с умеренной компрессией на ткани передней брюшной стенки. Магнитная индукция составляла 90 мТл. В зависимости от состояния больных и динамики разрешения инфарктов селезенки, число сеансов лазеротерапии составляло от 5 до 12. При наличии инфаркта в верхнем полюсе селезенки облучение проводили через межреберные промежутки левой половины грудной клетки в проекции верхнего полюса селезенки.

У большинства больных после 1 сеанса лазеротерапии отмечался положительный эффект в виде уменьшения или полного исчезновения болей, чувства тяжести и распираания в левом подреберье, а также улучшения общего состояния и нормализации температуры тела. Анальгезирующий эффект продолжался 24 часа. В процессе лазеротерапии и к ее завершению больные особых жалоб не предъявляли, хотя у них имели место инфаркты селезенки. При эхографическом контроле к концу сеансов лазеротерапии инфаркты селезенки не обнаруживались или сохранялись небольшие эхонеоднородные участки. Инфицирование инфарктов с образованием абсцессов также не на-

блюдалось.

При оперативных вмешательствах, проводимых в плановом порядке, в брюшной полости отсутствовал спаечный процесс, участки инфарктов селезенки замещались соединительной тканью, при этом отсутствовали явления периспленита, что обеспечивало доступ к сосудам портальной системы. Летальных исходов, непосредственно связанных с ЭСА, отмечено не было.

Гистологическими исследованиями было установлено, что в зоне инфарктов сохраняются лимфоидные фолликулы. Они, преимущественно, небольшого размера с обедненным клеточным составом. Весьма характерным является существенное расширение просветов синусоидов.

Зоны ишемии не превращаются в бесструктурные участки организации, в них всегда можно проследить участки фиброзноизмененной красной пульпы. При этом, в трабекулярном аппарате основная масса сосудов была в состоянии умеренного полнокровия. Даже если имеет место наличие небольших участков некрозов, то вокруг них отсутствует обширная зона демаркации. (Рис.5).

Проведенные экспериментальные исследования, позволяют сделать следующее заключение:

-перевязка ствола СА (в эксперименте у крыс) приводит к обширному некрозу паренхимы селезенки, нередко осложняющимся инфицированием с образованием абсцессов:

-парциальная перевязка сосудов у ворот селезенки также приводит к некрозу соответствующих участков селезенки.

-совместное применение операции перевязки СА с чрескожным лазерным облучением проекции селезенки приводило к некротизированию паренхимы органа, но в значительно в меньшем объеме, с последующей организацией и образованием фиброзной ткани. В основе данного эффекта лежит способность лазерного излучения в ИК-диапазоне улучшать микроциркуляцию и интенсивность коллатерального кровообращения и, тем самым, снижается вероятность абсцедирования инфарктов селезенки.

Сравнительная оценка методов профилактики и лечения в постэмболизационном периоде приведена в таблице 2. Как видно из таблицы, применение НИЛИ инфракрасного диапазона оказывается весьма эффек-



Рис.4. Ультразвуковое исследование селезенки после ЭСА. Участки обширного инфаркта с очагами деструкции органа.

Таблица-2.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСТЭМБОЛИЗАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Вид осложнения	традиционн
1.Болевой синдром	20
2.Гипертермия	12
3.Кровотечение из вен пищевода	4
4.Прогрессирование ОПН	8
5.Нарастание асцита	8
6.Абсцесс селезенки	5
ВСЕГО/ЛЕТАЛЬНОСТЬ	57/

тивным. Абсцедирования инфарктов, а также летальных исходов не было. Использование НИЛИ существенно облегчает течение постэмболизационного периода, предупреждает или уменьшает вероятность развития специфических для ЭСА осложнений, а также осложнений портальной гипертензии у больных циррозом печени.

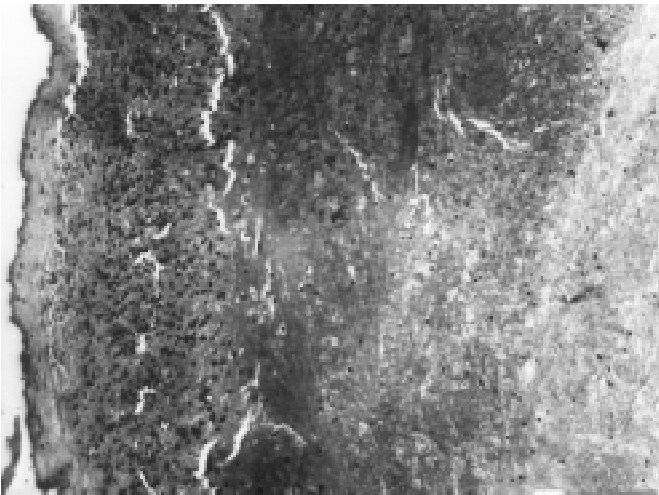


Рис.5. Тонкая демаркационная зона между инфарктом и здоровыми тканями селезенки после применения ЭСА с лазеротерапией. Окрашка гематоксилином и эозином. Ув. 10х10.

ВЫВОДЫ.

Таким образом, комбинированное применение лазеротерапии при активном циррозе печени, благодаря суммированию их положительных свойств, позволяет значительно улучшить функциональное состояние печени и активности гепатоцитов, снижает концентрацию в крови разнообразных токсических веществ, уменьшает, а в ряде случаев, нормализует, состав периферической крови. Это уменьшает степень активности цирротического процесса перед портосистемным шунтированием, а также, в определенной степени, эффективно для профилактики и лечения печеночной недостаточности после ПСШ.

ЭСА является малотравматичным и, сравнительно, безопасным методом коррекции портальной гипертензии и гиперспленизма в комплексном лечении больных циррозом печени. Она может служить предварительным этапом перед проведением операции портосистемного шунтирования.

Наиболее выраженный и продолжительный эф-

фект наблюдается при сочетанном способе ЭСА. Необходимо отметить, что сочетанная ЭСА наиболее часто сопровождается развитием обширных инфарктов органа с большой вероятностью абсцедирования селезенки.

В профилактике осложнений сочетанной ЭСА весьма полезным оказывается использование чрескожного магнитолазерного облучения проекции селезенки. Применение НИЛИ в постэмболизационном периоде предупреждает развитие гнойных осложнений, усугубляющих течение основного заболевания. Это способствует более широкому использованию ЭСА на этапах подготовки больных к наложению портосистемных анастомозов.

Сочетанное использование ЭСА и НИЛИ позволяет усилить выраженность и продолжительность клинического эффекта деартериализации органа.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Байбеков И.М., Касымов А.Х., Козлов В.И. /Под редакцией Козлова В.И., Байбекова И.М./ Морфологические основы низкоинтенсивной лазеротерапии.- Ташкент, 1992.-223с.

2. Гранов А.М.,Щелухин А.П., Рыжков В.К. Эмболизация селезеночной артерии при циррозе печени.//Вестник хирургии им Грекова.-1987.-N5.-с.23-29.

3. Девятов А.В.Эмболизация селезеночной артерии в комплексном лечении больных циррозом печени с портальной гипертензией. Автореферат дисс.канд. мед. наук-Москва., 1988.-18 с.

4. Логинов А.С.,Блок Ю.Е. Хронические гепатиты и циррозы печени.-М.:Медицина., 1987.-268с.

5. Назыров Ф.Г., Ваккасов М.Х., Байбеков И.М. Лазерное облучение крови в комплексном лечении осложненных форм цирроза печени. /Актуальные вопросы современной хирургии//Тез. докл. Всероссийской научно-практич. конф.-Волгоград, 1993.-с.80.

6. Пацiora М.Д. Хирургия портальной гипертензии.-М.,Медицина,1974.-406 с.

7. Autsumi K. Biostimulation effect of low power energy diode laser for pain relief.//Laser. Surg.Med.-1983.- V7. -N1.-p.77-78.

8. Embolization of the spleen for treatment of splenomegaly and hypersplenism in patient with portal hypertension./Owman T., Lunderguist A., Alwmark A.,et al.//Invest. radiol.-1979.-V.14.-N6.-p.457-464.

9. Evaluation of splenic embolization in pathients with portal hypertension and hypersplenism./Alwmark A., Bengmark S., Gullstrand et al.//Ann. surg.-1982.-V.196.- N5.- p.518-524.

Э.С. Джумабаев

ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ
ЛИМФАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В СИСТЕМЕ ЭКСТРЕННОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ПРИ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ
СИТУАЦИЯХ

Андижанский Государственный медицинский институт.

Э.С.Жумабаев

Экстремал холатлар ва тезкор тиббий ёрдам мажмуасида замонавий лимфатик терапия усулларни имкониятлари.

Андижон тиббиёт институти госпитал ва факультет жарроҳлиги кафедрасини ЎзР ССВ Клиник лимфология маркази билан ҳамкорлигида 30 йил давомида йигилган улкан экспериментал ва клиник материаллари лимфатик терапияни унумли усулларни тавсия қилишга имкон беради. Лимфотроп антибиотикотерапия, лимфотроп анальгезия ва регионал лимфоген детоксикация операциядан кейинги асоратлар ва леталлики 2-3 маротаба камайтиришга ёрдам беради.

E.S.Jumaboev

Opportunities of modern methods of lymphatic therapy in emergency medical help system and at extreme situations.

The accumulated large experimental and clinical material of 30-year activity of hospital and faculty surgery of Andijan medical institute in commonwealth with Uzbekistan Republic Center of clinical lymphology permits to recommend a number of effective methods of lymphatic therapy in the system of emergency medical help. Lymphotrop analgize and regional lymphogen detoxification permit to reduce postoperative complications and lethality in 2-3 times.

Кафедра госпитальной и факультетской хирургии Андижанского медицинского института совместно с Республиканским центром клинической лимфологии МЗ РУз предлагает совершенно новые в условиях экстренных экстремальных ситуаций лечебные технологии, которые направлены на борьбу с болевым шоком и хирургической инфекцией благодаря последним научным сведениям в области клинической лимфологии. Речь идет о лимфотропной антибиотикотерапии, лимфотропной анальгезии и региональной лимфогенной детоксикации тканей (гистореанимация).

Лимфотропная антибиотикотерапия.

Прежде чем применить метод в клинике мы обратились к экспериментальным исследованиям. У 38 собак с 8 часовым каловым перитонитом и дренированным грудным лимфатическим протоком на шее проведено 4 серии экспериментов. Для изучения фармакокинетики нами выбран гентамицин, который использовался в дозе 1 мг/кг. В 1 серии антибиотик вводился внутримышечно, во второй – в периферическую вену тазовой конечности, в 3 серии – лимфотропно и в 4 – подкожно. Методика лимфотропной терапии неоднократно публиковалась нами ранее [1,3]. Изучение

фармакокинетики антибиотика при подкожном введении было обусловлено тем, что при лимфотропной терапии препараты вводятся так же подкожно, только в условиях измененной микроциркуляции. Нам необходимо было сравнить оба этих метода в целях объяснения механизмов лимфотропного эффекта. Для определения концентрации центральную лимфу и сыворотку крови исследовали через 0,5;1;3;6 и 24 часа после введения антибиотика, через 6 и 24 часа изучали концентрацию препарата в отдельных органах и лимфатических узлах. Концентрацию определяли методом диффузии в агар в НИИ антибиотиков (г. Москва). В качестве тест-микроба использовали штамм B.Subtillis (6633) в микробной нагрузке 10⁸ тел на 1 мл питательной среды. Результаты сравнительной фармакокинетики представленные в таблице 1 показали, что метод лимфотропного введения антибиотика создает большее, более стабильное и длительное содержание препарата как в центральной лимфе, так и в крови, по сравнению с внутримышечным, внутривенным и подкожным введениями. Однократное лимфотропное введение гентамицина в среднетерапевтической дозе обеспечивает в течение 24 часов субтерапевтическую концентрацию антибиотика как в

Таблица 1

Концентрация гентамицина (мкг/мл) в сыворотке крови и лимфе при однократном введении препарата различными способами, в дозе 1 мкг/мл

Пробы	метод введения	в	
		0,5	1
кровь	в/м	6,22 ± 0,7*	10,34 ± 0,8
	в/в	7,81 ± 1,06*	12,8 ± 0,6
	п/к	4,23 ± 0,7	6,46 ± 1,4
	л/т	1,88 ± 0,4	Нет
лимфа	в/м	в/в	п/к
	1,91 ± 0,18*	7,68 ± 0,42	4,27 ± 0,6
	1,25 ± 0,42*	1,88 ± 0,25*	1,41 ± 0,74
	Нет	1,63 ± 0,24	Нет

Условные обозначения : в/м – внутримышечный; в/в – внутривенный; п/к – подкожный; л/т – лимфотропный; * – достоверные различия P < 0,05.

центральной лимфе, так и в крови. Вычисление площади концентрации антибиотика по кривой лимфы и крови при различных способах введения показало, что в лимфе при внутримышечном введении площадь концентрации гентамицина равна 47,01 см², внутривенном — 41,35 см², подкожном — 50,05 см², а лимфотропном — 118,1 см².

Выяснилось, что метод лимфотропного введения создает в лимфе более чем в 2 раза большую концентрацию в сравнении с традиционными способами введения антибиотиков.

При исследовании концентрации антибиотиков в органах и лимфатических узлах брюшной полости оказалось, что уже через 6 часов традиционные способы не обеспечивают достаточных концентраций, в большинстве исследованных тканей. При лимфотропном же способе создавались терапевтические концентрации в брыжеечных и тазовых лимфатических узлах. Через 24 часа, ни при одном из традиционных методов гентамицин не содержался в исследуемых тканях (печень, стенка кишки, брюшина), тогда как лимфотропный метод создавал субтерапевтические концентрации от 0,87 мкг/г до 1,4 мкг/г.

Таким образом, данные экспериментальных исследований показали, что метод лимфотропного введения создает более стабильное и длительное содержание препарата как в лимфатической системе, так и в крови, а также в органах брюшной полости. Учитывая преимущественно лимфогенное распространение инфекции, а также возможность применения метода на самых первых этапах оказания помощи в условиях экстренных и экстремальных ситуаций, принимая во внимание длительный лечебный эффект метода, не требующего частых повторных инъекций в течение суток, мы считаем, что лимфотропная антибиотикотерапия является терапией выбора в рассматриваемых ситуациях.

Нами проанализированы результаты применения метода лимфотропной антибиотикотерапии: 1526 больных (основная группа) с экстренной хирургической патологией органов брюшной полости, 1344 больных с идентичной патологией и объемом оперативных вмешательств составили контрольную группу. У этих больных антибиотики вводились внутримышечно или внутривенно (таблица 2). Вид используемых антибио-

тиков был идентичен в сравниваемых группах больных, отдавали предпочтение аминогликозидовой группе препаратов.

Результаты исследования показали, что использование лимфотропной антибиотикотерапии в комплексном лечении больных приводит к более благоприятному течению послеоперационного периода, с более быстрой ликвидацией воспаления, отека тканей, нормализацией температурной реакции и содержания лейкоцитов крови, быстрее восстанавливается перистальтика кишечника. Все это позволяет более активно вести больных, с ранним кормлением и ходьбой. Благодаря использованию метода, в большинстве наблюдений удалось снизить число осложнений и летальность у больных с urgentной хирургической патологией (таблица 2). При этом курсовая доза антибиотиков была сокращена в 4-5 раз, а число производимых инъекций в среднем в 3 раза.

Лимфотропная анальгезия.

Основываясь на исследованиях Новосибирского института экспериментальной и клинической лимфологии показавших наличие в организме человека лимфо-ликворных связей, нами проведены экспериментальные исследования проникновения анальгетиков в ликвор, минуя гематоэнцефалический барьер. Известно, что существующие методы введения анальгетиков обеспечивают обезболивающий эффект в течение 2-3 часов. При этом в результате наличия мощного гематоэнцефалического барьера в ЦНС проникает от 18 до 30% обезболивающего вещества. Остальная часть, не оказав лечебного воздействия, довольно быстро выводится из организма. Исследования проведенные на 16 собаках, у которых в течение суток забирались сыворотка крови и ликвор, показали, что метод лимфотропной анальгезии обеспечивает большее, по сравнению с внутривенным введением, проникновение препаратов в ликвор и составляет 70-80% от концентрации в крови. Кроме этого высокая концентрация анальгетика удерживается в ликворе в течение 18-20 часов. Методика лимфотропной анальгезии идентична лимфотропному введению антибиотиков [1,3].

Лимфотропная анальгезия обеспечивает более длительный, по сравнению с традиционными методами, обезболивающий эффект при использовании разо-

Таблица 2

Структура гнойно-воспалительных осложнений и летальности у наблюдаемых больных

Заболевание	Число больных	
	основная	контрольна
Острый деструктивный аппендицит	400	353
Перфоративная язва	257	207
Ущемленная грыжа	209	235
Острый деструктивный холецистит	358	361
Острая кишечная непроходимость	193	106
Острый деструктивный панкреатит	20	16
ВСЕГО:	1526	1344

Примечание: В структуру гнойно-воспалительных осложнений вошли: абсцессы и инфильтраты брюшной полости, продолжающийся перитонит, эвентерация, нагноения и серомы послеоперационной раны, желчные и панкреатические свищи.

Таблица 3

Анализ некоторых осложнений и летальности в раннем послеоперационном периоде после ургентных операций на желудке и тонкой кишке

Осложнения	региональная лимфо детоксикация	
	Всего больных 1	
	Абс.	
Несостоятельность швов	8	
Анастомозит	4	
Инфильтраты, абсцессы брюшной полости	6	
Панкреатит	3	
Желудочно-кишечное кровотечение	-	
Перитонит (разлитой, продолжающийся)	7	
Летальность	10	

Примечание:
1. Операции на желудке предприняты по поводу перфоративной язвы. Первичная резекция выполнена у 21 больного основной и 17 больных контрольной группы. В остальных наблюдениях выполнено иссечение язвы стволовая ваготомия (110 - в основной группе и 95 - в контрольной).
2. В группу операций на тонкой кишке вошли больные перенесшие резекцию кишечника по поводу ее травмы, ущемления и острой непроходимости (58 - в основной и 49 - в контрольной группах).

вой дозы анальгетика, вводимого однократно, что имеет важное значение в системе организации экстренной медицинской помощи и борьбе с шоком на этапах медицинской эвакуации. Благодаря легкой доступности метода, он может быть применен на самых ранних этапах как сандружинником и фельдшером в догоспитальном периоде, так и в специализированных стационарах, обученной медицинской сестрой. Немаловажное значение имеет и экономическая сторона вопроса: метод позволяет снизить потребность анальгетиков (в том числе и наркотических) в 4-5 раз. Нами метод лимфотропной анальгезии применен у 86 больных после обширных и травматичных операций на органах брюшной полости и грудной клетки. При одно-двукратном использовании в течении суток разовой дозы анальгетиков, вводимых лимфотропно, мы достигали стойкого обезболивающего эффекта в 83% случаев. Для лимфотропной анальгезии мы применяли : промедол, омнопон, морфин, аналгин, максиган, апалгин, трамал и др.

Региональная лимфогенная детоксикация тканей (гистореанимация).

Наши исследования проведенные совместно с патологоанатомической лабораторией (проф. И.М.Байбеков) НЦХ им.акад. В.В.Вахидова на электронно-микроскопическом уровне показали, что многие ургентные хирургические заболевания, оперативные вмешательства, а также травматические повреждения (сдавления, разможения, ушибы) при экстремальных ситуациях приводят к значительным изменениям в тканях. При этом в интерстиции в большом количестве накапливаются обломки клеток, продукты дисметаболизма и крупномолекулярный белок, что нарушает местный гомеостаз и усугубляет межклеточный отек. Наблюдается

выраженная гипоксия тканей с высокой вероятностью развития некроза. Отечной жидкостью сдавливаются кровеносные капилляры, а лимфатические микрососуды, в силу особенностей анатомического строения, наоборот, расширяются и способствуют отведению из интерстиция продуктов нарушенного метаболизма. Этим проявляется защитная реакция, создающая условия для усиленной лимфопродукции и вымывания клеточных ядов и других посторонних веществ с последующей их нейтрализацией в лимфатических узлах. Однако в условиях повышенного разрушения тканей, сопровождающегося микробным обсеменением может наступить недостаточность лимфатического дренажа, которая чаще всего связана с изменением реологических свойств лимфы и наступлением рассеянного микролимфотромбоза. При этом развивается декомпенсация микроциркуляции, сопровождающаяся местным гистотоксикозом и иммунодефицитом с последующим развитием некробиоза тканей, что клинически проявляется такими серьезными осложнениями как перфорация полых органов, перитонит, недостаточность швов, инфильтраты и абсцессы брюшной полости, сопровождающиеся высокой летальностью. Адекватное лимфатическое дренирование поврежденных тканей решающим образом определяет степень детоксикации тканей, что имеет важное значение для исхода патологического процесса.

Учитывая вышеизложенное, нами разработан метод региональной лимфогенной детоксикации тканей (гистореанимация), патент №4706856 от 14.02.92 г.

Сущность метода заключается в установлении микроиригатора (типа Сельдингер) в близлежащих к патологическому очагу связочных образованиях. Так, при абдоминальной патологии микроиригатор уста-

навливается в малом сальнике при операциях на органах верхнего этажа брюшной полости, при патологии органов нижнего этажа брюшной полости в брыжейке тонкой либо толстой кишок. Региональная лимфогенная гистореанимация достигается стимуляцией лимфатического дренажа путем последовательного введения в микроиригатор лидазы 16 ед. + гепарина 70 ед/кг и глюкозо-новокаиновой смеси 50-100 мл (капельно). В отдельных случаях добавляется антибиотик и ингибитор протеаз. Региональная лимфогенная детоксикация проводится один-два раза в сутки, в течение 3-5 дней.

Наши исследования показали, что используемая методика усиливает лимфоток, восстанавливает микроциркуляцию, уменьшает отек и способствует местной детоксикации тканей. При этом удается оживлять (реанимировать) поврежденные ткани, находящиеся в так называемом состоянии "парабиоза".

Включение в комплекс послеоперационных мероприятий при ургентной хирургической патологии органов брюшной полости региональной лимфогенной детоксикации, обеспечивает более благоприятное течение послеоперационного периода, способствует

уменьшению частоты несостоятельности швов, анастомозита, послеоперационного панкреатита, моторно-эвакуаторных нарушений кишечника, гнойно-инфекционных и других осложнений в 2-4 раза, а также уменьшает летальность (таблица 3).

Таким образом, нами предлагаются современные, патогенетически обоснованные, эффективные, экономичные, легко выполняемые на любых этапах медицинской помощи методы лимфатической терапии, апробированные на большом экспериментальном и клиническом материале, которые могут занять свое место в организации ургентной помощи обычного и экстремального режима, способствующие снижению осложнений и летальности.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Джумабаев С.У. и соавт. "Состояние и перспективы развития клинической лимфологии в Узбекистане", *Узбекистон хирургияси*, 1999, № 2, стр.38-41.
2. Назыров Ф.Г., Алиев М.М., Ходжибаев А.М. и другие. *Государственный научный центр экстренной медицинской помощи. Узбекистон хирургияси*, 1999, № 1, стр. 13-15.
3. *Справочник по клинической лимфологии. Под редакцией С.У.-Джумабаева, В.А. Хакимова, Ташкент, Ибн Сино, 1999, стр. 325.*

Н.Ф. Дрюк,
Л.М. Чемуха.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ И ЛИМФОВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В СТАДИИ ТРОФИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ

Институт клинической и экспериментальной хирургии АМН Украины

N.F.Dryuk, L.M.Chemucha

The surgical treatment of chronic venous and lymph-venous insufficiency of the lower extremities with skin changes

The work generalized the results of examination and surgical treatment of 283 patients with different form of chronic venous & lymph-venous insufficiency /CVL CLVI/ with skin changes and ulceration. New pathogenetic surgical approach is elaborated, that consists in staging correction of hemodynamic and lymphodynamics and different plastic procedures for trophic ulcers. Proposed strategy provided 88% of satisfactory remote results.

Хронические заболевания венозной системы нижних конечностей являются одной из наиболее актуальных проблем современной клинической ангиологии. Это связано, с одной стороны, с чрезвычайно большой распространенностью заболевания, с другой - с неудовлетворительностью результатов оперативного лечения, не учитывающего всех патогенетических механизмов болезни. Ситуация усугубляется тем, что хроническая венозная недостаточность /ХВН/ поражает преимущественно людей трудоспособного возраста, приводя к снижению работоспособности с последующей инвалидизацией [1,4,6].

ХВН - собирательный термин, включающий в себя все формы патологических проявлений в нижних конечностях, причиной которых является клапанная недостаточность венозных магистралей всех систем - подкожной, перфорантной и глубокой, врожденная или приобретенная, абсолютная или относительная, сопровождающая такие патологические состояния как варикозная болезнь (ВБ), посттромботическая болезнь (ПТБ), венозную форму ангиодисплазии и особое клиническое проявление - синдром хронической лимфовеенозной недостаточности (ХЛВН) нижних конечностей. В настоящее время достаточно хорошо обрабо-

таны способы оперативного лечения данной группы заболеваний, разработаны схемы медикаментозной терапии. Однако эффективность самого современного лечения целиком зависит от своевременности и точности диагностики заболевания и патогенетической обоснованности применяемого хирургического лечения. Несмотря на многолетнее и всестороннее изучение ХВН нижних конечностей, результаты хирургического лечения отдельных тяжелых форм ПТБ, сопровождающихся ХЛВН остаются в большинстве случаев неудовлетворительными, а больных относят к разряду "инкурабельных". Постоянно прогрессируя ХВН нижних конечностей приводит к развитию трофических расстройств тканей голени. В зависимости от стадии заболевания (С 4-6) согласно классификации 1994г., принятой Американским Венозным Форумом [7,8] клинически они выражаются гиперпигментацией, индурацией тканей голени, перманентно текущим целлюлитом, переходящим в липодермсклероз и трофическими язвами, частота которых у взрослого населения достигает 5%.

Нами обобщен опыт клинко-инструментального обследования и оперативного лечения 283 больных с ХВН нижних конечностей в стадии трофических на-

рушений в возрасте от 19 до 71 года. Из них 98 (34,6%) - мужчины, 185 (65,4%) - женщины. Наибольшее количество больных (79,7%) оперированы в трудоспособном возрасте (28 - 50 лет). Анализ клинических данных и инструментальных методов обследования позволил выделить 4 клинические группы больных с ХВН в стадии трофических расстройств, обусловленной: ВБ, сопровождающейся несостоятельностью клапанов подкожных и/или перфорантных вен (57 пациентов), первичной клапанной недостаточностью глубоких вен (38 пациентов); ПТБ с реканализацией и/или окклюзией вен (92 пациента), ХЛВН, осложнившейся течением ВБ или НТБ (96 пациентов). У 63 пациентов были трофические язвы в активной фазе.

Использовали широкий комплекс обследований: доплерографию, радионуклидные и иммунологические методы, рентгеноконтрастную флебо-, лимфографию, патоморфологические исследования и измерение подфасциального давления у пациентов с выраженным целлюлитом и липодермосклерозом (фасциокомпрессионным синдромом - ФКС). Обследования проводили дифференцированно, в зависимости от формы заболевания. Новые диагностические перспективы открылись в связи с широким применением доплерографии, т.к. до недавнего времени единственным диагностическим средством выяснения характера и протяженности поражения глубоких и подкожных вен была рентгеноконтрастная флебография. Проведено обследование 97 больных с ХВН нижних конечностей методом ультразвукового дуплексного сканирования. Целью исследования было: определение проходимости глубокой венозной системы нижних конечностей, определение состояния клапанного аппарата поверхностных и глубоких венозных магистралей и локализации несостоятельных перфорантных вен в зонах с трофическими нарушениями, выявление выраженной эктазии и функциональной несостоятельности суральных вен. При определении диагностической информативности ультразвукового исследования (УЗИ) верификация выполнена с помощью традиционной рентгеноконтрастной восходящей и ретроградной флебографии. При этом полное совпадение диагнозов достигнуто в 85,7% наблюдений.

Анализ ангиографических данных позволил в значительном проценте случаев выявить определенное соответствие между изменениями на флебо- и лимфограммах и клинической картиной заболевания. В стадии индурации у большинства была реканализация и клапанная недостаточность бедренных вен, расширение коммуникантных вен, особенно на голени в зоне индурации, возрастание числа коллатеральных вен; при варикозной болезни - несостоятельность клапанов поверхностных вен, иногда глубоких с расширением коммуникантных вен. При этом на лимфограммах отмечались следующие типы поражения лимфатических сосудов: необструктивный тип - расширение лимфатических сосудов с признаками декомпенсации лимфатического оттока; обструктивный тип - блокада лимфатических сосудов на разных уровнях вследствие их повреждения или облитерации, выход контрастного вещества в области трофической язвы.

Патоморфологические исследования кожи, подкожно-жировой клетчатки, проведенные у 13 пациентов с ХВН, возникшей на фоне ВБ, ПТБ, ХЛВНУ показали,

что дегенеративные изменения в коже начинаются рано. Имелся ряд изменений уже в стадии клинической компенсации болезни. В частности, наблюдалось истончение дермы за счет сетчатого слоя, уменьшение количества придатков кожи: волосяных фолликулов, сальных и потовых желез. Окружающие их сосуды в большинстве случаев расширены и полнокровны, частично сужены, некоторые с утолщенными стенками. Наиболее тяжелые нарушения микроциркуляции наблюдали в зонах, дренируемых перфорантными венами. У 27 пациентов с трофическими язвами наблюдали склероз или тромбирование артерий и артериол гиподермы. В краях язвы придатки кожи замещены соединительной тканью, в дне язвы резкое истончение, а порой и отсутствие слоя жировой клетчатки, замещение соединительнотканнвыми волокнами.

Проведенное детальное обследование пациентов с ХВН явилось обоснованием для применения патогенетически обоснованного хирургического лечения. В группе пациентов с трофическими расстройствами, возникшими на фоне несостоятельности клапанов подкожных и перфорантных вен (57 пациентов), основным методом лечения была венэктомия с перевязкой коммуникантных вен, в сочетании с оригинальной методикой подкожного "закрытого разрушения" специальными инструментами (34 больных), а также локальной склеротерапии сегментов подкожных вен, расположенных в очагах липодермосклероза, и содержащих несостоятельные перфорантные вены (5 пациентов). Отметим, что операция эффективна в плане лечения основного заболевания и способствует регрессу трофических нарушений.

Одним из пусковых механизмов в генезе трофических нарушений при ХВН (ВБ) является клапанная недостаточность глубоких вен, приводящая к возникновению вертикальных веновенозных рефлюксов. В зависимости от патологии клапанов (относительная или абсолютная) выполняли также экстравазальную коррекцию клапанов по Веденскому А.Н. (12 пациентов), паравазальными фасциальными структурами (9 больных) по методике Цуканова Ю.Т. (5) или интравазальную по Kistner (11 пациентов) путем укорочения створок клапана или фиксации их с помощью микрохирургической техники, а также трансплантацию сегмента плечевой или других вен, содержащих полноценный клапан /клапаны/ (6 пациентов) [3].

При трофических расстройствах у больных с ПТБ и обусловленных венозной гипертензией на фоне полной реканализации и несостоятельности клапанов глубоких вен, хирургическое лечение включало трансплантацию /15/ или транспозицию /4/ сегментов вен, содержащих клапаны, в т.ч. перемещение несостоятельной поверхностной бедренной вены, после пересечения ее, в глубокую вену бедра дистальнее полноценного клапана - В случаях выраженной реканализации берцового сегмента произведена резекция /13/ или обтурация /19/ задних большеберцовых вен в сочетании с перевязкой перфорантных вен /предварительно маркированных с помощью доплерографии/. Применение у пациентов с трофическими нарушениями с целью перевязки перфорантных вен травматичных доступов типа Linton, Felder считаем необоснованным, так как в области их, в отдаленном послеопера-

ционном периоде, нередко образуются трофические язвы, поддерживаемые нарушенным лимфатическим оттоком.

У пациентов с сегментарными формами окклюзии глубоких вен выполняли реконструктивные шунтирующие операции (бедренно-бедренные и бедренно-подколенные) по методике Palma, Husni (41 пациент), в сочетании с корригирующими операциями соответственно изменениям венозной системы (венэктомия, перевязка перфорантных вен).

Установлена тесная взаимосвязь между нарушениями венозной гемодинамики и лимфатическим оттоком при таких проявлениях ХВН как ПТБ, варикозная болезнь (ВБ), а также первичной лимфэдеме и возникающей на ее фоне ВБ. Синдром ХЛВН характеризуется сочетанием клинических признаков венозной недостаточности и отеками конечности, степень и характер которых не соответствует таковым при “чистой” венозной недостаточности. Присоединение осложнений воспалительного характера (рожистых воспалений) еще более усугубляет течение и прогрессирование основного заболевания, замыкая “порочный” круг. Учитывая вышесказанное, при трофических расстройствах, вызванных ХЛВН нижних конечностей (96 пациентов), применяли многоэтапное хирургическое лечение, т.е. помимо коррекции венозной гемодинамики, проводили коррекцию лимфооттока путем наложения лимфовенозных анастомозов и другими непрямыми методами лимфодренирования, разработанными в клинике (в т.ч. туннелирование, лимфангиопластика специальными конструкциями). Как правило, после первого этапа операции устранялись или уменьшались признаки венозной гипертензии, что позволяло адекватно оценить характер и степень лимфатического отека и выработать оптимальный способ его хирургической коррекции.

Лимфоангиовенозные анастомозы (ЛАВА) накладывали при гиперпластическом типе лимфатических сосудов с мелкими поверхностными венами (12 пациентов) и с ветвями малой подкожной вены (МПВ) (7 пациентов), а также у больных с обструктивным типом при сохранении дистальных лимфатических коллекторов (5 больных). Непременным условием выполнения таких операций было наличие состоятельного клапана вены. Ввиду отсутствия подходящей поверхностной вены для анастомоза у 9 больных выполнено ЛАВА с ветвями глубокой венозной системы с использованием методики, разработанной в отделе (погружной анастомоз с продольным рассечением конца лимфатического сосуда и фиксацией его под венозным клапаном, а также трансплантация сегмента вены с полноценным клапаном). Выбор уровня наложения анастомоза определялся индивидуально, в зависимости от характера отека сегмента конечности, данных лимфографии, а также локализации трофических нарушений. У больных с гипопластическим типом, а также с необструктивным использовали методику наложения лимфонодулового анастомоза (ЛНВА) через венозную вставку, содержащую полноценный клапан (8 пациентов), у 9 пациентов осуществляли коррекцию венозного оттока (венэктомию) и ЛНВА в один этап. У пациентов с венозной формой ангиодисплазии, ХЛВН, возникшей на фоне пер-

вичной лимфэдемы, сопровождающейся сочетанной сегментарной агенезией венозных клапанов (поверхностной бедренной вены или подколенной вены), помимо коррекции венозной гемодинамики, включающей трансплантацию клапанов (5 больных) производили коррекцию лимфооттока, в т.ч. с применением туннелирования, липофиброаспирации и лимфангиопластики [3].

Отдельного внимания заслуживает группа больных с ХВН нижних конечностей, имеющих трофические язвы в активной фазе, которые ранее были неоднократно оперированы в других лечебных учреждениях с целью коррекции венозной гемодинамики. Стойкого заживления язвы не было достигнуто, что обусловило возникновение ошибочного мнения об их инкурабельности. У всех пациентов с трофическими язвами проводилась обязательная предоперационная подготовка, включающая следующие основные этапы: проведение посева из области язвы и изучение чувствительности микрофлоры к антибиотикам, а также санация трофического очага, десенсибилизирующая и иммунокорригирующая терапия. У пациентов с рецидивами рожистых воспалений использовали эндолимфатическое введение антибиотиков или лимфотропную терапию (17 больных) с целью профилактики возникновения рожи. При “инкурабельных” трофических язвах проводили по возможности коррекцию нарушенного венозного и лимфатического оттока с целью снижения венозной гипертензии в “критических” зонах голени. Проведенные исследования по измерению подфасциального давления на голени с использованием методики Whitesides. T.E. (1975) (11 больных), показали наличие у большинства этих пациентов ФКС с повышением величин давления до 80 мм рт.ст. в вертикальном положении, что послужило основанием к проведению фасциотомии или фасциэктомии (11 больных). Хирургическое лечение включало также радикальное иссечение патологически измененных тканей с язвой, аллодермопластику тканевого дефекта, образовавшегося после иссечения трофической язвы. Через 2-4 недели, в зависимости от состояния аллотрансплантата и выполнения под ним грануляциями зоны дефекта, производили аутодермопластику зоны трофической язвы полнослойным кожным лоскутом, взятым с передней брюшной стенки, медиальной поверхности плеча или других участков тела.

В случаях обширных или циркулярных трофических язв (29 пациентов) радикальное иссечение фиброзно измененных тканей вместе с язвой предшествовало последующей микрососудистой трансплантации лоскута широчайшей мышцы спины с длинной сосудистой ножкой, в вене которой содержится несколько клапанов. Таким образом, радикальное иссечение тканей устраняло компрессию на голени в виде “песочных часов”, наличие венозных клапанов защищало пересаженный комплекс от сохраняющейся венозной гипертензии [2].

Обязательным компонентом реабилитационного лечения больных было физиотерапевтическое (пневмомассаж, электростимуляция, магнитотерапия) и медикаментозное лечение с применением препарата ДЕТРА-ЛЕКС 500 мг, активной субстанцией которо-

го являются флавоноидные фракции диосмин и гесперидин, представленные в виде микронизированных форм (каждая частица меньше двух микрон), что обеспечивает высокую способность всасывания в кишечнике при приеме per os. Действие препарата основано на выраженном уменьшении воспаления капилляров, снижении вязкости крови и увеличении лимфотока, что особенно важно для больных с тяжелыми формами ХВН и ХЛВН, в т.ч. в стадии трофических нарушений.

Главным критерием эффективности лечения больных с ХВН нижних конечностей в стадии трофических нарушений было стихание явлений гиперпигментации, индурации, целлюлита, липодермсклероза, уменьшение величины отека, исчезновение рецидивов рожистых воспалений, заживление трофической язвы.

Длительное наблюдение за нашими пациентами (до 10 лет) показали эффективность разработанной дифференцированной хирургической тактики. Результаты хирургического лечения этой тяжелой категории больных в целом обнадеживающие (88% удовлетворительных результатов). Однако необходимо дальнейшее изучение патогенеза трофических нарушений при ХВН, совершенствование имеющихся методов лечения и разработка новых. Проведя детальный анализ результатов лечения, можем отметить, что проблема лечения трофических язв у больных с ВБ в настоящее время практически решена. К сожалению этого нельзя сказать о больных с посттромботическими трофическими язвами. Конечно добиться полного выздоровления у этих пациентов не представляется возможным, но достижение стабилизации процесса или регресса патоморфологических изменений тканей голени возможно.

ВЫВОДЫ:

1. Лечение больных с трофическими нарушениями нижних конечностей венозной этиологии должно быть комплексным, патогенетически обоснованным и дифференцированным.

2. УЗДГ позволяет получить достоверную информацию о состоянии венозной системы нижних конечностей при различных формах ВБ. Выбор метода хирургической коррекции при ПТБ должен основываться на данных УЗИ и рентгеноконтрастной флебографии, в сочетании позволяющих получить наиболее достоверную стереоскопическую информацию о проходимости венозного русла и состоянии клапанного аппарата конечности.

3. Сегментарная клапанная недостаточность глубоких вен при ВБ не оказывает существенного влияния на течение заболевания и не требует хирургической коррекции. Хирургическая коррекция необходи-

ма при клапанной недостаточности, сопровождающейся характерной клинической картиной - венозные боли, отеки и трофические нарушения.

4. Выполнение венозных реконструкций должно быть патогенетически обоснованным и сочетаться с выполнением корригирующих операций на поверхностных и перфорантных венах для устранения всех патологических звеньев в цепи этиологии трофических нарушений при ПТБ.

5. Лечение больных с синдромом ХЛВН в стадии трофических нарушений должно быть этапным, направленным на коррекцию венозного и лимфатического оттока, а также устранение трофического дефекта. У пациентов с обструктивными формами операции выбора должна быть лимфангиопластика или туннелирование на голени, в случае возникновения венозной недостаточности на фоне первичной лимфедемы - связанной с аплазией лимфатических коллекторов - зональная липофиброаспирация.

6. Фасциокомпрессионный синдром следует рассматривать как патологическое состояние, требующее хирургической коррекции. Показатели внутритканевого давления на голени должны быть определяющими в применении фасциотомии или фасциэктомии.

7. Основные принципы лечения длительно незаживающих язв, обусловленных заболеванием вен, заключаются в хирургическом устранении венозной гипертензии, нормализации по возможности венозного оттока, а также удалении трофически измененных тканей с последующей алло-, аутодермопластикой расщепленным перфорированным кожным лоскутом или микрососудистой трансплантацией кожно-мышечного лоскута.

ЛИТЕРАТУРА

1. Веденский А.Н. Посттромботическая болезнь. Л.: Медицина, 1986. 240с.
2. Дрюк Н.Ф., Лисайчук Ю.С., Пролеев А.В. Реконструктивная микрохирургия в комплексном лечении трофических язв, гнойно-некротических дефектов и рубцовых деформаций нижних конечностей // Клиническая хирургия. 1984. № 7, С.28-31.
3. Дрюк Н.Ф., Фадеев С.Г., Гуч А.А. Хирургическая реконструкция клапанов глубоких вен бедренно-подколенного сегмента // Клиническая хирургия. 1988. № 7. С.49-52.
4. Савельев В.С., Константинова Г.Д., Аннаев А.А. Хирургическая тактика при посттромботической болезни // Хирургия, 1997. № 6. С.65-70.
5. Цуканов Ю.Т. Эктазии глубоких вен нижних конечностей у больных, перенесших острый тромбофлебит // Хирургия, 1979. №9. С.24-27
6. Шалимов А.А., Сухарев И.И. Хирургия вен. Киев: Здоровье, 1984. 256с.
7. Classification and grading of chronic venous disease in the lower limb: a consensus statement. J. Vase, Surg. 1996; 30:5-1 i,
8. Kistner R.L. Definitive diagnosis and definitive treatment in chronic venous disease: A concept whose time has come, J. Vase. Surg. 1996; 24:703-710.

Зайниддин Норман ўгли,
Зафар Синдор ўгли.

КЛАССИФИКАЦИЯ, ПРИЧИНЫ И ПРОФИЛАКТИКА
ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ КРОВЕНОСНЫХ СОСУДОВ

Самаркандский центр сосудистой хирургии

Articli clssification, subject ahd prophylaxy yatrogen trauma blood-vessel.
We were cuftempt give new classification yatrogen trauma vessel. She ejeffor owen guaalitative and guaftitaiive recognition ol of vaciant
yayrogen traume bloodvessel occation comprensive analysis.
Bedrock prophylaxy appear insufficients knowing surveyor cloth at operating a love, infelicity surgeon tech nolody and imloyment comensurgeon
instrument at manipulations by container.

Введение.

До настоящего времени данные отечественной и зарубежной литературы посвященные исследованию, ятрогении сосудистой патологии, довольно немногочислены. Создание единой классификации и разработка адекватных мер профилактики будет способствовать снижению уровня ятрогенного повреждения кровеносных сосудов в будущем.

Результаты исследования и обсуждение.

Собственной опыт стал основанием для изменения и дополнения ранее предложенной нами классификации. В нее (таблица 3) нами включены нижеследующее:

В группу больных с частичной утратой трудоспособности включены те больные, которые после исправления ятрогенного повреждения сосуда временно получали группу инвалидности или принимали в послеоперационном периоде курсы медикаментозного лечения.

В группу больных с полной утратой трудоспособности включены те больные, которым в результате ятрогенного повреждения из-за осложнений в виде ишемической контрактуры, трофических язв или гангрены производились ампутации конечностей, экстерпации органов.

Как видно из представленных выше данных наиболее часто ятрогенные повреждения сосудов происходили при проведении ангиографических исследований, несколько реже — во время ангиохирургических и общехирургических операций. Незначительный процент в общем количестве акушерско-гинекологических и нейрохирургических вмешательств следует скорее отнести к недостаточности представленных данных (6 и 4 случая соответственно).

Как видно из таблицы №1 примерно половина

Таблица №1

Процентное соотношение ятрогенных повреждений сосудов в зависимости от вида вмешательство

Виды вмешательств	%
Ангиографические	36,2
Ангиохирургические	20,9
Общехирургические	21,9
Травматологические	8,6
Онкологические	4,1
Акушерско-гинекологические	0,5
Нейрохирургические	0,3
Терапевтические	7,5

повреждений сосудов наступила от ангиографических и ангиохирургических вмешательств (пункция, зондирование, катетеризация, аппарат Илизарова). Грыжесечение, удаление вен, репозиция костных отломков и проведение спиц были причиной четверти всех повреждений сосудов. Эти факторы, естественно, способствовали увеличению удельного веса интраоперационной ятрогении - 72,8%.

Анализ ятрогенных повреждений сосудов по анатомическому расположению позволил установить следующие: чаще всего ранение сосудов отмечалось в области бедренного треугольника и бедра-55%, причем артерии в 30,4 и вены - 24,6% случаев. Значительно реже повреждались сосуды в области таза 10,3%, забрюшинного пространства 8,3% и плеча 5,5%. Повреждение сосудов в других областях составило от 0,4% до 3,7% общего количества наблюдений. Причиной данных осложнений являлись недостаточное знание хирургами синтопии элементов сосудисто-нервного пучка в операционной ране, погрешности в хирургической технике, использование общехирургических инструментов при манипуляциях на сосудах. В процессе оперативных вмешательств констатировано:

- 1. Кровотечение с шоком - 12,7%;
- 2. Кровотечение без шока - 10,3%;
- 3. Гематомы различных форм- 19,4%;
- 4. Тромбоз с полной окклюзией сосуда - 34,8%;
- 5. Стеноз сосуда с хронической гемодинамической

Таблица 2

Соотношение ятрогенных повреждений сосудов в зависимости от характера вмешательства

№ п/п	Характер вмешательства	%
1.	пункционные	12,2
2.	инфекционные	1,3
3.	зондирование	15,4
4.	катетеризация	22,0
5.	пластика сосудов	3,1
6.	шунтирование сосудов	4,8
7.	протезирование сосудов	1,8
8.	лигирование сосудов	2,4
9.	паравазальные манипуляции	26,1
10.	удаление сосудов	5,7
11.	удаление органа	0,9
12.	венесекция	4,3

недостаточностью - 6,1%; 6. Развитие истинной и ложной аневризм - 16,0%; 7. Смешанные формы - 0,9%;

Преобладание тромбозов и гематом в клинической картине ятрогенных повреждений сосудов преимущественно было обусловлено погрешностями при проведении ангиографических исследований.

По характеру повреждения колотые и резанные ранения сосудов ятрогенной этиологии встречались довольно часто - 46% и 41,2% случаев соответственно но значительно реже-рваные - 12,2%.

Полное выздоровление и частичная временная утрата трудоспособности после успешной коррекции ятрогенных повреждений сосудов составили 60,9 и 19,2%, соответственно, что следует отнести к благоприятным, обнадеживающим результатам.

Необходимыми мерами ликвидации наступившего ятрогенного повреждения сосудов следует считать тампонаду или пальцевое прижатие сосуда, максимальное сокращение сроков до оказания специализированной помощи и своевременность последней.

В целях профилактики ятрогенных повреждений сосудов необходимо при повышении квалификации врачей уделять больше внимания обучению особенностям и основным приемам оказания неотложной помощи таким больным.

Помимо единой классификации ятрогенных повреждений кровеносных сосудов необходимо учитывать частоту повреждения следующих сосудов:

Название сосуда, подвергшегося ятрогенной травме

- 1. Лицевая артерия и вена
- 2. Височная артерия и вена
- 3. Позадиушная артерия и вена
- 4. Общая сонная артерия
- 5. Наружная сонная артерия
- 6. Позвоночная артерия
- 7. Наружная яремная вена
- 8. Внутренняя яремная вена
- 9. Подключичная артерия и вена
- 10. Подмышечная артерия и вена
- 11. Аорта
- 12. Верхняя полая вена
- 13. Легочная артерия и вена
- 14. Внутригрудная артерия
- 15. Непарная вена
- 16. Полунепарная вена

- 17. Чревный ствол
- 18. Печеночная артерия
- 19. Селезеночная артерия и вена
- 20. Верхняя брыжеечная артерия
- 21. Нижняя брыжеечная артерия
- 22. Воротная вена
- 23. Почечная артерия и вена
- 24. Нижняя полая вена
- 25. Маточная артерия и вена
- 26. Плечевая артерия и вена
- 27. Глубокая артерия плеча
- 28. Основная вена
- 29. Головная вена
- 30. Лучевая артерия
- 31. Локтевая артерия
- 32. Поверхностная артериальная ладонная дуга
- 33. Артерия пальца кисти
- 34. Общая подвздошная артерия и вена
- 35. Наружная подвздошная артерия и вена
- 36. Внутренняя подвздошная артерия и вена
- 37. Общая бедренная артерия
- 38. Бедренная артерия и вена
- 39. Глубокая артерия бедра
- 40. Большая подкожная вена
- 41. Подколенная артерия и вена
- 42. Передняя большеберцовая артерия
- 43. Задняя большеберцовая артерия

Лечение ятрогенных повреждений сосудов

- 1. Боковой шов
- 2. Циркулярный шов
- 3. Пластика аутовеной
- 4. Аутовенозное шунтирование
- 5. Протезирование
- 6. Скелетизация
- 7. Тромбэктомия
- 8. Бужирование
- 9. Тампонада
- 10. Наложение зажима
- 11. Перевязка
- 12. Антикоагулянтное лечение
- 13. Тромболитическая терапия
- 14. Противошоковая терапия
- 15. Сосудорасширяющее лечение
- 16. Переливание крови

Таблица 3

КЛАССИФИКАЦИЯ ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ КРОВЕНОСНЫХ СОСУДОВ

I. В зависимости от вида вмешательства:	II. В зависимости от характера вмешательства:	III. В зависимости от срока возникновения:	IV. По анатомическому расположению:
1.Ангиографические 2.Ангиохирургические 3.Общехирургические 4.Травматологические 5.Онкологические 6.Акушерско-гинекологические 7.Нейрохирургические 8.Терапевтические	1.Пункционные 2.Инъекционные 3.При зондировании 4.При катетеризации 5.При пластике сосудов 6.При шунтировании сосудов 7.При протезировании сосудов 8.Лигирование сосудов 9.Паравазальные манипуляции 10.Удаление сосуда 11.Удаление органа 12.При венесекции 13.Наложение аппарата Илизарова	1.Острые (возникающие в момент врачебного вмешательства) 2.Отдаленные (возникающие через какое-то время после врачебного вмешательства).	1.Голова 2.Шея 3.Подключичная обл 4.Переднее средосте 5.Заднее средостение 6.Брюшная полость 7.Забрюшинное пространство 8.Таз 9.Промежность 10.Плечо 11.Локтевая область 12.Предплечье 13.Кисть 14.Паховая область 15.Бедренный треугольник 16.Бедро 17.Область колена 18.Голень 19.Стопа

17. Переливание кровезаменителя
18. Разобщение свища
19. Удаление аневризмы
20. Ампутация
21. Эндартерэктомия
22. Дезинтоксикационная терапия
23. Регионарная перфузия
24. Гипербарическая оксигенация
25. Оказание специализированной помощи

Создание единой формы документации по классификации, анализу причин, лечению и мерах профилактики на наш взгляд является первоочередной задачей, требующей безотлагательного решения.

ВЫВОДЫ.

1. Единая классификация ятрогенных повреждений кровеносных сосудов должна содержать основные качественные и количественные признаки всех их вариантов.

2. Основными причинами повреждения сосудов являются недостаточное знание топографии тканей в оперируемой зоне, погрешности в оперативной технике и использование общехирургических инструментов при манипуляциях на сосудах.

3. Ранняя диагностика и квалифицированная помощь - главное направление в снижении уровня осложнений, обусловленных вмешательствами на сосудах.

4. Проведение тематических семинаров с врачами, обучающимися в институтах усовершенствования, и на цикловых занятиях, со студентами старших курсов медвузов по клинической анатомии и экстренной хирургии сосудов является действенной мерой профилактики ятрогенных повреждений кровеносных сосудов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вахидов В.В. Хирургическая тактика при повреждениях сосудов, связанных с деятельностью врача. В кн: *Экстренная хирургия сосудов. Ташкент, М. 1983, с. 75-77.*
2. Вахидов А.В., Исаев А.Ф. Хирургическое лечение острых артериальных тромбозов ятрогенного происхождения. Там же. с. 80-81.
3. Каримов Ш.И. и др. Диагностика и лечение ятрогенных повреждений магистральных сосудов. Там же. с. 86-87.
4. Коваленко В.И. и др. Травма магистральных сосудов. Актуальные проблемы диагностики и лечения. В кн: *V съезд хирургов Центральной Азии. Ташкент: 1991. с. 37.*
5. Умаров Х.У. и др. Повреждения магистральных сосудов при применении аппарата Илизарова. Там же. с. 61.

М.С. Исламов.

РОЛЬ СУХОЖИЛЬНО-СИНОВИАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ СТОПЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ГАНГРЕНЫ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ.

Второй Ташкентский Государственный медицинский институт.

М.С. Исламов

Қандли диабет билан касалланган беморларда оёқ панжаси қорасонининг келиб чиқишида пай синовиал тизимининг ўрни.

Қанд хасталиги билан касалланган ва оёқ панжасида қорасони бор 178 беморнинг даволаш натижаси ўрганилди.

Даволаш натижаси шуни кўрсатдики, йирингли жараённинг энг оғир кечиши йирингликнинг биринчи бармоқ соҳасида ёки бошқа бармоқлар билан биргаликда шикастланишида кузатилган.

Пай ва синовиал тизимнинг тузилиши ўрганилганда шу нарса маълум бўлдики оёқ қафт юзасида пайлар орқа юзасидан фарқли ўлароқ ҳамма жойида синовиал қобиқ билан ўралган, бўлиб бу ҳамма жойида бир хил эмас.

Бошқа бармоқлардан фарқли ўлароқ биринчи бармоқ синовиал қобиқ билан қафт юзасида ҳамма жойида ўралган, қолган бармоқлар эса қақат бармоқ фалангаси соҳасида ўралган, кейинчалик эса пай синовиал қобиқсиз давом этади.

M.S. Islomov

The role of tendons - synovial derivations of foot in a pathogens diabetic gangrene on the lower extremity. To the analysis subject experience of treatment 178 patients with purulent - necrotic lesions foot.

The analysis of outcomes of treatment has shown, that by the heaviest flow the localization of pathological process on 1-st finger of foot differed or at a combined lesion him with remaining fingers.

At analysis is tendons synovial complexes is clarified, that on a plantar surface of a tendon the flexion of foot fingers as against a dorsum are surrounded of smovial vaginas, a topography and constitution which one are unequal at miscellaneous levels.

As against remaining fingers of foot, a tendon 1-st finger on a plantar surface have synovial membranes almost on all stretch foot and the remaining four fingers from 2-nd to 4-th have a tendons vagina only at a level of pencil phalanxes, the tendons of these fingers are farther go without synovial membranes.

Сахарный диабет — одна из серьезнейших медицинских и социальных проблем, масштабы которой продолжают увеличиваться. Эта проблема касается всех возрастов и всех стран [1,2,3].

Одним из тяжелых осложнений сахарного диабета является синдром диабетической стопы, приводящий к развитию гнойно-некротических процессов на стопе примерно у 6-15% больных [8]. Несмотря на определенные успехи в профилактике и лечении диабетической стопы, сегодня около 40% всех ампутаций нижних конечностей производятся у больных сахарным диабетом. Причина столь высокой частоты ампутаций конечности кроется в быстром прогресси-

ровании гнойно-некротического процесса в условиях нарушенного кровоснабжения. Кроме того в последние годы появились сообщения о возможной роли связочного аппарата и мягких тканей стопы [2,3,6], а также сухожилий и их влагалищ [4,5] в распространении инфекции по стопе у больных с сахарным диабетом. Однако целенаправленных исследований по этим аспектам данной проблемы обнаружить не удалось.

В настоящее время хирурги с помощью сберегающих, нестандартных некрэктомий стремятся уменьшить степень инвалидизации этой трудной категории больных. Для выполнения этой задачи у паци-

Таблица 1.
Зависимость частоты ампутаций бедра от локализации патологического процесса на подошвенной поверхности стопы.

№	Локализация процесса (пальцы)	Количество больных	Ампутация на уровне бедра
1.	I	36 (40.9%)	11 (44%)
2.	II	9 (10.2%)	2 (8%)
3.	III	5 (5.68%)	1 (4%)
4.	I-II	12 (13,6%)	4 (16%)
5.	I-III	7 (7,95%)	3 (12%)
6.	II-III	4 (4.54%)	2 (8%)
7.	III-IV	3 (3.4%)	1 (4%)
8.	III-IV	3 (3.4%)	1 (4%)
9.	IV-V	2 (2.27%)	-
10.	V	7 (7,95%)	-
В С Е Г О		88 (100%)	25 (100%)

ентов с развившимся некрозом необходимо не только своевременное выполнение некрэктомий. Она должна проводиться таким образом, чтобы не оставлять какие либо заинтересованные образования, могущие привести к дальнейшему прогрессированию гнойно-некротического процесса. Выполнение последнего условия не совсем просто, так как обычно граница гнойно-некротического поражения на коже не соответствует истинному, как правило процесс имеет гораздо большее распространение.

В связи с вышеизложенным, целью данного исследования явилось изучение роли сухожильно-синовиальных образований стопы в патогенезе диабетической гангрены.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Проанализированы результаты лечения 178 больных с гнойно- некротическими поражениями стопы. Средний возраст пациентов составил $52,84 \pm 2,5$ лет, средняя продолжительность диабетического анамнеза $11,5 \pm 2,3$ лет. У 18 (10,2%) пациентов был первый тип, у 158 (89,7%) - второй тип сахарного диабета. Мужчин было 115 (65,7%), женщин -61 (34,6 %).

Для того, чтобы изучить роль сухожильно-синовиальных оболочек в распространении гнойно-воспалительного процесса у больных, нами произведены исследования микробной обсемененности раневого экссудата, а также кусочков сухожилий взятых непосредственно из раны (дистального конца сухожилий) и проксимального отдела сухожилий, удаленного в пределах неизмененных кожных покровов в 6-7см через разрез соответственно проекции данного сухожилия.

Изучение аэробных микробов производили по стандартной методике М.О.Биргер (1885), а анаэробной микрофлоры по методике В.И.Кочеровца с соавт.(1988).

Посев материала производился в жидкие питательные среды, а также на чашки Петри по методу J.C.Gould (1865) для количественной характеристики микрофлоры.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.

При распространении гнойно – воспалительного процесса от пальцев стопы на голень большое значение могут иметь следующие анатомические образования: периваскулярные и периневральные клетчаточные пространства, а также сухожильно синовиальные образования.

Для анализа возможного участия этих образований в распространении гнойно воспалительного процесса изучена частота высоких ампутаций бедра у 88 больных с данной локализацией.

Из них наиболее высокий процент неудовлетворительных результатов оказался при поражении I пальца стопы. Из 36 (40,9%) больных с данной локализацией высокая ампутация на уровне бедра произведена в 11 (44%) случаев. При рассмотрении этих данных с позиций распространения процесса по сосудисто-нервному пучку зависимости обнаружить не удалось, так как клетчаточное пространство сосудисто-нервного пучка II –V пальцев более крупное, чем у I пальца. В этих условиях, при локализации процесса на 2-5 пальцах, инфекция должна была быстрее распространиться на голень, нежели на I палец, что противоречит данным, приведенным в таблице №1.

Кроме сосудисто-нервного пучка, на стопе имеется еще одна топографо – анатомическая структура, которая связана со всеми пальцами стопы и голенью. Этой структурой является сухожильно – синовиальный комплекс. Дополнительный анализ зависимости исхода лечения ГНП стопы от объема и локализации поражения приведен в таблице №2. Из неё видно, что наиболее тяжелым течением отличалась локализация патологического процесса на I пальце стопы или при сочетанном поражении его с остальными пальцами.

Из 36 больных, когда процесс локализовался в области I пальца стопы экзартикуляция пальцев выполнена 31 (30%) больному. Из них в результате прогрессирования гнойно-некротического поражения стопы, в последующем у 9(8.8%) больных выполнена ампутация на уровне бедра.

При сочетании этой локализации с остальными пальцами (I-II или I-III) экзартикуляция пальцев выполнена у 13(12,7%) больных, а у 6 (5,5%) выполнена высокая ампутация на уровне бедра.

Кроме того, анализ результатов оперативного лечения в контрольной группе больных было выявил, что гнойно-некротическое поражение I пальца стопы, даже после резекции стопы по Шарпу в 4 случаях из 11 (36,0%), способствовало прогрессированию патологического процесса и привело к высокой ампутации нижней конечностей.

При локализации гнойно-некротического процесса в остальных 4 пальцах прогноз был более благоприятным. Из 35 (34,3%) больных с данной локализацией процесса, экзартикуляция пальцев стопы выполнена у 32 (31,3 %) больных. Из них, в результате прогрессирования процесса, высокая ампутация на уровне бедра произведена только у 8 (7,9%) больных.

Таблица 2.

Зависимость объема выполненных операции от локализации гнойно-воспалительного процесса на стопе.

№	Объем поражения	Кол-во больных	Экза пал
1	I палец	36	
2	II палец	9	
3	III палец	5	
4	I-II пальцы	12	
5	I-III пальцы	7	
6	II-III пальцы	4	
7	III- IV пальцы	3	
8	III-V пальцы	4	
9	IV-V пальцы	3	
10	V палец	7	
11	Флегмона стопы	7	
12	Гангрена стопы	5	
В С Е Г О		102	

Примечание: в скобках указано количество ампутаций после экзартикуляции пальцев или резекций на уровне стопы.

Прогноз течения заболевания после резекции стопы по Шарпу при поражении II, III, IV, V пальцев был достаточно благоприятным. Всем 5 пациентам была сохранена опорная функция стопы.

При анализе больных с локализацией процесса на тыльной и подошвенной поверхности, из 102 (100%) пациентов с гнойно-некротическими поражениями стопы, у 6 (5,7%) отмечена локализация по тыльной поверхности, а у 88 (87,2%) на подошвенной поверхности стопы. В остальных 7,1% случаях гнойно-некротический процесс распространялся на подошвенную и тыльную поверхности стопы.

По результативности лечения эти группы резко отличались друг от друга. Гнойно-некротический процесс по тыльной поверхности стопы протекал более благополучно, подвергаясь ампутациям на уровне бедра в 3,2% случаях. При локализации процесса по подошвенной поверхности стопы высокие ампутации на уровне бедра, из-за прогрессирования процесса, были вынуждены произвести 25 (80,6%) больным.

Таким образом, на основании проведенного анализа можно предположить наличие тесной взаимосвязи между характером топографо – анатомического строения стопы и локализацией патологического процесса. С учетом этого появляется возможность сохранения опорной функции после экономных ее резекций.

Из анатомии сухожильно синовиальных комплексов стопы известно, что сухожилия сгибателей пальцев подошвенной поверхности стопы в отличие от тыльной поверхности, окружены синовиальными влагалищами, топография и строение которых неодинаковы на разных уровнях [7]. При этом, в отличие от подошвенной поверхности стопы, на тыльной сухожилия не покрыты синовиальными оболочками. Последние начинаются лишь на уровне проксимальной части стопы в области голеностопного сустава.

Таким образом при локализации гнойного процесса на пальцах стопы они не могут участвовать в распространении патологии.

В отличие от остальных пальцев стопы, сухожилие I пальца на подошвенной поверхности имеет синовиальные оболочки почти на всем протяжении стопы, которые через медиальное подапоневротическое ложе, пяточный и лодыжковый каналы сразу переходят в заднее глубокое клетчаточное пространство голени. Остальные четыре пальца II-V имеют сухожильное влагалище только на уровне пальцевых фаланг, дальше их сухожилия до пяточного канала идут без синовиальных оболочек. Поэтому поражение этих пальцев отличается более благоприятным течением, нежели поражение I пальца.

Таким образом, анализ результатов лечения 178 больных с ГНП стопы на фоне сахарного диабета позволил выявить важную роль сухожильно-синовиальных образований пальцев стопы в распространении патологического процесса на голень и приводящего к ампутациям нижней конечности.

ВЫВОДЫ.

1. Синовиальные пространства представляют собой более или менее протяженные замкнутые полости, составленные из париетального и висцерального листков и заполненные синовиальной жидкостью. Это создает значительные возможности для развития и распространения инфекции.
2. Более высокая частота ампутаций бедра при локализации гнойно воспалительного процесса на подошвенной поверхности стопы (30,9%), по сравнению с тыльной (20%), на наш взгляд, может быть объяснена отсутствием синовиальных оболочек последних.
3. Большой удельный вес высоких ампутаций при поражении I пальца стопы (32,9%), по сравнению с процессом локализованным на остальных пальцах

(21.1%), по видимому связан с продолжением сухожильно синовиальных образований I пальца в заднее глубокое клетчаточное пространство голени. Это приводит к быстрому прогрессированию гнойно-воспалительного процесса I пальца на голень.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бенсман В.М., Мехта С.К. Предотвращение ампутаций конечностей у больных с осложнениями "диабетической стопы" Хирургия 1999.10 49-52.
2. Брискин Б.С., Тартаковский Е.А., Гвоздев Н.А. и др. Лечение осложнений "диабетической стопы" — Хирургия 1999; 10, 53-56.
3. Прокудина М.В., Павлова М.В., Изотова Г.Н. Особенности проведения антибактериальной терапии в комплексном хирургическом лечении больных с синдромом диабетической стопы. Труды научно — практической конференции "Современные аспекты диагностики, лечения, профилактики пора-

жений нижних конечностей у больных сахарным диабетом". — Москва . 1996; 157-153.

4. Нузов Б.Г. Смолягин А.И. Чайникова И.Н. Лечение гнойных ран у больных сахарным диабетом. - Хирургия , 1997; 8, 16-20.

5. Светухин А.М., Земляной А.Б. Хирургические подходы в тактике лечения гнойно- некротических форм диабетической стопы // Труды научно- практической конференции "Современные аспекты диагностики, лечения, профилактики поражений нижних конечностей у больных сахарным диабетом". — Москва. 1996; 167-177.

6. Д.В.Селиверстов.,Б.Я.Гаусман и соавт. Сравнительная оценка клинической эффективности некоторых мазевых препаратов при лечении гнойных ран у больных сахарным диабетом. Хирургия №9 1997 с 43.

7. Шомирзаев Н.Х. "Оперативная хирургия" 1989.

8. Reider G.E. The epidemiology of diabetic foot problems. Diabetic Medicine, 1996; 13: S6-11.

Д.А. Исмаилов,

А.М. Ташбаев.

С. Курбонов

ОКАЗАНИЕ КВАЛИФИЦИРОВАННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ГРУДИ

Центральный Военный клинический госпиталь МО РУз.

Исмаилов Ж.А., Тошбоев А.М., Курбонов С.

Кўкрак шикастланишида ихтисослаштирилган хирургик ёрдам кўрсатиш.

Муаллифлар кўкрак қафасининг ўқ теккан жароҳатларини диагностика ва хирургик даволашнинг долзарб муаммоларини таҳлил қилаётган. Кўкрак девори ва ўпканинг ўқ теккан жароҳатларини хусусиятлари, тиббий эвакуациянинг босқичларида оператив муолажага кўрсатма ва унинг хусусиятларини замонавий тиббий нуқтаи назардан тасвирлаб бераёпти. Ихтисослаштирилган тиббий ёрдам курсатишда янги услубларни ишлаб чиқиш мақсадга мувофиқлиги асослаб берилди.

D.Jsmailov MD , A .Tashbaev, C.Kurbanov

Providing qualified surgery aid under thorax damages

The authors discuss the actual problems of surgical treatment of the gun wounds (injuries) of thorax. The peculiarities of the gun wounds of the walls of the lungs are shown from to days (modern) positions. The testimony and prescriptions for surgical interference on all stages of medical evacuation are identified.

The necessity of developing new effective methods of providing medical treatment had been msified

Во время боевых действий во Вьетнаме огнестрельные ранения груди составили 9% [8], в Афганистане 8,2-9,3% [7] от всех огнестрельных ран. Общая летальность в зависимости от методов лечения колеблется от 6% [3] до 19,3% [1]. При этом, среди военнослужащих ограниченного контингента войск, во время боевых действий на территории Афганистана в период 1980-1981гг. летальность составила 17,2%, а в 1985-1986гг.-10,1% [7]. Наибольшая летальность, как отмечает Мадартов К.М. с соавторами 35,8% [5], хотя авторы указывают на значительное снижение летальности. Основными причинами смерти явились массивные разрушения тканей и органов груди, поздняя эвакуация, несвоевременное оказание квалифицированной помощи.

При своевременном оказании квалифицированной хирургической помощи с использованием дренирования плевральной полости и активной аспирации отмечалось снижение общей летальности от 6,2% [4] до 3,7% [2].

В тоже время дальнейшее углубление поиска и изучение наиболее эффективных способов и средств оказания неотложной квалифицированной хирургической помощи и лечения при огнестрельных ранениях груди и их последствий является важнейшей задачей сегодняшнего дня.

Шапошников Ю.Г. [6] считает, что в современных огнестрельных ранах имеется обширная область нежизнеспособных тканей. Расширяется зона кровоиз-

лияния и увеличивается область, в которой ткани обладают пониженной жизнеспособностью. Исходя из этого, авторы выделяют в огнестрельных ранах две зоны: зону тканей с полной потерей жизнеспособности с последующим развитием первичного некроза и зону тканей со сниженной жизнеспособностью с возможным ее восстановлением или развитием вторичного некроза.

При ранениях плевры и легких важно иметь представление о характере их повреждения, определяющих тяжесть их состояния и являющихся критерием выработки лечебных мероприятий. Это чрезвычайно важно при массовом поступлении раненых, когда от врача требуется оказание квалифицированной хирургической помощи, правильная сортировка, определение состояния раненого.

Одним из наиболее частых последствий при проникающих огнестрельных ранениях груди является поступление в плевральную полость воздуха и крови с развитием гемопневмоторакса. По нашим данным, при каждом ранении груди, вместе с пневмотораксом образуется в той или иной степени гемоторакс, поэтому мы не разделяем их как отдельные последствия повреждений, так как главные нарушения, связанные с пневмо- и гемотораксом, идентичны. Мы считаем, что выделение чисто пневмо- и гемоторакса при огнестрельных ранениях груди не всегда оправдано.

Анализ наблюдения 106 раненых показывает значительную разницу в соотношении сквозных и сле-

пых огнестрельных ранений. Число сквозных пулевых ранений (28) существенно ниже слепых (78).

Наиболее частым осложнением проникающих огнестрельных ранений груди является гемопневмоторакс. Из 106 раненых открытый гемопневмоторакс был обнаружен у 41 (38,7%), закрытый — у 36 (34%) и клапанный выявлен у 29 (27,3%) пострадавших. Необходимо отметить, что для сравнительной оценки эффективности применения использованных методов оказания квалифицированной хирургической помощи, мы сознательно подбирали раненых с идентичными ранениями и гемопневмотораксом.

Огнестрельные ранения груди с гемопневмотораксом относятся к категории тяжелых повреждений, при которых нарушаются жизненно важные функции органов, поэтому фактор времени имеет чрезвычайно важное значение при оказании квалифицированной хирургической помощи, которая должна быть направлена на восстановление функции органов грудной полости.

Лечение раненых на войне неразрывно связано с обстановкой и условиями боевых действий. За период, прошедший после второй мировой войны, многое изменилось, как в способах и средствах ведения войны, так и в содержании военно-полевой хирургии. Поэтому огромные достижения медицины требуют некоторых изменений и дополнений в современной войне. Необходимо отметить, что весьма существенным и важным является введенное во время войны в Афганистане положение о необходимости эвакуации всех без исключения раненых в грудную клетку в специализированные госпитали, где они находятся до выздоровления. Это важное положение является основным и в современных условиях.

Наш практический опыт показывает, что большинство раненых в грудную клетку, на ранних стадиях лечения, нуждаются не столько в операции, сколько в восстановлении функции дыхания и кровообращения. Поэтому, первой и наиболее важной мерой для преодоления острых функциональных нарушений и предупреждения поздних осложнений является проведение, так называемой, торакальной реанимации: раннее и полноценное дренирование плевральной полости с целью быстрого расправления легкого и устранения гемопневмоторакса, герметизация ран грудной стенки и др.

С целью спасения жизни тяжелораненых в грудную клетку, осложненных гемопневмотораксом, мы применили активное удаление воздуха и крови (последняя при необходимости реинфузировавшись).

Для равномерного расправления легкого и проведения, при необходимости, лаважа плевральной полости, во второе межреберье вводится микроирригатор и по верхнему краю VII-VIII ребра по заднеподмышечной линии, после пробной пункции, в плевральную полость на глубину 4-5 см вводится троакардренаж с несколькими боковыми отверстиями и прикрепляется к коже грудной стенки узловатым П-образным швом.

При этом микроирригатор, в зависимости от назначения, подключается к аспиратору вместе с дренажной трубкой (для равномерного расправления легкого) или к диализатору (для лаважа плевральной полости).

Значительные достижения в лечении огнестрельных ранений груди за последние годы свидетельствуют о снижении летальности при них. Общая летальность из 106 раненых, находившихся под нашим наблюдением при применении комплекса консервативного и оперативного лечения, составила 6,6% (7 раненых).

Необходимо отметить, что у 8 раненых (7,5%) при дренировании и проведении активной аспирации установлено продолжающееся кровотечение в плевральной полости, по поводу которого все были оперированы и у них устранены источники кровотечения.

Таким образом, при повреждениях груди поражаются жизненно важные органы, непосредственно обеспечивающие дыхание и кровообращение. Нарушение функции указанных систем при несвоевременном и неадекватном оказании квалифицированной хирургической помощи может привести к тяжелым осложнениям и смерти пострадавших. Разработка новых эффективных методов оказания квалифицированной хирургической помощи, и активные профилактические меры по предупреждению осложнений должны быть предметом клинического изучения и научных поисковых исследований.

ВЫВОДЫ:

1. Применение дренирования с активной аспирацией плевральной полости снижает летальность на всех этапах эвакуации и лечения раненых при оказании квалифицированной хирургической помощи.

2. Применение дренирования с активной аспирацией плевральной полости при отсутствии эффекта дает возможность своевременно определить показания к оперативному лечению.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Вагнер Е.А. Хирургия повреждений груди.// М. — 1981.
2. Колесов А.П., Бисенков Л.Н. Хирургическое лечение огнестрельных повреждений груди.// Л. — Медицина, 1986.
3. Кузмичев А.П., Мебуке М.Г. Послеоперационные осложнения и летальность при проникающих ранениях груди.// Травма груди. Материалы межобластной конференции хирургов. — Пермь — 1972, С. 125-126.
4. Курбанов Ч.Ю. Неотложная помощь при повреждениях груди и лечение их осложнений.// Ташкент — 1991.
5. Мадартов К.М., Джумаев Г.Д., Сайитов А.Т., Базаров И.Ф. Опыт лечения огнестрельной травмы грудной клетки.// Осложнения и летальность в экстренной хирургии и пути их снижения. Материалы республиканской научно-практической конференции с международным участием. — Андижан — 1999 — С. 111-112.
6. Шапошников Ю.Г. Диагностика и лечение ранений.// М. — Медицина — 1984.
7. Чепчерук Г.С., Шалаев С.А., Баринев В.С., Сорвари Ш.М. Военно-медицинский журнал. — 1992 — №1 С. 28-31.
8. Albrecht M.// Vojnosn. Prerogl. — 1970 — 27 — P. 167-174.

С.И. Исмаилов,
М.М. Рашитов,
А.Ю. Юлдашев,
Л.Б. Нугманова,
А.А. Норбоев

АУТОТРАНСПЛАНТАЦИЯ НАДПОЧЕЧНИКОВ В КЛИНИКЕ.

Институт эндокринологии МЗ РУз

КЛИНИКАДА БУЙРАК УСТ БЕЗИ АУТОТРАНСПЛАНТАЦИЯСИ

Мақолада АКТГ-боғлиқ Иценко-Кушинга касаллигида беморларда икки томонлама босқичма –босқич адrenaлэктомиа ва ундан кейинги буйрак уст беzi аутоотрансплантацияси усулининг самараси тахлил қилинган. Буйрак уст беzi интраоперацион аутоотрансплантацияси 6 та беморга, шу жумладан 2 та болага ўтказилган. Ушбу усулга кўрсатма бўлиб АКТГ- боғлиқ Иценко-Кушинга хасталигига чалинган беморларга бир томонлама адrenaлэктомиа жаррохлик усулининг самарасизлиги кузатилганда яқунловчи операция – тотал адrenaлэктомиа ва буйрак уст беzi аутоотрансплантацияси ўтказиш усули ҳисобланади. Олинган натижалар шуни кўрсатдики операциядан кейинги 7 кундан бошлаб кортизол секрецияси градиенти ишонarli кўрсаткичларга кўтарилган (401 нмоль/л ва 270 нмоль/л, $P<0,05$). Бу фарқ 1-3 ой давомида сақланган, сўнг эса камаy бошлаган. Беморлар барча кузатув даврда минимал даражада гормонал ўрин босувчи терапия олиб борилган (преднизолон 5-10 мг/кунига). Хулоса: АКТГ-боғлиқ Иценко-Кушинга беморларида икки томонлама босқичма-босқич адrenaлэктомиа ва буйрак уст беzi аутоотрансплантацияси ўтказиш усули самарали усул ҳисобланади ва гипоталамо-гипофизар-адrenal тизимининг операциядан кейинги 1-3 ой давомида адекват фаолият кўрсатишига ёрдам беради.

ADRENAL AUTOTRANSPLANTATION IN CLINIC.

Effectiveness of staged bilateral adrenalectomy with autotransplantation of adrenal gland tissue in patients with ACTH-dependent Cushing's disease had been analyzed. Intraoperative autotransplantation of native adrenal gland tissue was performed in 6 patients, including 2 children. Bilateral staged adrenalectomy with autotransplantation was carried out in patients, after first unilateral adrenalectomy had been ineffective. Significant cortisol secretion (401 nM/l vs. 270 nM/l, $P<0,05$) have been showed on 7th day after autotransplantation of adrenal glands. This significance was kept till 1-3 months after surgery and then was decreased. During postoperative period all patients were administered hormonal replacement therapy of prednisolone in dose 5-10 mg/day. It has been concluded that bilateral staged adrenalectomy with intraoperative autotransplantation of adrenal gland tissue in patients with ACTH-dependent Cushing's disease can be the surgery of choice and contribute adequate functional activity of pituitary-adrenal axis during 1-3 months after surgery.

Прошло уже три четверти века, как Харвей Кушинг описал клинические симптомы характеризующие избыточную продукцию глюкокортикоидов в организме [1,2]. Интерес к данной патологии в последнее время значительно возрос, о чем свидетельствуют многочисленные работы посвященные выяснению причин болезни, дифференциальной диагностике и лечению его различных субформ. Трудной задачей является выбор адекватного метода лечения центральных форм - АКТГ-зависимого синдрома Иценко-Кушинга.

В настоящее время широким кругом исследователей предлагаются различные методы лечения АКТГ-продуцирующих аденом гипофиза (трансфеноидальная хирургия, радиохирургия с "гамма ножом", медикаментозное лечение и их сочетание, тотальная адrenaлэктомиа с аутоотрансплантацией надпочечников)[9,10].

Полное удаление надпочечников продолжает оставаться "краеугольным камнем" в лечении АКТГ-зависимого синдрома Иценко-Кушинга. При сравнении с альтернативными методами лечения, эта операция является операцией выбора для многих больных, несмотря на достижения в хирургии гипофиза, и имеет преимущество перед "медикаментозной адrenaлэктomией"[1,2].

Однако ценность этого метода заметно снижается необходимостью проведения постоянной заместительной гормональной терапии в послеоперационном периоде и в последующие годы жизни. Больные в результате операции фактически переводятся из одного патологического состояния (гиперкортизолемиа) в другое – состояние хронической надпочечниковой недостаточности [3].

Одним из путей решения этой проблемы является аутоотрансплантация надпочечниковой ткани после тотальной адrenaлэктомиа [4,5].

Целью настоящей работы явилось изучение эф-

фективности аутоотрансплантации надпочечников после тотальной адrenaлэктомиа у больных с АКТГ-зависимым синдромом Иценко-Кушинга.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Интраоперационную аутоотрансплантацию нативной надпочечниковой железы проводили 6 больных (в т.ч. 2 детей) с АКТГ-зависимым синдромом Иценко-Кушинга после поэтапной двухсторонней адrenaлэктомиа транслюмбальным доступом. Диагноз был поставлен на основании биохимических (определение кортизола, АКТГ методом РИА, дексаметазоновых тестов), рентгенологических (КТ или ЯМР) и клинических методов исследования. Рентгенологически была определена двухсторонняя гиперплазия надпочечников. У 2 больных была определена микроаденома гипофиза, у 4 патологии гипофиза не было обнаружено. Первая операция у таких больных заключалась в удалении одного более пораженного надпочечника. Проводился послеоперационный контроль за состоянием больных. При обнаружении рецидива болезни, больных брали на завершающую операцию – удаление другого надпочечника с трансплантацией гиперплазированных участков железы общим весом 3-4 г. в область предплечья.

Критерии оценки функции трансплантата

Для получения прямых доказательств сохранения гормонопродуцирующей функции трансплантата нами использовалась методика пересадки ткани надпочечниковых желез в подкожно-жировую клетчатку предплечья (чаще всего правого предплечья). Исследование уровня кортизола в образцах крови взятых из кубитальных вен обеих предплечий (справа выше уровня трансплантата) может служить показателем функции трансплантата при сравнении концентраций гормонов в обеих руках. Контролем служили здоровые люди.

ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ.

Целью проведения поэтапного удаления двух над-

Таблица 1.

Показатели кортизола и АКТГ в первые дни после двухсторонней адреналэктомии с аутоотрансплантацией нативной ткани надпочечников у больных с АКТГ-зависимым синдромом Иценко-Кушинга на фоне заместительной гормональной терапии.

Сроки наблюдения (n=6)	Кортизол плазмы (нмоль/л)	
	правая конечность (трансплантат)	левая конечность (контроль)
До операции	1229±56,2 P>0,05	1450±11,3 P>0,05
После операции Через 1 день	320,3±11,8 P1>0,05	201±11,3 P1>0,05
Через 3 дня	197±12,2 P1>0,05	193±11,3 P1>0,05
Через 7 дней	401±11,3 P1<0,05	114±11,3 P1<0,05
P1 - достоверность по отношению к контрольной конечности		
P2- достоверность по отношению к дооперационным показателям		

почечников с последующей их аутоотрансплантацией у больных с АКТГ-зависимым синдромом Иценко-Кушинга является предупреждение развития послеоперационного гипокортицизма путем создания адекватно функционирующего источника глюкокортикоидов в организме.

Поэтапное удаление двух надпочечников с последующей их аутоотрансплантацией у больных с АКТГ-зависимым синдромом Иценко-Кушинга было произведено шести больным. Ни у одного из наблюдаемых больных не возникло отторжение трансплантата, а также трансплантатзависимой гиперкортизолемии.

Нами были изучены сроки проявления первых признаков функциональной активности трансплантата путем взятия проб крови из кубитальных вен слева и справа выше места трансплантации на 1, 3, 7 сутки после операции. По той же методике больной обследовался в отдаленные сроки после трансплантации.

Анализ полученных данных показал, что трансплантат начинает функционировать уже на 7 сутки после операции. Уровень кортизола в руке с трансплантатом выше на 48% по сравнению с таковым в контрольной конечности (P<0,05) (таблица 1).

Наиболее выраженные показатели кортизола обнаружены через 1-3 мес. после аутоотрансплантации нативной надпочечниковой железы. Концентрация кортизола в дальнейшем хотя и снижается, однако статистически достоверный градиент разницы в левой (контроль) и правой (трансплантат) руках сохраняется.

Нужно отметить, что у больных с двухсторонней адреналэктомией с аутоотрансплантацией надпочечников мы проводили заместительную гормональную терапию как в ближайшие, так и в отдаленные сроки после операции. Они принимали минимальные дозы преднизолона (5-10 мг/сутки). При отмене или снижении доз препарата отмечалось развитие симптомов характерных для хронической недостаточности коры надпочечников (ХНКН) – слабость, сонливость, снижение АД, бессилие конечностей, апатия и т.д.

Концентрация АКТГ в плазме в первые 3-7 дней после тотальной адреналэктомии с аутоотрансплантацией достоверно снижается (таблица 1). В отдаленные сроки этот показатель заново повышается. (Таблица 2,3).

Ниже приводим случаи из практики;

Наблюдение -1

Больная А., 1984 г.р. с диагнозом АКТГ-зависимый синдром Иценко-Кушинга была подвергнута поэтапной двухсторонней адреналэктомии с аутоотрансплантацией нативной ткани надпочечника. В октябре 1998 года, после установки диагноза АКТГ-зависимый синдром Иценко-Кушинга, была произведена левосторонняя адреналэктомия с последующим облучением гипофиза. После небольшого периода ремиссии заболевания (6 мес.), у больной был отмечен рецидив, заключавшийся в прогрессировании симптомов синдрома Иценко-Кушинга. В июне 1999 проведена заключительная операция – правосторонняя адреналэктомия с аутоотрансплантацией 4-5 гр нативной ткани надпочечника в верхнюю треть правого предплечья. Динамика гормонов кортизола и АКТГ приводится ниже (таблица 2). До настоящего времени больная принимает заместительную гормональную терапию (преднизолон) в дозе 7,5 мг/сутки.

Наблюдение-2.

Больной Т., 1966 г.р. В июне 1998 года установлен

Таблица 2.

Показатели б-ой А. 15 лет. Д/З: АКТГ-зависимый Синдром Иценко-Кушинга. Состояние после двухсторонней адреналэктомии с аутоотрансплантацией нативной ткани надпочечников.

Сроки наблюдения	Кортизол плазмы (нмоль/л)		АКТГ плазмы (нг/мл)
	Правая конечность (трансплантат)	Левая конечность (контроль)	
До операции	1261	1450	64
После операции 1 неделя	320	201	24,5
1 месяц	255	193	35,7
3 месяца	180	160	49
6 месяцев	140	114	51

диагноз АКТГ-зависимый синдром Иценко-Кушинга. Микроаденома гипофиза. У больного была произведена поэтапная -коагуляция вен левого надпочечника (август, 1998) и удаление правого надпочечника (ноябрь, 1998). Отмечалась длительная ремиссия болезни (9 мес.). В мае 1999 года клинико-биохимические симптомы синдрома Иценко-Кушинга начали прогрессировать. В связи с этим была произведена заключительная операция-удаление левого надпочечника с интраоперационной аутотрансплантацией нативной надпочечниковой ткани. Раны зажили первичным натяжением. Послеоперационное течение гладкое. Динамика гормонов кортизола и АКТГ приводится ниже (таблица 3). До настоящего времени больной принимает заместительную гормональную терапию (преднизолон) в дозе 7,5-10 мг/сутки.

Таблица 3.
Показатели больного Т. 1966 г.р.
Д/З: АКТГ-зависимый Синдром Иценко-Кушинга.
Состояние после двухсторонней адреналэктомии с аутотрансплантацией нативной ткани надпочечников.

Сроки наблюдения	Кортизол плазмы (нмоль/л)		АКТГ плазмы (нг/мл)
	Правая конечность (трансплантат)	Левая конечность (контроль)	
До операции	1700	1500	51
После операции 1 неделя	280	182	18
1 месяц	271	222	37,5
3 месяца	220	188	47
6 месяцев	170	152	62

Обсуждение полученных данных

Предложения о трансплантации надпочечниковой ткани после тотальной адреналэктомии отражает стремление получить источник эндогенного кортизола и тем самым избежать развитие ХНКН [2,4].

Клинический опыт показывает, что при болезни Иценко-Кушинга (БИК) первичной является хирургия гипофиза, только при безуспешном исходе показана двухсторонняя АЭ с аутотрансплантацией нативной ткани надпочечника [1,6].

Исследуя эффективность метода трансплантации надпочечников у больных БИК после двухсторонней адреналэктомии, авторы Erdogan G и соавт. (1994) сообщают о хорошей функциональной активности трансплантата и у одного больного трансплантат полностью замещал функцию надпочечника и не было необходимости в проведении заместительной гормональной терапии [11]. Абсолютно противоречивые данные к выше сказанному приводит Lison AM (1993), когда при тех же условиях были получены не столь обнадеживающие результаты [12]. Проведенные нами исследования по изучению эффективности аутотрансплантации надпочечников после тотальной адреналэктомии у больных с АКТГ-зависимым синдромом Иценко-Кушинга показали, что уже на 7 сутки после

операции отмечается значительный градиент в концентрации кортизола в руке с трансплантатом по сравнению с рукой без трансплантата. (401 нмоль/л и 270 нмоль/л, $P<0,05$) соответственно. Этот градиент в той или иной степени выраженности сохраняется до 1-3 месяцев после операции, что говорит о ее функциональной активности. Далее разница этих показателей снижается ($P>0,05$).

Необходимо отметить что, по литературным данным, больные после тотальной адреналэктомии без аутотрансплантации или после гипофизэктомии принимают заместительную гормональную терапию глюкокортикоидами в дозе 15-30 мг/сут (7,8). В наших исследованиях больные после тотальной адреналэктомии с аутотрансплантацией надпочечника во избежании развития острой надпочечниковой недостаточности получали поддерживающие дозы кортикостероидов (5-10 мг/сутки). При этом, общее состояние больных было удовлетворительным и уровень кортизола и АКТГ в течении 1-3 мес. после операции были близки к нормальным показателям.

Таким образом, аутотрансплантация надпочечников после тотальной адреналэктомии смягчает явления ХНКН не освобождая больных полностью от заместительной гормональной терапии.

Дальнейшие наблюдения до 6 месяцев показали, что у больных после аутотрансплантации с дополнительной минимальной заместительной гормональной терапией отсутствуют симптомы ХНКН. Нормализуется уровень кортизола.

Методика аутотрансплантации надпочечника после тотальной адреналэктомии показала её эффективность и по нашему мнению может быть рекомендована как один из способов лечения АКТГ-зависимого синдрома Иценко-Кушинга.

Тем не менее имеются некоторые проблемы, решение которых может позволить повысить эффективность трансплантации надпочечников. Одна из них -не всегда удается определить оптимальный объем пересаживаемой ткани с тем, чтобы обеспечить необходимый физиологический уровень эндогенной секреции кортизола.

Выводы.

Поэтапное удаление обоих надпочечников с интраоперационной аутотрансплантацией нативной ткани надпочечников у больных с АКТГ-зависимым синдромом Иценко-Кушинга является операцией выбора и способствует адекватному функционированию ГГА оси в течении 1-3 месяцев после операции.

Список использованной литературы

1. И.В. Комиссаренко и соавт. Трансплантация надпочечников. Врачебное дело 1988 №11 С.29-32
2. В.В. Никитина. Трансплантация надпочечников в клинике и эксперименте Проблемы эндокринологии 1974 №3 С.114-119
3. Гончарова В.Н. и соавт. О функциональной активности аутотрансплантата коры надпочечника при болезни Иценко-Кушинга после двухсторонней тотальной адреналэктомии. Проб. Эндокрин. 1977 №6 С. 35-39
4. Okamoto T, Fujimoto Y, Obara T, Eur Surg Res 1992;24(2):112-118 Experimental study on adrenal autografts in rats to preserve normal adrenocortical function after bilateral adrenalectomy.
5. Shu You Peng et al Pedicle autotransplantation of adrenal gland in treatment of Cushing's syndrome. // Ann Rey Coll Surg Engl 1983.- V.63-P.51

6. Okamoto T, Obara T, Ito Y. *Endocr J* 1996 Apr;43(2):169-175 **Bilateral adrenalectomy with autotransplantation of adrenocortical tissue or unilateral adrenalectomy: treatment options for pheochromocytomas in multiple endocrine neoplasia type 2A.**
7. Cuneo, R.C. (1995) **Current strategies for hormone replacement therapy for the hypopituitary patients.** Medical J. of Australia, 163, 539-541
8. Oelkers, W. (1996) **Adrenal insufficiency.** New England J. of Medicine, 17, 1206-1212
9. Abosch A et al **Transsphenoidal microsurgery for growth-hormone secreting pituitary adenomas: Initial outcome and long-term results.** J

- Clin Endo and Metab* 1998;83: 3411-8
10. Sweazingen B. Et al **Long-term mortality after transsphenoidal microsurgery and adjuvant therapy for acromegaly** J Clin Endo and Metab 1998;83: 3419-26
11. Erdogan G, Kologlu S, Kamel N, *Endocr J* 1994 Feb;41(1):45-48 **Adrenal autotransplantation after total adrenalectomy: delayed determined function.**
12. Lucon AM, Mendonca BB, Domenice S, *J Urol* 1993 May;149(5):977-979 **Adrenal autografts following bilateral adrenalectomy.**

Ю.И.Калиш,

Г.В.Хан,

С.З.Салахидинов,

Ш.А.Худайбергенов.

К ВЫБОРУ СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДЕМПИНГ-СИНДРОМА, ВОЗНИКШЕГО ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПО БИЛЬРОТ-I.

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

Ю.И.Калиш., Г.В.Хан., С.З.Салахидинов., Ш.А.Худайбергенов.

МЕЪДАНИ БИЛЬРОТ-I РЕЗЕКЦИЯСИДАН СЎНГ КЕЛИБ ЧИҚАДИГАН ДЕМПИНГ-СИНДРОМНИ ЖАРРОХЛИК КОРРЕКЦИ-ЛАШ УСУЛИНИ ТАНЛАШ.

Ушбу мақолада меъдани Бильрот-I резекцияси ташрихидан кейин келиб чиқувчи демпинг-синдромни оғир даражасини даволашнинг янги услуби кўрсатилган. Услубга 30.06.97 йили Ўзбекистон Республикасини №4283-сонли патенти олинган бўлиб, унда овқат луқмаларини ўн икки бармоқ ичак ва ингичка ичак орқали ўтишини секинлаштириш мақсадида икки томонлама диафрагма ости ваготомияси, гастродуоденал анастомозни қисқартириш (торайтириш), ўн икки бармоқли ичақда сунъий бурилиш (ўн икки бармоқли ичакни меъда чўлтоғи «кил»ига фиксацияси-чи бурилиш) ва ингичка ичакни «Трейц» боғлами соҳасида мезоколонга фиксация қилиш (2чи бурилиш) амалга оширилади.

Юқоридаги услуб бўйича 4та беморда ташрих ўтказилди ва яхши натижа олинди.

Yu.I.Kalish, G.V.Khan, S.Z.Salakhidinov, Sh.A.Khudaibergenov.

TO CHOICE OF SURGICAL CORRECTION MODE OF DUMPING SYNDROME APPEARED AFTER THE STOMACH RESECTION ACCORDING TO BILLROTH-I

The new mode of treatment of severe dumping syndrome appeared after the stomach resection according to Billroth-I has been presented (The Republic of Uzbekistan patent №4283 from 30.06.1997).

The mode essence consists in the bilateral subdiaphragmatic truncal vagotomy, narrowing of the gastroduodenal anastomosis and creation of the artificial curves of duodenum (its fixation to the stomach stump carina - the first curve) and the jejunum in the field of the Treiz ligament with its fixation to mesocolon (creation of the obtuse angle-the second curve) for delay the food passage via duodenum and the jejunum.

According this method 4 patients were operated with good late results.

Более чем 50-летний опыт реконструктивных операций у больных с демпинг-синдромом (ДС) после резекции желудка по второму способу Бильрота показал преимущества реверсии гастроеюнальных анастомозов в гастродуоденальные.

Впервые эту операцию выполнил в 1926 году Bohmanson G., который в 1950 году сообщил о 36 таких вмешательствах с хорошими результатами.

Последующие за этим публикации (Teicher I. et al.,1951; Cooper W. et al.,1955; Hinshaw D. et al.,1957; Woodward L. et al.,1960; Wallensten S.,1960; Czembirek L.,1962; В.Евдокимова, 1968; Калиш Ю.И.,1984) также содержали позитивную оценку этого вида операции при тяжелой форме ДС.

Однако ряд хирургов не получили желаемого эффекта при выполнении реконверсии гастроеюнального анастомоза в гастродуоденальный (Bjuro T. et al.,1968). Borg I. et al. (1968), анализируя результаты 33 таких операций, отметили, что период временного выздоровления сменяется рецидивом заболевания.

Естественно, что выбор способа реконструктивной операции при ДС, возникшем после резекции желудка по Бильрот-I, или трансформации гастроеюнального соустья в гастродуоденальный более сложен и проблематичен.

Все существующие на сегодня методы реконструкций можно условно разделить на 3 группы (Рисунок 1).

Первая - реконструкция гастродуоденального анастомоза в гастроеюнальный с антиперистальтическим расположением тонкой кишки, образующей гастроеюнальный анастомоз (Poth E.,1957).

Вторая - реконструкция с использованием тонкокишечной пластики. Разработано три варианта такой реконструкции:

- с изоперистальтически расположенным тонкокишечным трансплантатом (Henley F.,1952,1955,1961; Hedenstedt S.,1951,1959);

- с антиперистальтически расположенным тонкокишечным трансплантатом (Rutledge R.H., 1964, 1968, 1969; Schlicke C.P.,1963; Jordan G. et al.,1963);

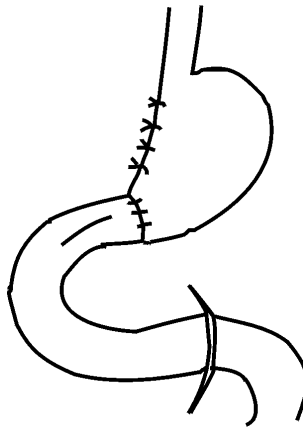
- с двойным анти-изоперистальтически расположенным тонкокишечным трансплантатом (Walters W. et al.,1964) и с резервуаром из трех петель трансплантата (Lowrence W.J. et al.,1964) и т.д.

Третья-реконструкция с толстокишечной пластикой (Moroney J.,1951; Orfali M.J.,1957; Борисов В.Г.,1967,1968; Андросов П.И. с соавт.,1969).

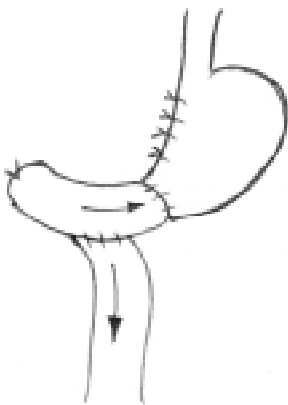
Опыт и оценка результатов более чем 700 различных реконструктивных операций при заболеваниях

Рисунок 1.

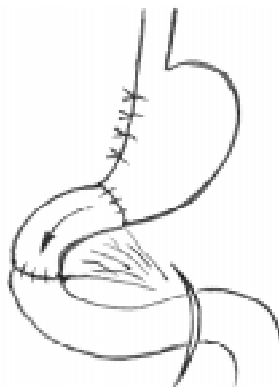
Повторные операции при ДС, возникшем после резекции желудка по Б-І.



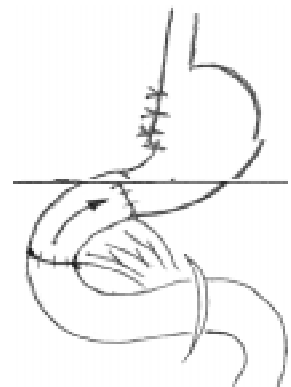
Реконструкции с тонкокишечной пластикой



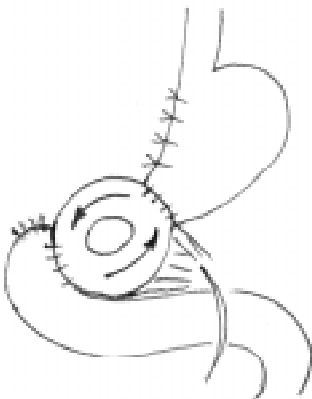
Poth E.S.
(1957)



Henley F.A.
(1952)



Rutledge R.H.
(1964)



Walters W. et al.
(1959)



Lawrence W.J. et al.
(1964)



Moroney T.
(1951)

оперированного желудка привел нас к следующему решению проблемы хирургической коррекции тяжелой формы ДС, возникающего после резекции желудка по Бильрот-І.

В его основу положены следующие соображения:

1. Сужение гастроэюнального анастомоза при ДС после резекции желудка по Бильрот-II было предложено Abbot W. et al. в 1958, 1961 г.г. Положительную оценку как этапа реконструктивной гастроэюнодуоденопластики ему дали В.С.Маят с соавторами (1965).

2. Стволовая ваготомия, как способ лечения ДС,

была впервые выполнена в 1949 году Stapler N. (трансторакально), затем ее использовали с успешными результатами Abbot W. et al. (1961) и В.М.Сегалов (1971).

С целью замедления пассажа пищи через двенадцатиперстную и тощую кишку нами было предложено создание искусственных изгибов двенадцатиперстной кишки (ее фиксации к килу культи желудка – первый изгиб) и тощей кишки в области связки Трейца путем ее фиксации к мезоколон (создание тупого угла – второй изгиб).

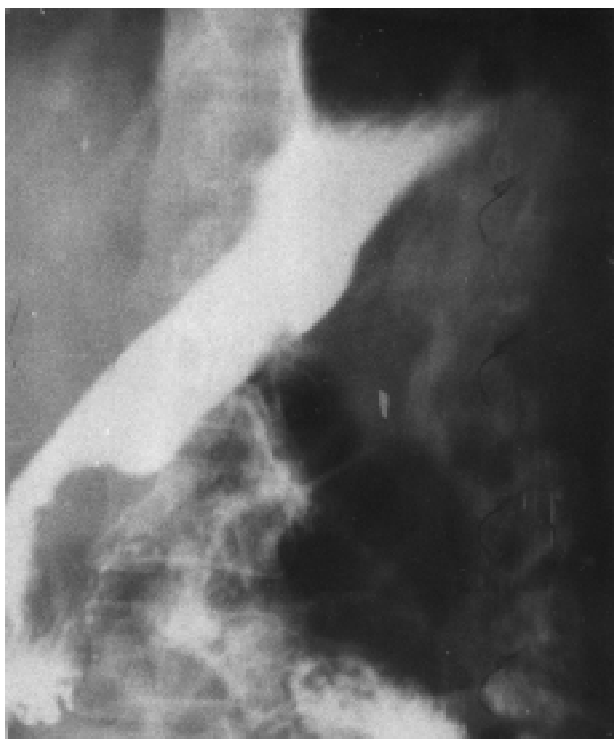


Рисунок 2.

Рентгенограмма культи желудка больной Р. до операции.

Комбинация четырех факторов, указанных выше, легла в основу нашего предложения, на который получен патент Республики Узбекистан N 4283 от 30.06.1997г. (Способ лечения тяжелой степени демпинг-синдрома.).

Показанием к выполнению этой операции служили случаи тяжелой формы ДС по классификации, предложенной группой авторов (О.В.Фильц, 1960; М.И.Кузин с соавт., 1965; Ю.М.Панцырев с соавт., 1968; Fenger H. et al., 1961).

В Научном центре хирургии им.акад.В.Вахидова МЗ РУз с 1975 по 1999г.г. было оперировано 90 больных с тяжелой степенью ДС, мужчин было 58, женщин - 32. Средний возраст больных составил $41,5 \pm 0,4$ лет.

В 7 (7,7%) случаях ДС наблюдался после резекции желудка по Бильрот-I. Все больные женщины в возрасте от 32 до 46 лет, перенесшие ранее операции по поводу осложненных форм язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Клинические проявления демпинг-синдрома наблюдались в сроки от 2 месяцев до 2 лет, в среднем через 7,7 месяца.

Троим больным из семи была произведена ререзекция культи желудка с наложением терминолатерального гастродуоденоанастомоза. Как показали наши наблюдения, через 1-1,5 года у них вновь наступил рецидив демпинг-синдрома.

В этой связи, устранение демпинг-синдрома, развившегося после резекции желудка по первому способу Бильрота, у 4 больных было осуществлено по нашей методике. Приводим наблюдение.

Больная Р. 32 года. Поступила в клинику 02.02.1996 года с жалобами на слабость, сердцебиение, тошноту, гиперсаливацию, тахикардию, гипергидроз во время приема сладкой и молочной пищи. Из анамнеза: в

1993 году больной по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, по месту жительства произведена резекция 2/3 желудка по Бильрот-I. Через 6 месяцев после операции стала отмечать выше перечисленные жалобы, которые со временем стали прогрессировать. Проводимая многократная консервативная терапия эффекта НЕ ДАЛА. В связи с ухудшением качества жизни больной была присвоена II группа инвалидности.

При поступлении состояние относительно удовлетворительное, пониженного питания, дефицит массы тела - 12 кг. Кожные покровы чистые, бледные. Пульс-78, АД-100/60 м.р.с. Живот мягкий безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул периодически жидкий.

Обследована: Со стороны анализов крови и мочи без отклонения от нормы. ЭКГ - метаболические изменения миокарда. ЭГДС: оперированный желудок по Бильрот-I, Зияющий гастродуоденоанастомоз до 4-5 см. Гастрит культи желудка. Рентген желудка: оперированный желудок по Б-I, культи желудка небольших размеров, стенки тоничные, рельеф слизистой сохранен. Эвакуация контраста из культи желудка в течение 5 минут. Пассаж по двенадцатиперстной кишке не нарушен. Вывод: Ускоренный тип эвакуации (по типу провала) из культи желудка (Рисунок 2). Демпинг-провокация по Stafford (1957г.) - демпинг-реакция III степени тяжести.

После предоперационной подготовки 12.02.1996 произведена операция в нашей модификации. Послеоперационный период протекал благоприятно. При контрольном обследовании на 10 сутки: по данным ЭГДС: оперированный желудок по Бильрот-I гастродуоденоанастомоз до 2 см в диаметре, свободно проходимый прибором. На контрольном рентгенологическом исследовании желудка: культи небольших раз-

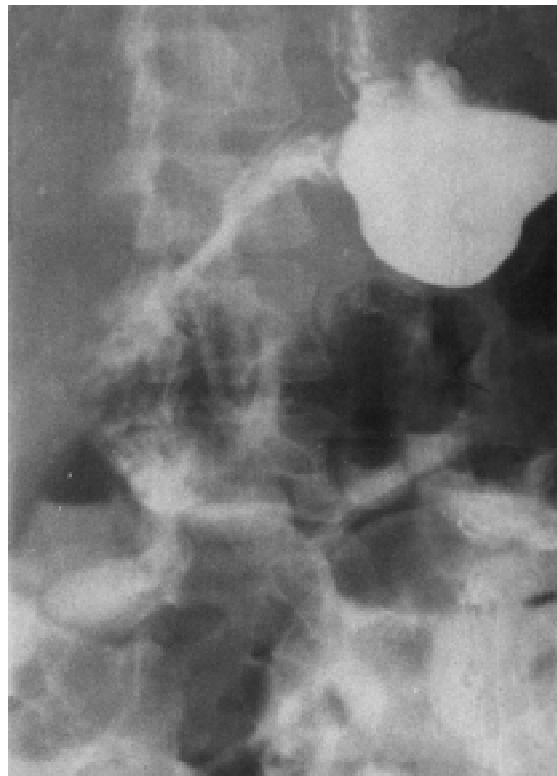


Рисунок 3.

Рентгенограмма той же больной после операции.

меров. Область гастродуоденоанастомоза сужена. Эвакуация контраста из культи желудка в течение 1 часа. Умеренный дуоденостаз. Вывод: оперированный желудок по Б-І. Порционно-ритмичный тип эвакуации (Рисунок 3). Демпинг-провокация - демпинг-реакции не наблюдается.

Больная выписана в удовлетворительном состоянии. При контрольном осмотре в отдаленном периоде через 3, 6, 18 месяцев жалоб не предъявляет. Диету не соблюдает. Приступила к прежней работе.

Таким способом было оперировано 4 больных. Отдаленные результаты лечения, как показывают наши наблюдения - хорошие. Это позволяет нам рекомендовать несложную в техническом плане операцию при лечении демпинг-синдрома тяжелой формы, развившегося после резекции желудка по первому способу Бильрота. Преимуществом является также и то, что операция осуществляется без вскрытия просвета полых органов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Андросов П.И. К хирургическому лечению демпинг-синдрома. //В кн.: "Ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки". Астрахань, 1968, с.129-130.
2. Борисов В.Г. О механизме возникновения некоторых патологических синдромов после резекции желудка и тотальной гастрэктомии по методу Бильрот-II и возможные варианты их профилактики. //Автореф. дисс. докт. мед. наук, Л., 1967.
3. Борисов В.Г. Влияние способа резекции желудка и тотальной гастрэктомии на частоту возникновения патологических синдромов. //Хирургия, 1968, №2, с.37-42.
4. Евдокимова В.С. Хирургическое лечение последствий резекции желудка путем реконструктивной гастродуоденопластики. //В кн.: "Хир. лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки". Ставрополь, 1968, с.85-86.
5. Калиш Ю.И. Заболевания оперированного желудка (профилактика и хирургическое лечение. //Автореф. докт. мед. наук, М., 1984.
6. Кузин М.И., Чистова М.А. Некоторые данные о патогенезе гемодинамических нарушений при демпинг-синдроме. //Клин. Медицина, 1965, 10, с.38-43.
7. Маят В.С., Панцирев Ю.М., Климинский И.В. Диагностика и хирургическое лечение демпинг-синдрома. //Труды III-го пленума Всеросс. Науч. мед. общества хирургов. Омск, 1965, с.29-39.
8. Панцирев Ю.М., Жаров Е.И. Об изменении некоторых показателей гемодинамики при демпинг-синдроме после резекции желудка. //Кардиология, 1968, 6, с.117-124.
9. Сегалов В.М., Ясин Бакир. Непосредственные исходы оперативного лечения тяжелой формы демпинг-синдрома методом полной поддиафрагмальной ваготомии. //Сб. науч. работ молодых ученых Крымского мед. института, Симферополь, 1969, с.96-98.
10. Фильц О.В. Алиментарно-энтерогенный вегетативный синдром после оперативных вмешательств на желудке и тонкой кишке. //Дисс.канд.мед. наук, Львов, 1961.
11. Abbot W., Krieger H. The aetiology and management of the dumping syndrom following gastroenterostomy or subtotal gastrectomy. //Bull.Soc.int. Chir., 1961, 20, I, p.40-52.
12. Abbot W., Krieger H. Technical surgical fuetors wich enhance or minimize postgastroectomy abnormalities. //Ann. Surg., 1958, 143, 4, p.567-593.
13. Bjuro T., Christoffersson E. Circulatory changes provoked by hypertonic glucose solution before and after re-operation for dumping. //Acta chir. Scand., 1968, 134/3-4, p.245-248.
14. Bohmanson G. Profilaxis and therapy in late postgastroectomy complication. //Acta Med.Scand. Suppl., 1950, 246, p.37-43.
15. Borg I., Borystrom St. The value of B-II B-I conversion operation in the treatment of the postgastrectomy syndrom. //Acta chir. Scand. 1968, 134, 8, p.655-659.
16. Cooper W., Welbown R. Early post-cibal symptome following gastrectomy. Aetiological factors, treatment end prevention. //Brit.J.Surg., 1955, 43, 177, p.24-35.
17. Czembirek L. On the problem of corrective surgery of the dumping syndrom following Billroth II. //Klin.med., 1962, 17, p.607-617.
18. Fenger H.J. The significanse of the cardiovascular changes in the pathophysiology of severe dumping provoked by apomorphine. //Scand.J. Gastroenterol., 1971, 6, p.87-92.
19. Hinshow D. B. Jorgensen E. Periferal blood and blood volume studies in the dumping syndrom. //Arch. Surg., 1957, 74, p.681-692.
20. Henley F.A. Gastrectomy with replacement aprelliminary communication. // Brit. J. Surg., 1952, 160, p.118-128.
21. Henley F.A. The surgical correction of postgastrectomy syndroms. //Bull.Soc. Iut.chir., 1961, 20, 1, p.53-57.
22. Henley F.A. The surgical treatment of postgastrectomy syndrome. //Med. Presse, 1955, 237, 6, p.318-323.
23. Hedenstedt S. Das postgastrectomie syndrom und seine chirurgische behaundlung. //Miinch. Med. Wochr., 1969, 111, 114, p.762-766.
24. Hedenstedt S. Gastrectomy with jejunum replacement. //Acta chir. Scand., 1959, 117, 4, p.295-310.
25. Hedenstedt S. Secondary Jejunum transposition for sewere dumping following Billroth-I partial gastrectomy. //Acta chir.Scand., 1961, 121, 3-4, p.262-273.
26. Jordan G., Angee R.T. Treatment of the postgastrectomy dumping syndrom with a reversed jejunal segment interposed between the gastric remnaut and the jejunum. //Amer.J.Surg., 1963, 106, p.451-459.
27. Jordan G. Surgical management of postgastrectomy problems. //Arch. Surg., 1971, 102, p.251-259.
28. Lawrence W/J/ Kim M. Gastric reservoir construction for severe disability after subtotal gastrectomy. //Surg. Gynec. Obstet., 1964, 119, p.1219-1221.
29. Moroney J. Colonic replacement of stomach. //Lancet, 1951, 1, 18, p.995-999.
30. Orfali M.J. Echec de l'operation de Morony, diens le traitement des necere recidivants apres gastrectomie et vagotomie associees (Rapport de MI. Hepp). //Med. acad. chir., 1957, 83, 21-22, p.637-640.
31. Poth E.S. The dumping syndrom and surgical treatment. //Amer. Surg., 1957, 23, 12, p.1097-1102.
32. Comments on Henley's remedial operation for dumping syndrome. //Surgery, 1964, 55, p.762-769.
33. Rutledge R.H. Jejunal segments for the post-gastrectomy syndromes. Data presented at meeting of Souther Surgical Association. //Boca Ratom, Florida, Desember.9-11, 1968.
34. Rutledge R.H. Jejunal segments for the post-gastrectomy syndromes. //Ann. Surg., 1969, 169, p.810-817.
35. Schllieck C.P. Complication of vagotomy. //Amer.J.Surg., 1963, 106, p. 206-218.
36. Stapler N.W. El "dumping-syndrome" postgastrectomia: su tratamiento par la secction de los rervios vagas. //Rev.Ass.Argent. Dietol., 1949, 7, 27, p.196-203.
37. Teicher I., Friedman N., Lipton S. Malbunctioning store following subtotal gastrectomy, corrected by convertiny e gastrojejunostomy to a gastroduodenostomy. //Ann. Surg., 1951, 134, p.1058-1061.
38. Walters W., Nixon J. Double jejunal-loop replacement of resected stomach for bilius vomiting. //Arch.Surg., 1959, 79, 3, p.479-482.
39. Wallensten S. The dumping syndrome.III. Conversion of Billroth II to Billroth I gastrectomy for severe dumping syndrome. //Acta chir. Scand., 1960, 118, 4, p.278-285.
40. Woodward L.R., Hastings N. Surgical treatment of the postgastrectomy dumping syndrome. //Surg.Gynec. obstet., 1960, III, 4, p.429-437.

Ш.И. Каримов,
В.Л. Ким,
Н.Ф. Кротов,
С.П. Боровский,
Ш.А. Юнусметов.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ.

Второй Ташкентский Государственный медицинский институт.

Ш.И.Каримов, В.Л.Ким, Н.Ф.Кротов, С.П.Боровский, Ш.А.Юнусметов

МЕХАНИК САРИҚЛИГИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИ КАМ ИНВАЗИВ УСУЛЛАР БИЛАН ДАВОЛАШ

356 та механик сариқлиги бўлган беморларни даволаш натижалари тақдим этилган, улардан 62 сини сабаби гепатопанкреатодуоденал соҳанинг хавфли ўсмалари сабабли, 294-хавфсиз касалликлар. Беморларнинг кўпчилигида ўрта ва оғир даражадаги жигар етишмаслиги бўлган (мос равишда 92 ва 81%). Икки босқичли даволаш тактикаси кам инвазив муолажалар билан қўлланилган. Эндоскопик папиллосфинктеротомия 140 беморда, тери орқали жигар орқали холангиостомия 216 беморда бажарилган. Жигар етишмаслигининг оғир даражасида, холангитда, ўсма жараёнида дренажлашнинг, эндопротезлашнинг оригинал методикаси ишлаб чиқилган. Иккинчи босқичда 133 беморда лапароскопик холецистэктомия бажарилган, 39 беморда эса ўтнинг нормал пассажи кам инвазив тери орқали жигар орқали эндобилиар муолажалари орқали бажарилган. Ишлаб чиқилган методлар хавфли касалликларда операциядан кейинги асоратларни - 13,4%, хавфсиз касалликларда - 9,2% гача, ўлимни - мос равишда 6,5% ва 0,3% гача камайтиришга имкон берди.

Sh.I.Karimov, V.L.Kim., N.F.Krotov, S.P.Borowsky, Sh.A.Yunusmetov

SMALL INVASIVE INTERVENTIONS IN TREATMENT OF PATIENTS WITH OBSTRUCTIVE JAUNDICE

An experience of treatment of 356 patients with obstructive jaundice is given that was due to malignant tumors in the hepatopancreato-duodenal zone in 62 patients, benign diseases - in 294 patients. Most patients had moderate and severe grades of hepatic failure (92 and 81% respectively). A two-stage tactics of treatment using small invasive interventions has been applied. Endoseopic papillosphincterotomy was performed in 140 patients, transcutaneous transhepatic cholangiostomy - in 216 patients. Original methods of drainage, endoprosthesis for a severe grade of hepatic failure, cholangitis, tumorous process have been worked out. Laparoscopic cholecystectomy was conducted 133 patients on the stage 2, a normal passage of bile was restored in 39 patients using small invasive transeutaneous transhepatic endobiliary interventions. Methods elaborated allowed to reduce postoperative complications in patients with malignant diseases up to 13,4%, in patients with benign diseases - up to 9,2%, lethality rate up to 6,5% and 0,3% respectively.

Механическая желтуха (МЖ) является тяжелым осложнением заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны. Развивающиеся при этом холестаз, желчная гипертензия, ахолия вызывают серьезные функциональные и морфологические изменения в печени, что приводит к сравнительно быстрому развитию печеночной недостаточности (ПН). Отмечается увеличение числалци пожилого и старческого возраста, страдающих этим заболеванием, у этого контингента значительно увеличивается риск, ожидается логичное ухудшение результатов лечения вследствие возраста, сопутствующей патологии.

Летальность после операций на высоте желтухи остается высокой и составляет от 7,2 до 45%. Основная причина летальности после хирургических вмешательств на желчных путях — ПН [3, 4, 5, 7].

В связи с этим в настоящее время при МЖ широко применяются малоинвазивные методы, которые эффективны и малотравматичны, однако все еще нет единого мнения о показаниях, сроках, последовательности применения этих способов в зависимости от клинических проявлений МЖ, характера осложнений, поражений гепатопанкреатодуоденальной зоны и тяжести состояния пациента. Кроме того сами эти методы требуют усовершенствования для улучшения результатов лечения [1, 2, 6, 8, 9].

В нашей клинике находилось на лечении 356 больных МЖ. Ее причиной у 62 пациентов были злокачественные опухоли гепатопанкреатодуоденальной зоны, а у 294 больных — доброкачественные заболевания. Возраст пациентов был от 27 до 82 лет, 67% из них было старше 60 лет, 73% больных имели по одному или несколько сопутствующих заболеваний. Длительность желтухи более 1 месяца была у 54%. В группе больных со злокачественными процессами 92% имело среднюю и тяжелую степень ПН, у 62% больных уровень билирубина в крови превышал 400 мкмоль/л, а у 1 пациента превысил 1000 мкмоль/л. Исходные доо-

перационные средние показатели билирубина в группе с доброкачественными заболеваниями составили $85,3 \pm 9,4$; $167,2 \pm 19,3$; $247,4 \pm 23,1$ мкмоль/л при легкой, средней и тяжелой степени ПН, АЛТ — $1,5 \pm 0,21$; $2,2 \pm 0,18$ и $4,1 \pm 0,43$ мкмоль/л; АСТ — $1,3 \pm 0,19$; $1,9 \pm 0,9$ и $3,3 \pm 0,4$ мкмоль/л соответственно. В этой группе ПН средней и тяжелой степени была у 81% больных.

Предварительный диагноз ставился на основании ультразвукового исследования. После предварительной подготовки в течение 1-1,5 суток, направленной на коррекцию функций жизненно важных органов, приступали к малоинвазивным эндобилиарным вмешательствам. В клинике применялась двухэтапная тактика лечения. На первом этапе проводили декомпрессию билиарной системы, устраняли проявления механической желтухи, печеночной недостаточности, холангита, выполняли коррекцию нарушений функционального состояния печени, а также других органов и систем организма. На втором этапе, после стабилизации состояния больных, улучшения функциональных показателей, купирования воспалительных явлений, ликвидировали причину желтухи, восстанавливали пассаж желчи в кишечник.

При этом, мы придерживались диапевтического принципа, то есть после эзофагогастродуоденофиброскопии выполняли, по возможности, эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХПГ), и при необходимости - эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ) — у 140 с доброкачественными заболеваниями (у 27 — субтотальную с сохранением верхней части собственно сфинктера общего желчного протока, у 73 — ограниченную, когда около половины сфинктерного аппарата оставалась функционирующей, у 40 — папиллотомию, при этом почти полностью сохранялась автономия всего сфинктера терминального отдела холедоха), а после чрескожной чреспеченочной холангиографии (ЧЧХГ) — чрескожную чреспеченочную холангиостомию

(ЧЧХС) — у 216 пациентов (в т.ч. у всех больных со злокачественным процессом). Все эти вмешательства выполнялись в рентгеноперационной под контролем рентгентелевидения и ультразвука.

ЭПСТ применяли при возможности канюлирования дуоденального сосочка, при отсутствии выраженного и протяженного стеноза папиллы и терминального отдела холедоха более 1,5 см, отсутствии вклиненного несмещаемого камня, дивертикула в области большого дуоденального соска, острого панкреатита, аномалии развития, непроходимой опухоли, нарушении свертывающей системы крови, а также при отсутствии выраженной сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности, когда выполнение эндоскопических вмешательств чревато возникновением осложнений со стороны вышеуказанных систем.

В случаях отсутствия технических возможностей проведения эндоскопических ретроградных вмешательств, выполняли чрескожную чреспеченочную холангиостомию. Для этого использовали иглы “Chiba” и Лундерквиста, набор проводников и дренажей различного диаметра, бужи, переходники. Предпочтение отдавали боковому доступу. После визуализации желчных путей выполняли пункцию и дренирование выбранного протока иглой Лундерквиста, производили манометрию, забор желчи на бактериологический анализ.

С целью профилактики смещения дренажа, по разработанной методике, создавали свободное перемещение катетера в толще брюшной стенки с фиксацией к коже с помощью резиновых лигатур, концу катетера придавалась форма петли или “Pig tail”. Для уменьшения количества осложнений, производили обязательный рентгенконтроль через 1-3 дня, устанавливали дренаж достаточного диаметра, которые имели необходимую длину дренирующей части.

При полном блоке или невозможности проведения проводника и катетера ниже места поражения осуществлялось наружное дренирование. При прохождении конца катетера ниже обтурации производилось наружно-внутреннее дренирование (168 больной). У 133 пациентов выполнено наружно-внутреннее дренирование, по разработанной нами методике двойного дренирования по типу катетер в катетере, с проведением внутреннего в кишечник, диаметр большого дренажа равнялся 2,7-3,3 мм, меньшего — 0,8-1,6 мм. Через наружный катетер, оставленный в желчном протоке перед препятствием, проводилась регулируемая декомпрессия билиарной системы. Через внутренний — в кишечник вводили профильтрованную желчь (А.С. 1572642, 1990).

При холангите (63 больных) выполняли двойное внутреннее дренирование с целенаправленной антибактериальной терапией по усовершенствованной нами методике по типу катетер в катетере. В отличие от вышеописанной методики, внутренний катетер заводили в вышележащие отделы билиарной системы. Через него выполнялся проточно-капельный диализ антисептиками, вводились антибиотики. Для предотвращения явлений гепатодилатации и прогрессирования явлений ПН, через наружный дренаж осуществлялась дозированная декомпрессия желчных протоков (на 35-40 мм вод. ст. каждые 5-6 часов по методи-

ке М.А. Козырева, 1980) и микробиологический контроль за трансформацией пейзажа микрофлоры желчи. По мере снижения токсичности желчи, регресса холангита, нормализации билиарного давления, наружный конец катетера перекрывался, осуществлялось полностью внутреннее дренирование.

При использовании малоинвазивных вмешательств на 2 этапе нами разработан эндопротез с воронкообразным расширением одного конца, эту часть протеза устанавливали выше опухоли, тем самым предотвращалась миграция дренажа, возможность быстрой обтурации его просвета.

Нами разработан способ лечения стенозов терминального отдела холедоха (ТОХ) (АС №1454400, 1989). При этом выполняли баллонную дилатацию стенозированного участка катетером типа Грюнтцига под давлением 20-40 кПа с экспозицией 20-40 секунд в течение 7-10 дней.

Больным с холедохолитиазом, после предварительной фармакологической подготовки, постепенной дозированной дилатации ТОХ и большого дуоденального соска (БДС) баллонным катетером, производили мягкое ненасильственное низведение камней из холедоха в двенадцатиперстную кишку.

У больных МЖ злокачественной этиологии с легкой степенью ПН стойкое улучшение состояния обычно наступало на 10-12 сутки, у 82% со средней — на 15-17 сутки, у 63% с тяжелой степенью и явлениями холангита — на 21-25 сутки. В этих подгруппах билирубин снижался в указанные сроки соответственно до 25, 50, 75 мкмоль/л. Отмечена тесная корреляция этой функции печени с другими.

На 2 этапе у 20 больных МЖ опухолевой этиологии выполнены оперативные вмешательства: у 7 — панкреатодуоденальная резекция, у 5 — различные билиодигестивные анастомозы, у 4 — криодеструкция опухоли, у 4 операция ограничилась лишь лапаротомией вследствие большой вколоченной опухоли в подпеченочном пространстве, отсутствия анатомии, наличия отдаленных метастазов. Разработанные методики у больных с тяжелой степенью ПН позволили снизить число осложнений до 37,5%, а летальность — до 11,5%.

Вследствие наличия противопоказаний к наркозу, операции из-за крайне тяжелого состояния, сопутствующей патологии, а также большой опухоли 4-ой стадии с распространенными отдаленными метастазами у 42 больных ЧЧЭБВ явились единственно возможным и окончательным мероприятием, 17 пациентам восстановлена энтерогепатическая циркуляция желчи, у 10 из них эндопротезирование желчных протоков явилось альтернативой оперативному лечению. У этих больных рецидивов желтухи мы не наблюдали в сроки 1,5 мес — 3 года. При применении ЧЧЭБВ на 2 этапе осложнения уменьшились до 13,4%, летальность — до 6,5%.

У всех больных МЖ доброкачественной этиологии на 1 этапе отмечена положительная динамика в течении заболевания, стойкое улучшение состояния наступало к 10-15 суткам. Билирубин крови приближался к норме у больных с легкой степенью печеночной недостаточности к 5-7 суткам, со средней — к 10-12, с тяжелой — к 15-17 суткам. Выявлена тесная

корреляция этой функции печени с такими как белково-синтетическая, ферментная, липидная, антиоксическая и другими.

Показанием к переходу ко второму этапу лечения служили снижение уровня билирубина ниже 40 мкмоль/л, нормализация основных лабораторных показателей, восстановление функции печени по данным увиридинового теста и гепатографии, нормализация билиарного давления, стерильность бакпосевов либо снижение концентрации микрофлоры до 10^3 - 10^4 КОЕ/мл, улучшение, стабилизация общего состояния больных.

После ЭПСТ все больные были прооперированы в сроки 3-7 дней. У 133 была выполнена лапароскопическая холецистэктомия. У 7 пациентов с большими камнями общего желчного протока — открытое оперативное вмешательство.

115 больным, которым на 1 этапе наложена ЧЧХС в последующем выполнены следующие хирургические вмешательства: холецистэктомия с холедохотомией — у 61, указанная операция дополнялась билиодигестивными анастомозами — у 38, трансдуоденальная папиллосфинктеропластика — у 16 пациентов.

У 39 больных вторым этапом нормальный пассаж желчи в кишечник восстановлен с помощью чрескожных чреспеченочных эндобилиарных вмешательств (ЧЧЭБВ), у 15 из них стеноз ТОХ был ликвидирован по разработанной нами методике, у 21 больного камни холедоха менее 10 мм были низведены в 12-перстную кишку. Развития рубцовых стенозов ТОХ и БДС у наблюдаемых больных в течение 5-12 лет не отмечено. У 3 пациентов с камнями в холедохе до 15-20 мм была выполнена литотрипсия, у 2 из них фрагменты конкрементов низведены в кишечник корзиной Дормия ретроградным способом, а у 1 — антеградно баллонным катетером Грюнтцига.

После проведения РХПГ и ЭПСТ наблюдались следующие осложнения: кровотечения — 4, панкреатит — 1, вклинение корзинки Дормия с конкрементом в ТОХ — 1. При этом летальный исход отмечен у 1 больного с развившимся тотальным панкреонекрозом.

В процессе ЧЧХС у 17 больных отмечены различные осложнения, это дислокация катетеров, кровяно-желчеистечение в брюшную полость, желчный перитонит, гемобилия, гидроторакс, холангит. Самым частым осложнением явилась дислокация катетера, которая, в свою очередь, может привести ко всем указанным осложнениям. Усовершенствованные методики позволили более чем в 3 раза снизить количество осложнений.

После малоинвазивных вмешательств у больных с доброкачественными заболеваниями возникло 7,8% указанных осложнений, а летальность составила 0,3%.

Таким образом, больные с механической желтухой, особенно, пожилого и старческого возраста с наличием отягощающей сопутствующей патологии, представляют тяжелый контингент. Интегральная оценка функциональной способности паренхимы печени представляет собой более чувствительный метод, при использовании которого патологические отклонения обнаруживаются гораздо чаще и глубже, чем при рутинных исследованиях, эта методика более ярко отображает преимущества использования малоинвазив-

ных вмешательств. Лечение таким больным предпочтительней проводить в 2 этапа, первый должен быть направлен на снижение холемии, декомпрессию билиарной системы, ликвидацию интоксикации, печеночной недостаточности, холангита, коррекцию нарушений гомеостаза, восстановление скорейшего пассажа желчи в кишечник. Предложенный нами способ позволит осуществлять физиологичный возврат желчи в кишечник, предотвращать тем самым нарастание печеночной недостаточности, развитие синдрома потери желчи, гипербилиореи.

Предлагаемые малоинвазивные вмешательства существенно улучшают результаты лечения больных механической желтухой. При этом стойкое улучшение состояния наступает в более ранние сроки.

ЭПСТ и ЧЧЭБВ значительно облегчают выполнение открытых операций, улучшают послеоперационное течение. Применение этих методов позволило снизить частоту послеоперационных осложнений до 13,4% у больных со злокачественными заболеваниями, до 9,2% — с доброкачественными, летальность — до 6,5% и 0,3% соответственно. Кроме того, эти методы могут явиться предшественниками другого малоинвазивного вмешательства — лапароскопической холецистэктомии.

Очевидны преимущества применения предлагаемых способов на 2 этапе, особенно у больных с повышенным операционным риском, когда удастся избежать длительного наркоза, лапаротомии и трудностей, связанных с последней. Кроме того, существует возможность выполнения 2 этапа в более ранние сроки с сокращением длительности общего лечения.

ВЫВОДЫ:

1. Нами при МЖ, особенно в группе с тяжелой ПН, предлагается 2-х этапное лечение. Первый направлен на декомпрессию билиарной системы, ликвидацию интоксикации, холангита, ПН, коррекцию нарушенных функций организма. Второй — на восстановление стойкого пассажа желчи в кишечник.

2. ЧЧХС является ключевой методикой, позволяющей осуществлять наружное, наружно-внутреннее дренирование, дозированную декомпрессию и санацию желчных протоков, билиосорбцию, физиологичный возврат желчи в кишечник, создать благоприятную ситуацию для выполнения основной операции.

3. Показаниями для 2 этапа являются снижение уровня билирубина ниже 40 мкмоль/л, нормализация основных лабораторных показателей, восстановление функций печени, нормализация билиарного давления, стерильность бакпосевов, либо снижение концентрации микрофлоры до 10^3 - 10^4 КОЕ/мл, улучшение, стабилизация общего состояния больных.

4. В случаях наличия противопоказаний к наркозу, расширенному хирургическому лечению, иноперабельного опухолевого процесса малоинвазивные методы с использованием ЧЧЭБВ могут быть единственной альтернативой объемным вмешательствам.

5. В перспективе прогнозируется увеличение удельного веса малоинвазивных вмешательств при ЖКБ, особенно осложненной МЖ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бобырин А.В., Шемонаев Ю.Ф., Бедарев С.В., Слышкин Н.М., Маскин С.С.; *Эндоскопическая хирургия*; 2000, 2, с.10.
2. Брискин Б.С., Иванов А.Э., Эктов П.В., Карцев А.Г., Брю-

- нин А.В.; *Эндоскопическая хирургия*; 2000, 2, 14-15.
 3. Майер Е.О., *Автореферат к.м.н.*; 1995.
 4. Федоров В.Д., Данилов М.В., Глабай В.П., Мосиенко Н.И.; *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии*; 1994, 4, 70-73.
 5. Шаповальянц С.Г., Тамбулатов М.М., Чжао А.В., Рудаков А.В., Кулешова О.Д.; *Хирургия*; 1992, 2, 105-108.
 6. Meduri B., Aubert A., Chiche R., Fritsch J.; *Gastroenterologie*

- clinique and biologique*; 1998, 22(10), 759-765.
 7. Nichols D.M., Macleod A.J.M.; *Clinical Radiology*; 1998, 51(1), 49-52.
 8. Robertson A.J., Rehe M., Karani J., Steger H.C., Benjamin I.S., Heaton N. D.; *Transplant Interactivional*; 1998, 11(6), 449-451.
 9. Shimizu S, Kutsumi H., Fujimoto S., Kawai K., *Endoscopy*, 1999, 31(1), 74-79.

Ш.И. Каримов,
 Б.Д. Бабаджанов,
 М.С. Исламов.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ГАНГРЕНЫ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.

Второй Ташкентский Государственный медицинский институт.

Ш.И. Каримов., Б.Д. Бабаджанов., М.С. Исламов.

Ушбу тадқиқотимизда 1060 касалнинг даволаш натижаси ўрганилди. Шундан 252 (23.8%) та макроангиопатия, 808 (72.2%) бемор микроангиопатия ва 952 (89.8%) та беморда ангиопатия инфекция билан биргаликда учраган.

Текширув натижасидан маълум бўлдики пайнинг проксимал қисмида аэроб микроблар сони $2,8 \pm 0,19$ lg кое/г тенг бўлса, анаэроб микроблар учун бу сон жуда кам ўзгарган ($1,71 \pm 0,16$ lg кое/г; $p < 0,01$). Анаэроб микроблар ичида энг кўп тарқалгани *Pr.melaninogenicus* – 34,5%. Шунга асосан даволашнинг янги усули таклиф қилинди.

Янгича усулда даволашда яхши натижа 11.7% дан 15.3% га, қониқарли натижа эса 57.7% дан 72.6% кўпайди.

Узоқ муддат давомида кузатув натижасида ҳам оёқнинг таянч функциясининг сақланиши асосий меъзон қилиб олинди. Бунда 396 та текширилган бемордан 86.1% тасида яхши натижа қайд қилинди.

В последние годы появляется все больше сообщений, свидетельствующих о высокой распространенности сахарного диабета среди населения развивающихся стран, включая и республик СНГ [1,2,3]. Хотя достижения современной диабетологии позволяют рассматривать сахарный диабет не как болезнь, а как «образ жизни», тем не менее достаточно часто отмечается развитие таких осложнений как ретинопатия, нефропатия, макро и микроангиопатии, а также диабетическая стопа [4,5]. Под диабетической стопой понимается гетерогенное патологическое состояние при сахарном диабете, возникающее на фоне поражения периферических нервов, сосудов и костно-мышечной системы. Проявляется она васкуляторными, остеоартропатическими поражениями с локальными «внутренними» и «внешними» трофическими нарушениями в тканях стопы с возможным формированием язв и развитием прогрессирующего гнойного и некротического процессов [2].

Основными причинами развития этих осложнений являются отсутствие динамического самоконтроля, неадекватная компенсация гипергликемии, отсутствие контроля за состоянием метаболических процессов и запоздалое выявление осложнений и их факторов риска [3,6].

Среди хирургических проблем диабетической стопы наиболее грозными являются нарушения кровообращения нижних конечностей с развитием критической ишемии и дальнейшим переходом в гангрену. Анализ данных литературы свидетельствует о том, что при сахарном диабете в странах СНГ она встречается чаще, чем в странах Европы [1,2,7]. При этом продолжительность диабетического анамнеза к моменту появления признаков критической ишемии нижних конечностей и диабетической стопы в СНГ в 2,5-3 раза меньше.

Если в европейских странах, как правило, от начала заболевания до развития гангрены конечностей проходит 17-21 лет, то в странах СНГ этот процесс идет гораздо быстрее (3-5 лет) [5,6,7].

Исходя из этого, нами в течение последних 10 лет проводится целенаправленная разработка новых методов хирургической коррекции диабетической стопы.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Анализу подвергнут опыт лечения 1060 больных с синдромом диабетической стопы. Из них у 252 (23,8%) были признаки макро и у 808 (72,2%) – микроангиопатии. У 952 больных (89,8%) имело место сочетание ангиопатии с инфекцией раны. У подавляющего большинства пациентов (88,3%) был II тип сахарного диабета, причем в 53,4% отмечена тяжелая стадия.

Схема интенсивной терапии в обязательном порядке включала соответствующую диету, назначение инсулина и сахароснижающих препаратов на основе учета показателей гликемического и глюкозурического профиля. В процессе лечения и контроля обязательное участие принимал эндокринолог-диабетолог.

Хирургическая коррекция ангиопатии у 226 пациентов включала в себя классические и новые приемы реконструктивной сосудистой хирургии.

При коррекции микроангиопатии у больных с диабетической стопой нами был использован опыт лечения критической ишемии нижних конечностей, возникшей у больных с атеросклерозом или аортитом, посредством длительной внутриаартериальной катетерной терапии.

Она осуществлялась путем катетеризации общей подвздошной или бедренной артерии пораженной конечности через контрлатеральную сторону по методике Behman. При этом, на протяжении 7-8 суток

при помощи аппарата ДЛВ-1 проводилось введение растворов реополиглукина, гемодеза, гепарина, сосудорасширяющих препаратов и антибиотиков до ограничения патологического процесса и появления демаркационной линии, с последующим экономным иссечением этих тканей.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.

Следующим фактором, на коррекцию которого были направлены усилия у больных с диабетической гангреной, была инфекция. Изучение ее характера позволило установить, что суммарное содержание аэробов в день поступления колебалось на уровне 10^5 - 10^6 микробных тел в 1 мл составляя в среднем $5.6 \pm 0,04$ Лг /мл.

Содержание анаэробов было несколько ниже, составляя в среднем $5,1 \pm 0,03$ Лг в 1 мл.

При этом, из аэробных микробов наиболее часто выделялись *St.aureus*, а среди анаэробных микроорганизмов - представители неклостридиальной анаэробной микрофлоры.

Наряду с этими исследованиями, в контрольной группе больных, нами проанализирована зависимость характера выполненных операций от объема и локализации поражения. Оказалось, что из 102 пациентов у 31 пациента была выполнена высокая ампутация нижней конечности. Наиболее часто ампутация выполнялось при локализации поражения на первом пальце стопы (18 из 51 больных).

При анализе топографоанатомических структур стопы было выяснено, что наиболее вероятной причиной быстрого прогресса гангрены при локализации процесса на 1 пальце является характер строения сухожильно-синовиальных оболочек. Выявлено, что эти оболочки первого пальца имеют продолжение на голень, тогда как сухожильно-синовиальные оболочки 2-5 пальцев заканчиваются на средней части стопы.

Таким образом, на стопе имеется анатомическая предрасположенность к прогрессированию патологического процесса в зависимости от поражения первого или остальных четырех пальцев. И уже исходно, надо полагать, что поражение первого пальца анатомически обречено на более тяжелое течение. Этот важный момент должен быть положен в основу принципов местного лечения больных с диабетической стопой. Для подтверждения этих соображений, а также для изучения характера распространения микрофлоры по сухожильно-синовиальным оболочкам стопы и пальцев был изучен - «проксимодистальный градиент инфекции». При этом было обнаружено, что концентрация аэробов в ране и в дистальном конце сухожилия приблизительно одинакова 10^5 - 10^6 КОЕ/г, тогда как в проксимальной части сухожилий на стопе она незначительна- 10^3 КОЕ/г. Проксимальный градиент аэробов весьма выражен и свидетельствует о трудности их распространения вверх.

При анализе содержания анаэробных микробов было обнаружено, что у 1/3 пациентов разницы в содержании анаэробных микробов в ране, дистальной и проксимальной части сухожилия нет. У них содержание анаэробов во всех изученных отделах сто-

пы было одинаковым и высоким (10^5 КОЕ/г), что указывает на распространение анаэробной микрофлоры из раны в проксимальном направлении на голень и бедро по сухожилиям.

С учетом этого были разработаны новые подходы к местному лечению диабетической стопы. Они заключались в том, что при изолированном поражении пальцев стопы разрезом, окаймляющим границы пораженного пальца, удалялись измененные ткани. В пределах здоровых тканей разрезом до 7 см сухожильно-синовиальные оболочки данного пальца иссекались.

При локализации патологического процесса в пределах двух основных элементов сухожильно-синовиальных оболочек, когда отмечаются сочетанные поражения 1-3, 1-4 пальцев стопы, необходимо удалять, все эти пораженные ткани с резекцией части стопы для максимального сохранения опорной функции. В дальнейшем, после формирования грануляционной ткани, производилась аутодермопластика.

Для сравнительного анализа эффективности этого комплекса лечебных мероприятий изучены результаты лечения больных традиционным методом (102 пациента) и у которых применялся данный комплекс (958 больных). Для этого использовались критерии оценки эффективности с учетом сохранности структуры и функции стопы. Было выявлено, что в основной группе удельный вес хороших результатов повысился с 11,7% до 15,3%, а удовлетворительных с 57,7% до 72,6%. Удельный вес ампутации бедра снизился в 2,5 раза (с 30,6% до 12,1%).

При анализе отдаленных результатов в основу критериев оценки так же был положен принцип сохранности структуры и функции стопы. Результаты лечения были признаны хорошими, если гнойно-некротический процесс у больных сахарным диабетом был полностью купирован, полностью сохранена опорная функция стопы и восстановлена трудоспособность. Удовлетворительными считали результаты, если после проведенных мероприятий гнойно-некротический процесс регрессировал, сохранялась опорная функция конечности, но трудоспособность восстановилась частично; неудовлетворительными- если, несмотря на комплексное лечение, гнойно-некротический процесс прогрессировал и по жизненным показаниям производилась высокая ампутация нижней конечности.

Из 396 обследованных через год у 314 (86,1%) больных отмечен хороший результат. В сроки наблюдений до 5 лет естественно процент неудовлетворительных результатов увеличился с 2 % до 15,8%. Однако, что очень важно и в этот срок 84% обследованных пациентов имели возможность самостоятельно перемещаться без костылей.

Таким образом, целенаправленное изучение 2 звеньев патогенеза диабетической стопы: ангиопатии с развивающейся критической ишемией нижних конечностей и механизмов распространения микробной флоры по анатомическим образованиям стопы, позволили нам по другому посмотреть на принципы лечения данного заболевания, а именно, на фоне проводимой длительной внутриартериальной катетерной терапии, выполнять экономное иссечение патологи-

чески измененных тканей (пальцы, часть стопы) обязательно в блоке с сухожильно - синовиальными образованиями стопы.

Выводы.

1. Важную роль в патогенезе диабетической стопы играют макро (23,8%) и микроангиопатии (72,2%) в сочетании с инфекцией раны (89,8%).

2. Ведущее место в прогрессировании гнойно-воспалительного процесса при диабетической стопе, и достаточно часто вынуждающее производить высокую ампутацию, занимают сухожильно синовиальные образования пальцев стопы. Исходя из этого обязательным является иссечение в пределах неизмененных тканей (до 7 см) соответствующих сухожилий.

3. Высокоэффективным и патогенетически необходимым компонентом комплексного лечения диабетической гангрены нижних конечностей является длительная внутриартериальная катетерная терапия, позволяющая, наряду с улучшением кровоснабжения конечностей находящихся в критической ишемии, создать высокую концентрацию лекарственных препаратов.

Применение ДВАКТ и экономное иссечение гнойно некротического очага с сухожильно-синовиальными образованиями стопы при комплексном лечении диабетической гангрены нижних конечностей по-

зволило снизить частоту ампутаций бедра в 2,5 раза а также обеспечить возможность сохранения опорной функции стопы в сроки до 5 лет у 84% больных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бенсман В.М., Мехта С.К. Предотвращение ампутаций конечностей у больных с осложнениями "диабетической стопы" *Хирургия* 1999.10 49-52.
2. Брискин Б.С., Тартаковский Е.А., Гвоздев Н.А. и др. Лечение осложнений "диабетической стопы" — *Хирургия* 1999; 10, 53-56.
3. Прокудина М.В., Павлова М.В., Изотова Г.Н. Особенности проведения антибактериальной терапии в комплексном хирургическом лечении больных с синдромом диабетической стопы. Труды научно — практической конференции "Современные аспекты диагностики, лечения, профилактики поражений нижних конечностей у больных сахарным диабетом". — Москва. 1996; 157-153.
4. Нузов Б.Г. Смолягин А.И. Чайникова И.Н. Лечение гнойных ран у больных сахарным диабетом. - *Хирургия*, 1997; 8, 16-20.
5. Светухин А.М., Земляной А.Б. Хирургические подходы в тактике лечения гнойно- некротических форм диабетической стопы // Труды научно- практической конференции "Современные аспекты диагностики, лечения, профилактики поражений нижних конечностей у больных сахарным диабетом". — Москва. 1996; 167-177.
6. Finegold S.M. Pathogenic anaerobes. Arch. Intern. Med., 1982, vol. №11, p. 595-604.
7. Finegold S.M., George W.L., Milligan M.E. Anaerobic infections, part I. Dis Mon 1985; vol 31, p 1.

Н.М.Курбанов,

Н.Т. Ботиров,

К.Т.Худайбердиев

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СТЕНОЗА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНОГО КАНАЛА.

Андижанский Государственный медицинский институт.

Н.М.Курбанов, Н.Т.Ботиров, К.Т.Худайбердиев.

Бел умуртқа каналнинг стенозини этиологик аспектлари.

Муаллифлар мақолада хозирда долзарб бўлган вертебрологиянинг кам ўрганган касалликларидан — бел умуртқа каналнинг стенози ҳақида сўз юритдилар. Шахсий 208 беморларнинг кузатуви ва тахлили асосида қўйидагиларни аниқлашга мувофиқ бўлдилар:

208 беморнинг 12% ни бел умуртқа каналнинг стенози ташкил қилади. Бел умуртқалари соҳасидаги илдизли синдромнинг 18,3% умуртқа каналнинг стенози ҳисобига намоён бўлади.

N.M.Kurbonov, N.T.Botirov, K.T.Hudayberdiev

Ethelologic aspects of waist canal stenosis.

Authors speak aboutnowaday's problematic and vave studied disease of canal steinoisis. They acheved to clavify followings by the help of private exeming and analysing 208 patients:

12% of 208 patients consists of vertebral canal steinoisis. On the survace of waist vertebral root syndrom appears according to vertebral canal steinoisis.

Неудовлетворительные результаты консервативного и хирургического лечения при поясничном остеохондрозе по данным литературы составляют 25-30%.

А.П. Рамаданов считает, что основной причиной плохих результатов при хирургическом лечении поясничного остеохондроза является неадекватный объём хирургического вмешательства в пораженных позвоночных сегментах т.е. при диско-радикулярном конфликте. М.Х.Кариёв, Ю.Ф.Сабуренко (1993) считают, что частой причиной повторных операций по поводу грыжи диска являются рубцово-спаечные процессы, приводящие к повторному сдавлению корешков спинного мозга.

Неудовлетворительные результаты лечения больных, сохранение болевого синдрома при поясничном остеохондрозе диктует необходимость глубже изучать и внести определенную ясность в патогенез болевых синдромов при дегенеративно-дистрофическом пора-

жении поясничного отдела позвоночника.

Наше внимание привлекли варианты анатомического строения поясничного отдела позвоночного канала, особенности формирования позвоночного и латеральных каналов, являющиеся костным футляром для производных спинного мозга. Речь идет о врожденных и приобретенных изменениях поясничного отдела позвоночного канала, приводящих к сужению (стенозу) канала и воздействию на корешки спинного мозга недискогенного генеза.

В мировой литературе описаны 3 случая односторонних пояснично-крестцовых болей, усиливающихся при кашле и напряжении, сочетающихся со снижением сухожильных рефлексов, обусловленных сужением поясничного отдела позвоночного канала [1]. Автор считал, что сужение канала происходит из-за чрезмерной толщины дужек позвонков, гипертрофии суставных отростков. При исследовании большой груп-

пы больных и добровольцев установлено, что нормальные размеры переднезаднего диаметра поясничного отдела позвоночного канала колеблются от 15 до 25 мм, в среднем 21 мм. Соотношение между размерами, поясничного канала и поверхностью тела позвонка в поясничном отделе в норме равно 1:4 (индекс Джонса-Томсона). Уменьшение этого индекса позволяет говорить о сужении канала. Однако, в ряде случаев, позвоночный канал не изменяет переднезаднего размера по средней линии, но из-за гипертрофии суставных отростков видоизменяет форму. Клинические и рентгенологические проявления этого синдрома описаны как “синдром бокового выворота”. Корешок, ущемленный в боковом вывороте, травмируется при движениях, легко поддается воспалительным и склеротическим изменениям.

Таким образом, при узком поясничном канале, и при сужении бокового выворота происходит уменьшение размеров канала (общее или частичное), с воздействием костно-суставных структур позвоночника на внутрипозвоночную часть корешков спинного мозга и появлением соответствующей клинической симптоматики.

Проведено исследование недискогенного компрессионного пояснично-крестцового болевого синдрома, основанное на анализе 208 больных, оперированных в нейрохирургическом отделении клиники АндГосМИ. Частота синдрома составила - 18,3%, узкий поясничный канал - 6,3%, его сочетание с грыжами межпозвонковых дисков - 5,7%. т.е. стеноз поясничного отдела позвоночного канала констатирован в 12% наблюдений.

Возраст больных со стенозом поясничного отдела позвоночного канала составил от 24 до 57 лет (в среднем 45 лет). Наиболее частая локализация процесса - уровень L4-L5 позвонков (у 19 из 25 больных). Типичное клиническое течение отмечено в 2/3 наблюдений. Всем больным производили рентгенографию поясничного отдела позвоночника в 2-х проекциях, миелографию с контрастными веществами (этиотраст, омниopak), аксиальную компьютерную томографию.

Диагностика узкого поясничного канала затруднительна, так как клинические признаки поражения суставных отростков позвонков отсутствуют, а проявляются они только воздействием на корешки спинного мозга. Существуют два типа клинических проявлений этой патологии: 1- типичным считается наличие одно- или двухсторонних радикулярных болей, сочетающихся с явлениями “перемежающейся хромоты”, парадоксальным уменьшением болей в положении стоя или при наклоне вперед. 2- другой тип клинического проявления узкого поясничного канала постепенно нарастающий полирадикулярный болевой синдром, частое несоответствие болевых ощущений и объективных неврологических проявлений [2]. Как отмечалось, в 2/3 наблюдений имела место типичная картина узкого поясничного канала. При

сочетании с патологией межпозвонковых дисков, клинические проявления последних нивелировали картину узкого поясничного канала.

Рентгенологическая диагностика сужения позвоночного канала представляет определенные трудности. Иногда на спондилограммах определяется более медиальное расположение суставных отростков или их увеличение. Информативнее томография, позволяющая определить не только общее сужение позвоночного канала, но и бокового выворота. При миелографии с водорастворимыми контрастными веществами обнаруживается картина одно- или двустороннего сдавления дурального мешка, которая напоминает картину выпадения межпозвонкового диска.

С внедрением в практику компьютерной томографии (3) стало возможным подробнее изучить анатомические особенности позвоночного канала в связи с изменением суставных отростков, дуг и суставов позвонков. Данная методика увеличила частоту дооперационной диагностики узкого поясничного канала, особенно в сочетании с выпадением межпозвонковых дисков.

Во всех случаях узкого поясничного канала, а также при сочетании его с грыжами межпозвонковых дисков использовали широкую ламинэктомию с удалением 1/3 внутреннего края суставных отростков и выпавшего диска. Использование обычной ламинэктомии при узком поясничном канале или ламинэктомии с удалением межпозвонкового диска дает плохие результаты. Уменьшение болевого синдрома удается получить лишь у 17-20% больных [1,2]. Оправдала себя методика широкой ламинэктомии с резекцией 1/3 внутреннего края суставных отростков. Частота положительных результатов увеличилась до 75-85%. Благодаря использованию широкой ламинэктомии во всех случаях узкого поясничного канала, а также при сочетании его с грыжами межпозвонковых дисков, положительные результаты при пояснично-крестцовых болевых синдромах увеличились с 73,1% до 81,2%. При сочетании патологии межпозвонковых дисков и узкого поясничного канала оперативное удаление патологического очага практически всегда обеспечивает положительный результат.

Таким образом, анализ литературы и собственные наблюдения позволяют делать определенные выводы: данная патология, обусловленная гипертрофией суставных отростков и других позвонков, является ведущим этиологическим фактором.

ЛИТЕРАТУРА

1. Werbiest J. Spain. 1954 V.2 p.21-22.
2. Курбанов Н.М. и соавт. Материалы съезда хирургов. Бишкек. 1995 г стр 45-46
3. Лившиц А.В. кн. “Хирургия спинного мозга”. Москва изд. Медицина 1988 г. стр 196
4. Рамаданов А.П. и соавт. Вопросы нейрохирургии. Москва. 1988 №3.
5. Кариев М.Х., Сабуренко Ю.Ф. Медицинский журнал Узбекистана. Ташкент. 1993 г. №3

К.Д. Миразизов,
Б.Б. Полванов.

ҲИҚИЛДОҚ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИНИ ОШИРИШ.

Биринчи Тошкент Давлат Тиббиёт институти.

К.Д. Миразизов, Б.Б. Полванов

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОРТАНИ

В работе приведена микроларингоскопическая картина гортани у больных с заболеваниями этого органа до и после лечения, а также полученные данные рассмотрены в сравнительном аспекте с показателями здоровых людей.

K.D.Mirazizov, B.B.Polvanov

INCREASE OF EFFICIENCY OF LARYNGEAL DISEASES DIAGNOSIS AND TREATMENT

The work presented microlaryngoscopic findings in patients with laryngeal diseases before and after treatment. The findings were compared with the indices of healthy subjects.

Клайнзассер мосламаси ва бошқа оптик микроас-
боблар ҳиқилдоқ ва кекирдок касалликларини таш-
хислашни, даволаш ва жарроҳлик муолажаларни аниқ,
эҳтиётли ва тежамли бажариб, беморларни даволаш
самарадорлигини ошириш имкониятни яратди.

Кўпгина муаллифларнинг ишларида амалиётга
микроларингоскопия ва микрохирургияни жорий қи-
линиши ҳиқилдоқ касалликларини ўз вақтида таш-
хислаш ва даволашда қулайликлар яратгани баён қи-
линган.

МАТЕРИАЛ ВА МЕТОДЛАР

Кузатувимизда бўлган беморлардаги ҳиқилдоқ
касалликларини ташхислаш ва даволашда ОРМІ-6
(Германия) хирургик микроскопидан, махсус ҳиқил-
доқ ва кекирдок микрохирургик асбобларидан, таянч-
ли клайнзассер ва бошқа ларингоскоплардан фойда-
ландик.

461 нафар беморлардан лозим бўлганига 295 ма-
ротаба (айрим беморларда эса 2-3 маротаба) микро-
ларингоскопияда ташхислаб эндоларингеал ва экст-
раларингеал операцияларда микрохирургик муолажа-
лар бажарилди.

Ҳиқилдоқдаги патологик жараёни соғ ҳиқилдоқ-
нинг манзараси билан таққослаш мақсадида 15 та со-
ғлом киши микроларингоскопия ёрдамида текширил-
ди.

НАТИЖАЛАР ВА ТАҲЛИЛ

Бизнинг тадқиқодларимиз бўйича соғлом киши-
лар ҳиқилдоғининг микроларингоскопик манзараси
ёшга қараб нисбатан ўзгаришлар рўй бериши аниқла-
дик. Микроларингоскопияда, соғлом кишиларда ҳиқил-
доқ шиллиқ пардаси оч пушти ёки қизғиш рангда,
ҳиқилдоқ қопқоғи чети ва товуш бурмалари оқиш
ялтироқ бўлиб кўринади. товуш бурмаларини қоплов-
чи эпителий силлиқ нозик, товланиб яққол кўзга таш-
ланади. Микроскоп окулярини 12-24 марта катталаш-
тириб ҳиқилдоқ қисмларини кўздан кечирганимизда
қопловчи эпителий ости қилсимон қон томирлари
ингичка, тўрсимон, кўпинча, кўндаланг йўналган ка-
пиллярларни кўплаб учратиш мумкин. Бундай тузил-
малар баъзан товуш бурмаларининг четларида аниқ
кўзга ташланмайди, ҳиқилдоқ қопқоқ асоси, сохта то-
вуш бурмалари ва чўмич-ҳиқилдоқ қопқоғи бурмаси
қизғиш рангда товланади.

Ҳиқилдоқ кистаси билан касалланган беморларда
микроларингоскопияда киста сатҳи шиллиқ қавати
силлиқ ва юқалашган бўлиб, шу қобил орқали 5 та
беморда рангсиз 3-тасида оч сарғиш, суюқлиқ яққол
кўзга ташланади ва 3 та беморда эса бу ҳолат куза-
тилмади. Шиллиқ қаватни тўрсимон шаклдаги қилси-

мон томирлар соғломларникига нисбатан, анча камай-
ган, киста билан атрофдаги шиллиқ қаватлар аниқ че-
гарага эга бўлиб яллиғланиш аломатлари киста атро-
фида аниқланмади.

Интубациядан сўнгги гранулемалар микроларин-
госкопияда гранулемани ўраб турган шиллиқ қават
қизғиш рангда, эпителийси деярли ўзгармаган. грану-
лемани қоплаб турган шиллиқ пардадаги тўрсимон ва
кўндаланг йўналган қон томирлар сони камаймаган,
уларни диаметри нисбатан кенгрок.

Ҳиқилдоқ полипи микроларингоскопик манзара-
си стромал ўзгаришларга боғлиқ ҳолда турли хилда
бўлди. Шишинкираш, қон томирчаларда қон қуйилиш-
лар, полипни қоплаган эпителия атрофияга учраган,
қон томирлар сони камайган.

Фиброма ва миксомаларнинг қоплаб турган шил-
лиқ қавати атрофияга учраб, томирлар тармоқланиш
сони камайиши рўй берган бўлса, гемангиомада шил-
лиқ қават атрофияга учрагани билан томирлар тар-
моқланиши мўл ва тўрсимон кўринишига эга бўлиб,
уларнинг диаметри нисбатан кенгрок.

Гипертрофик ларингит касалликларида микрола-
рингоскопияда товуш бурмаларининг шиллиқ қават-
лари пушти рангда, цилиндрсимон хилпилловчи эпи-
телий ясси эпителийга айланган. Қопловчи эпителий
қалин тортганлиги аниқланди. Касалликнинг ўткир-
лашган даврида шиллиқ қаватларида қизариш рўй бе-
риб, эпителий силлиқ, аммо хира тортганлиги аниқ-
ланди. Айрим беморларда юқоридаги ўзгаришлар би-
лан бир қаторда ҳиқилдоқ шиллиқ қавати қуришган,
ва унинг сатҳига ёпишиб қолган майда қалокларини
ҳам қуриш мумкинлигини аниқладик. Айрим бемор-
ларда эса қалин тортган эпителий бағрида ворсинка-
симон кўринишдаги чегараланган ўзгаришлар билан
бир қаторда ялтироқ доғсимон кўринишдаги қўчган
эпителийлар билан қопланган қисимлар ҳам кўзга
ташланди. 21та беморда оч-сарғиш рангли эпителий
ўзининг нозиклигини, ялтироқлигини, силлиқлигини
йўқотиб хиралашганлиги кўзга ташланди. Бундай ўзга-
ришларни биз фақатгина товуш бурмаларининг таш-
қи сатҳини қопловчи эпителийсида чегараланган ўзга-
ришлар айрим касалларда бир томонлама бўлса, ай-
римларда эса икки томонлама бўлганлигини аниқла-
дик. Синчиклаб кўздан кечиришни давом эттирсак қон
томирларида деярли ўзгаришлар содир бўлмаган, фо-
нациядан сўнгги даврда товуш бурмалари шиллиқ қа-
ватиде йиғмалар ва ажинлар борлиги аниқланди.

6 та беморда эса эпителийнинг касаликка хос қа-
лин тортганлиги аниқ кўринишда, товуш бурмалари-
нинг ялтироқлиги товланиб туриши сақланганлиги

аниқланди. Ўзгариш рўй берган жойларда қон томирлари аниқланмади.

Товуш ҳосил бўлишининг бузилиши (функционал дисфония) билан хасталанган беморларда одатдаги билвосита тескари ларингоскопияда касаллик жараёнининг қай даражада эканлигига аниқлик киритиш жуда мураккаб бўлсада, микроскоп остида товуш бурмаларини хира тортганини, қопловчи эпителий ости майда қон томирларининг диаметрини кенгайганлигини ҳамда шиллиқ қаватнинг нисбатан шишинқираганлиги аниқланилди.

Товуш бурмаларида учрайдиган тугун кўринишидаги бўртма микроскоп остида товуш бурмаларига битишиб кетиб, бир бутун бўлиб кўзга ташланди. Бўртмани ўраб турган эпителийларда, яъни шиллиқ қаватда бирон-бир ўзгариш ёки тугун сатҳида ҳам аниқланилмади.

Хатарли ўсмаларда ўсма сатҳи нотекис яра-чақаланган қон талашлик билан бирга кўзга ташланиб, яраланган жой кўнғирсимон рангдаги қоплама билан қопланган-шишинқираган, айрим касалларда эса шиллиқ қаватнинг шишинқираган сатҳида ўзига хос кичик ҳажимдаги тангача шаклидаги кўнғир рангли доғлар бор, ўсманинг чегарасини айрим касалларда аниқлаб бўлмайди. Синчиклаб кўздан кечирганимизда ўсмалик жараён атрофга тарқалиб соғлом шиллиқ қаватнинг ранги ўткирлашган ва бўртиб туради, ўтиш зонасини қопловчи эпителийси силлиқ, ялтироқ, лекин хира тортган. Ўсма бағрида ва атрофидаги тўқималарда қилсимон қон томирларнинг тармоқланиш сони ошган. Товуш бурмаларида жойлашган хатарли ўсмаларда майда қон томирлар тармоқланишлари тартибсиз ҳолда бўлиб, яққол кўзга ташланади. Ўсма атрофидаги қон томирларнинг тармоқланиши ҳам тартибсиз, диаметрининг ҳажми кенгайганроқ, бир-бирига қўшилиб кетган. Шу билан бир қаторда торайган диаметрли қон томирларини ҳам учратиш мумкин.

Хатарли ўсмаларнинг экзофит турларида товуш бурмасида сўргич кўринишда ёки сатҳи нотекислик рўй берган носоғлом иллатли жой аниқланди.

Хатарли ўсмаларнинг эндофит турининг дастлабки босқичларида товуш бурмаларида дуксимон шаклидаги ўзгариш рўй берганлиги ва чегарасиз тарқок жараён содир бўлиб, шиллиқ қаватнинг рельефи деярли аниқланилмади.

Ҳақилдоқнинг дахлиз қисми хатарли ўсмасининг экзофит шаклигисида ўсиш чегарасини шиллиқ қаватда аниқлаб бўлмади, аммо ҳақилдоқнинг пастки қисмидаги турларида бу ўсмаларга нисбатан чегараланиш рўй берганлиги аниқланди.

Ҳақилдоқ усти қопқоғи, ҳақилдоқ қоринчаси, чўмич-ҳақилдоқ усти қопқоғи бурмасидаги хатарли ўсманинг эндофит формасида шиллиқ қаватнинг тарқок қалин тортганлиги зонд билан пайпаслаб кўрганда қаттиқ бўлиши, нотекислиги аниқланилди. Юқорида қайд қилинган патологик жараён ўсманинг шиллиқ ости қаватига сингиб кетганлигидан далолат беради.

Хатарсиз ўсмалар, ўсма олди касалликлари гумон-

сиралган беморларда ҳақилдоқ ўсмаси шиллиқ қават соҳаси 0,1% адреналин эритмаси суртилгач, бирнеча дақиқалардан сўнгра микроскоп остида қон томирларни торайиши ва шу туфайли шиллиқ қаватлар рангда ўзгариш содир бўлган бўлса, хатарли ўсмаларда бундай ўзгаришлар рўй бермади.

Микроскоп остида ташхислаш ва даволаш мақсадида 196 беморни даволаш жараёнида ўсмаларни ва ўсма олди касалликларини аниқ жойлашган жойи чегараси, шакли яққол кўзга кўринганлиги туфайли Клайнзассер мосламаси ва микрохирургик асбоблар ёрдамида атрофидаги тўқималарга шикаст етказмасдан жуда эҳтиётлик ва тежамкорлик билан ўсмани тўлиқ олиб ташлашга эришилди. Хавфсиз ўсмаларни атрофидаги шиллиқ қаватдан ажратиш микроскоп остида микрораспатор, микроскальпель, микроқисқичлар ва микроқайчилар ёрдамида бажарилиб, ажратиш жараёнида майда қон томирчаларга шиллиқ қават ости кекирдик қон томирлари билан боғлиқларини бузилишидан сақлаш учун жуда эҳтиётли, тежамли ҳаракат қилинди.

Экстраларингеал операцияларда шиллиқ қават четлари бир-бирига яқинлаштириб тикилиши лозим бўлган жойларида қон томирларнинг бир-бирига мос бўлишликни таъминлаб атравматик микроочоклар билан бажарилди, бу жараёнлар микроскоп остида кузатилиб, атрофдаги тўқималарнинг шикастланишидан сақлаб эҳтиётлик қилиб бажарилди. Операциядан сўнгги даврда (5-14 кун) беморларнинг товуши асл холигача тезликда тикланади. 160 та беморда тўлиқ касалликдан тузалиш рўй берган бўлса, 36 та ҳақилдоқ папилломатози билан касалланган беморларда товуш жарангдорлиги тўлиқ тикланмади.

Микроларингоскопияда ҳақилдоқнинг лозим бўлган оддий кўзга кўринмайдиган қисмларидаги иллатли жойлардан аниқ ишончли текширишга тўқималар (биопатлар) олиш имкони бўлганлиги туфайли даволанишда бўлган касаллардан 85 та беморда ҳақилдоқ саратони шу билан бир қаторда 91 та касалда саратон олди касалликлари борлиги аниқланди.

Хулосалар:

1. Микроларингоскопия услубида ҳақилдоқни текшириш, ҳақилдоқ ва унинг шиллиқ қаватининг ҳолати тўғрисида қўшимча маълумот беради: рангининг ўзгариши, касалликнинг жойлашган жойи, тарқоклиги, жараённинг тавсифи ҳақида шу билан бир қаторда ишончли аниқ биопсия олишга имконият яратади.

2. Микроларингоскопия ҳамда микрохирургик муолажалар микроскоп назорати остида бажарилиб, хатарсиз ўсмаларни ёки ўсма олди касалликларининг атрофидаги тўқималарга шикаст етказмасдан тўлиқ олиб ташлашга эришилади. Ташхисдан сўнгги давридаги яранинг битиши жадаллашган ҳолда кечди. Бу эса ҳақилдоқ вазифасининг тез орада тикланишини таъминлайди.

3. Микроларингоскопияда хатарли ўсмаларга хос ҳақилдоқ тўқимасидаги манзаралар ўсманинг қайси қисмида жойлашганлигига, шаклига боғлиқ бўлишининг амалиётда этиборга олиш амалий тибиётда хатарли ўсмаларнинг дастлабки босқичларини аниқлашда муҳим аҳамиятга эга.

Ф.Н.Назиров,
Ф.Б.Алиджанов,
М.М.Пулатов,
Н.У.Арипова

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, КАК ОРГАНИЧЕСКАЯ ЭКСТРАБИЛИАРНАЯ ПРИЧИНА ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА.

Научно-специализированный центр гепато-панкреато-билиарной хирургии.

Ф.Н.Назиров ва муаллифдошлар

Ўн-икки бармоқ ичак яра касаллиги постхолецистэктомик синдромни органик экстрабилиар сабаби

Ушбу мақолада ПХЭС билан оғриган 248 беморлардан, 31 беморни маълумотлари таҳлил қилиб чиқилган. Олинган натижалар шуни кўрсатадики, бу беморларда 12 бармоқ ичак яра касаллиги ПХЭС ни сабаби бўлган. Шуни назарда тутиб, билиар системада операциялар натижасини яхшилаш учун қуйидагилар зарур:

1. Билиар тизимда касаллиги бўлган беморларда, қўшимча органик экстрабилиар (кўпроқ 12 бармоқ ичак яра касаллиги) патологияни қолдириб кетмаслик учун, тўлиқ ва ҳар томонлама текшириш зарур.

2. Агар ўт-тош касаллиги, 12 бармоқ ичак яра касаллиги билан бирга келса, бир йўла симултан операция қилиш зарур.

F.N.Nazirov and co-authors

Peptic Ulcer disease, as extrabiliary reason of Postholycystertomic syndrome

This article analyze the examinations results of 31 patients with such disease. The results of analyze show, that the reason of Postholycystertomic complex was the Peptic Ulcer disease. Accounting this, for improvement the results of operations, are necessary following things:

1) Pursue complete and detailed examination of patients to not miss combine organically extrabiliary pathologi (often Peptic Ulcer disease) with patients with pathologi of biliary sistem.

2) If there is the combination of Cholestones disease with Peptic Ulcer disease, the simultaneous operation is necessary.

ВВЕДЕНИЕ.

Улучшение отдаленных результатов хирургического лечения заболеваний желчных путей и предупреждение возникновения так называемого постхолецистэктомического синдрома (ПХЭС), имеют особое значение в современной хирургии желчных путей. По литературным данным ПХЭС встречается в 5-40% случаев. А частота повторных операций, обусловленная диагностическими, тактическими и техническими ошибками при первой операции, составляет 5,4-14,8%, которые порой бывают значительно более сложными из-за изменения анатомического расположения органов, взаимоотношения их, а также из-за выраженного спаечного процесса в гепатодуоденальной зоне [1,2,3].

Среди причин развития ПХЭС, диагностические ошибки, до и интраоперационные технические погрешности составляют до 60 %. Нередкой органической экстрабилиарной причиной ПХЭС является и язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) [1,2,4,5].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.

В Научно-специализированном центре гепато-панкреато-билиарной хирургии МЗ РУз (клинической базы кафедры факультетской хирургии I ТашГосМИ) за 1991- 1998 г обследовались 245 больных с ПХЭС. Наиболее частыми причинами ПХЭС явились: билиарные органические поражения - у 118 больных (резидуальный или рецидивный холедохолитиаз - у 83; стеноз большого дуоденального соска и терминального отдела холедоха - у 22; стриктура гепатикохоледоха - у 3; остаточный желчный пузырь - у 2; синдром «слепого мешка» после СДХДА - у 5; стеноз холедохо-дуоденального анастомоза - у 3 больных).

Функциональные нарушения желчевыводящих путей были причиной ПХЭС - у 26 больных, а экстрабилиарные причины ПХЭС выявлены у 101 больного, в том числе ЯБДПК диагностирована у 31 больного (мужчин - 4 и женщин - 27, возраст больных колебался от 40 до 60 лет).

В этой группе 25 больных перенесли только холецистэктомию; у 6 - кроме холецистэктомии, были

сформированы билиодигестивные анастомозы (у одного больного - трансдуоденальная папиллосфинктеропластика аппаратом СПП-20; у 3-х супрадуоденальная холедоходуоденостомия по Юрашу-Виноградову и у 2-х ретродуоденальная холедоходуоденостомия аппаратом СПП-20).

С целью уточнения семиотики заболеваний, вызвавших ПХЭС проведен тщательный сбор анамнеза, анализ клинических симптомов: выяснен характер болей, их сезонность, связь с приемом пищи, другие диспепсические проявления, данные биохимических и общеклинических исследований, вспомогательных и уточняющих инструментальных методов исследования.

Большинство больных данной группы жаловались на боли в эпигастральной области и в правом подреберье, иррадиацию болей в спину, тошноту, изжогу, горечь во рту, слабость, иногда «голодные» ночные боли в эпигастрии.

Всем больным, наряду с общеклиническими исследованиями, производились: ультразвуковое сканирование (УЗС) печени, желчевыводящих путей, поджелудочной железы, почек; фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС) и по показаниям ретроградная эндоскопическая холангиопанкреатография (РЭХПГ).

У 17 больных (из 31) ЯБДПК была диагностирована до операции на билиарном тракте, но симулированная операция не была выполнена из-за недооценки показаний к операции по поводу ЯБДПК. А у 14 больных ЯБДПК обнаружена при обследовании по поводу ПХЭС, причем, при целенаправленном опросе их, выявлено, что у 8 из них клиника язвенной болезни имела место и до операции (изжога, характерные боли, сезонность их и др.).

Из 31 больного у 7 при повторном поступлении имелось осложненное течение ЯБДПК (у 1 - кровотечение с анемией; у 3 - стеноз; у 2 - пенетрация в головку поджелудочной железы и у 1 - пенетрация в гепатодуоденальную связку). У 12 имелись еще и другие сопутствующие заболевания (хронический панкреатит - у 1, хронический гепатит - у 5, ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения - у 3, ревматизм, рев-

мокардит - у 1).

Операция по поводу ЯБДПК(из 31) была произведена 12 больным (резекция 2\3 желудка - 3, 2-х сторонняя поддиафрагмальная стволовая ваготомия с антрэктомией - 7 и двухсторонняя поддиафрагмальная стволовая ваготомия с пилоропластикой по Финнею - 2-м больным). А остальные 19 больных, отказавшихся от повторного оперативного лечения по поводу резидуальной хирургической патологии, были выписаны на дальнейшее консервативное лечение.

Во время вмешательства у оперированных больных выявлен выраженный спаечный процесс, а также, нарушение нормальных взаимоотношений органов в гепатодуоденальной зоне, что явилось причиной различных технических трудностей и увеличения продолжительности времени операции, что в среднем составило $210 \pm 14,5$ минут (при средней продолжительности первичных желудочных операций (у 100 больных) $152 \pm 12,3$ минут, холецистэктомии (у 100 больных) $58 \pm 7,6$ минут, а симультанных (т.е. холецистэктомия+желудочная операция у 50 больных) $171 \pm 13,0$ минут).

В послеоперационном периоде у 1 больного отмечалось нагноение раны, у 3-обострение хронического панкреатита. Летальных исходов или других тяжелых осложнений в послеоперационном периоде не отмечено. В среднем, оперированные больные в стационаре находились 18,7 койко-день.

ОБСУЖДЕНИЕ.

Из приведенных данных видно, что нередко ЯБДПК может служить причиной ПХЭС. При повторных оперативных вмешательствах по поводу ЯБДПК (у 12 больных) после холецистэктомии увеличивается продолжительность операции на $58 \pm 7,6$ минут, что связано, в основном, с техническими сложностями вызванными спаечным процессом. Увеличивается также частота послеоперационных осложнений, связанных как с самой операцией (нагноение послеоперационной раны), так и сопутствующей патологи-

ей(например, обострение хронического панкреатита). Последнее мы связываем с большей травматизацией поджелудочной железы во время оперативного вмешательства из-за выраженного спаечного процесса. У 19 больных, отказавшихся от операции по поводу сопутствующей ЯБДПК, отмечены неудовлетворительные результаты операций на билиарном тракте и они периодически получают противовоспалительную терапию, находятся под контролем НСЦ ГПБХ МЗРУз.

ВЫВОДЫ:

Для улучшения отдаленных результатов хирургического лечения заболеваний желчных путей и предупреждения возникновения ПХЭС необходимо:

1. Тщательное и всестороннее обследование больных с желчекаменной болезнью, в целях выявления органических поражений билиарного тракта и экстрабилиарной патологии (особенно, часто сочетающихся с ЖКБ и ее осложнениями язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки) и предупреждения развития ПХЭС;

2. При сочетании калькулезного холецистита с язвенной болезнью, если позволяет тяжесть исходного состояния больных - более рационально выполнение сочетанного(одновременного) хирургического вмешательства по поводу основного и сопутствующего заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиджанов Ф.Б. Обоснование показаний к повторным вмешательствам на билиарной системе: Автореф.дис. ... док.мед.наук. -Ташкент, 1997 г. -3 с.
2. Ветшев П.С., Шкроб О.С., Бельщев Д.Г., Желчекаменная болезнь, -Москва, 1998 г. -115-116 с.
3. Нечай А.И. Причины так называемого постхолецистэктомического синдрома и возможности их своевременного распознавания //Хирургия. -1993 г. -N 10. - 74-81 с.
4. Омаров Р.А. Клинико-функциональное состояние больных с неудовлетворительными результатами после холецистэктомии и их лечение: Автореф.дис. ... канд.мед.наук. -Фрунзе, 1984 г. -18 с.
5. Поташев Л.В., Седов В.М., Фигурина Т.Д. Сочетанные оперативные вмешательства и их роль в современной хирургии // Вестник хирургии. -1987 г. -131-134 с.

*Б.У.Сабилов,
У.А.Шербеков,
З.Б.Курбаниязов,
А.М.Солиев.*

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Самаркандский Государственный медицинский институт.

Б.У.Сабилов, У.А.Шербеков, З.Б.Курбаниязов, А.М.Солиев.

104 беморда қорин бўшлиғи аъзоларида ўтказилган симулан операцияларнинг натижалари таҳлил қилинган. Бу операциялар эндовидеохирургик технология ёрдамида ўтказилганида беморлар кам операция жароҳатга учраши асосланган. Лапароскопик операциялардан сўнг яраининг йиринглаши, лигатурали оқмалар, қорин олд деворининг деформацияга олиб келадиган қўпол чандиқлар, операциядан кейинги чурралар ва қорин бўшлиғи битишма касаллиғи деярли учрамаган. Даволаш жараёни 2 баробар қисқарган.

B.U. Sabirov, U.A. Sherbekov, Z.B. Kurbanyazov, A.M. Soliev.

104 patients were analysed of results of simultaneous operations and grounded small traumaticity of these operations using endovideosurgical technology. Use of endovideosurgical technology let to come to a minimum number of purulent postoperative complications and exclude distant complications such as postoperative hernia, fistula of ligature, rough deformity of abdominal wall and commissure diseases of abdominal cavity. Rehabilitation period shortened twice.

Частота сочетанных заболеваний органов брюшной полости, требующих хирургического лечения достигает 20% [1,2]. Одномоментная хирургическая коррекция их представляется предпочтительней чем многоэтапное лечение, так как избавляет больного сразу

от двух или более заболеваний, от необходимости проведения повторной операции и связанных с ней возможных послеоперационных осложнений. Вместе с тем, показания к проведению симультанных вмешательств ограничены в основном большей травматичностью и

связанным с этим повышенным операционным риском. Использование малоинвазивной эндовидеохирургической технологии позволяет расширить показания к проведению симультанных операций в абдоминальной хирургии [3]. Целью исследования является обоснование выполнения малоинвазивных симультанных вмешательств в плановом хирургическом лечении больных с заболеваниями органов брюшной полости.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

За период 1995 - 99 гг. в клинике хирургии №1 СамМИ 104 больным, наряду с плановой холецистэктомией, являющейся основным этапом операции, произведены симультанные вмешательства. При этом 51 больному (основная группа) произведена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), 53 больным (контрольная группа) холецистэктомия (ХЭ) была произведена лапаротомным доступом.

В основной группе 5 мужчин и 46 женщин, средний возраст $43,1 \pm 4,5$ лет. В контрольной группе 8 мужчин и 45 женщин, средний возраст $44,6 \pm 4,8$ лет.

В основной группе ($n=51$) у 27 больных и основной и симультанный этапы операции проведены только лапароскопически. При этом, наряду с ЛХЭ, у 3 больных произведена цистэктомия из печени: непаразитарная киста (1), эхинококковые кисты (2), аппендэктомия при хроническом аппендиците (1), рассечение спаек брюшной полости как причины спаечной болезни (5), миомэктомия из матки (2), цистэктомия из яичника (15), овариэктомия (5).

У 24 больных основной группы первым этапом произведена ЛХЭ, затем дополнительным разрезом произведен симультанный этап операции: 4 больным произведена эхинококкэктомия из печени через минилапаротомный доступ, у 2-х аппендэктомия через троакарный доступ в правой подвздошной области, 17 больным симультанным этапом произведена герниотомия с пластикой передней брюшной стенки, 1 больной произведена надвлагалищная ампутация матки и 2 удалены кисты яичника через нижнесрединный лапаротомный доступ.

В контрольной группе ($n=53$) чаще всего использовался широкий срединный разрез. У 9 пациентов при проведении ХЭ симультанным этапом произведена эхинококкэктомия из печени, хронический аппендицит явился причиной аппендэктомии у 2 больных, у 7 произведено рассечение спаек брюшной полости, 31 больному симультанным этапом произведены операции по поводу вентральных грыж. 5 пациентам произведены гинекологические вмешательства: 1 - надвлагалищная ампутация матки по поводу миомы, 2 - овариэктомия по поводу кисты яичника и еще 2 - цистэктомия по поводу кист яичника.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.

Проведено сравнение в обеих группах параметров, свидетельствующих о травматичности операции, так как размер операционного доступа, время затрачиваемое на выполнение операционного доступа, общая продолжительность операции, степень кровопотери, необходимость обезболивания и длительность её в послеоперационном периоде, начало активизации боль-

ных после операции и приёма пищи, длительность послеоперационного реабилитационного периода в стационаре. Проведен сравнительный анализ частоты осложнений в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах.

Сравнение размеров операционного доступа показало, что в основной группе при проведении операций с использованием эндовидеохирургической технологии длина разреза мягких тканей передней брюшной стенки составила 1 см при лапароскопическом выполнении обоих этапов операции и 5 - 15 см при дополнении ЛХЭ разрезом для выполнения симультанного этапа. Для выполнения симультанных операций в контрольной группе использовались широкие разрезы до 35 см. Особенно больших размеров доступ достигал при сочетании ХЭ с вмешательством на органах малого таза.

Время затрачиваемое на проведение оперативного доступа в контрольной группе составляло от 20 до 25 мин. (в среднем $22,4 \pm 5,6$ мин.). Тогда как при троакарных доступах это время составляло 5-10 мин. (в среднем $6,5 \pm 1,7$ мин.), при сочетании троакарных доступов и лапаротомии 10-15 мин. ($11,4 \pm 4,2$ мин. в среднем).

Общая продолжительность операции в контрольной группе составила $129,6 \pm 24,1$ мин., в основной группе - $103,2 \pm 20,9$ мин., т.е. уменьшилась в среднем на 25 мин.

Таким образом, использование эндовидеохирургической технологии, сочетающее в себе хороший обзор и малую травматичность, обеспечивало удобство манипуляций на анатомически отдаленных друг от друга органах и позволило уменьшить длину операционного разреза в 3 - 5 раз, а при возможности проведения обоих этапов операции лапароскопически, ограничиться только троакарными отверстиями в диаметре до 1 см. Время затрачиваемое на проведение оперативного доступа сократилось в 2 - 3 раза, а продолжительность операции на 20% операционного времени.

В контрольной группе кровопотеря во время оперативного вмешательства составила от 100 до 200 мл (в среднем $176,2 \pm 68,8$ мл). В основной группе, при выполнении обоих этапов операции только лапароскопически, кровопотеря составляла от 20 до 40 мл (в среднем $26,6 \pm 14,1$ мл), при сочетании ЛХЭ с дополнительным разрезом - от 50 до 100 мл (в среднем $68,3 \pm 15,2$ мл). Расчеты показывают, что кровопотеря при операциях в основной группе уменьшилась в 3-6 раз.

Показателем степени травматичности оперативных вмешательств также являются сроки активизации больных после операции, ликвидация послеоперационного пареза кишечника и начало кормления больных. В контрольной группе активизация больных (самостоятельное вставание с постели) начиналось на 2-3 сутки, примерно в те же сроки - пероральное кормление больных. После лапароскопических операций больные активизировались в 1-2-е сутки, в те же сроки разрешали больным принимать пищу.

Длительность послеоперационного реабилитационного периода в стационаре составила в основной группе в среднем $5,2 \pm 1,3$ дня, тогда как в контрольной группе этот показатель был равен $11,2 \pm 2,1$ дня, т.е. в

2 раза меньше. Осложнения в раннем послеоперационном периоде в основной группе наблюдались у 2 больных (3,92%). В одном наблюдении после ЛХЭ у больной отмечалось желчеистечение из культи пузырного протока в брюшную полость, что потребовало срочной лапаротомии, дренирования общего желчного протока по Аббе и санации брюшной полости. Во 2-м случае у больной с ожирением 3 степени после ЛХЭ и герниопластики наблюдался инфильтрат послеоперационной раны и пневмония.

В контрольной группе осложнения наблюдались у 2 (3,77%) больных - в обоих случаях отмечено нагноение раны.

При контрольном обследовании в сроки от 6 мес. до 5 лет у больных основной группы на коже передней брюшной стенки имелись точечные рубцы от введенных троакаров и рубцы длиной до 5 см от минапаротомных доступов или рубцы после герниопластики длиной 5 - 15 см.

В контрольной группе, в отдаленном послеоперационном периоде, мы отмечали обширные рубцы длиной 25 - 35 см. Послеоперационные грыжи выявлены у 5 больных, у 3 пациентов выявлены гнойные лигатурные свищи, обширные рубцы деформирующие переднюю брюшную стенку отмечены у 7 больных, явления спаечной болезни брюшной полости - у 5 больных. Эти осложнения выявлены всего у 12 больных (22,64%) по 2-3 осложнения у отдельных пациентов.

*А.С. Сулайманов,
У.Х. Тилавов.*

ТОРАКОПЛАСТИКА ПРИ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ МОДИФИЦИРОВАННОЙ ШИНЫ

Ташкентский Педиатрический медицинский институт

Воронкообразная деформация грудной клетки (ВДГК) относится к наиболее часто встречающимся порокам развития грудной клетки. Частота его колеблется от 0,4% до 2,5% населения (В.К. Урмонас, Н.И. Кондрашин, 1983). При этом пороке за счет прямой компрессии на легкие (сдавление, смещение и ротация сердца) имеет место нарушение функции органов дыхания и системы кровообращения (Г.А. Баиров, 1963; С.Я. Долецкий, Ю.Ф. Исаков, 1970; I. Poka, 1996).

По литературным данным до настоящего времени описано около 50 способов торакопластики и 30 их модификаций (В.К. Урмонас, Н.И. Кондрашин, 1983). Предложенные методы не дают конкретных данных о показаниях к оперативной коррекции в зависимости от степени и стадии деформации. Следует отметить, что до настоящего времени примененные методы коррекции имеют ряд недостатков (двухэтапность, травматичность) и осложнения как интраоперационные так и послеоперационные (Н.И. Кондрашин с соавт., 1989; I. Yudet., P. Valenti, 1995).

Учитывая вышеизложенное, нами были поставлены следующие задачи: конкретизировать показания к коррекции ВДГК в зависимости от возраста, степени и стадии деформации; разработать и применить новый метод торакопластики с использованием аппа-

ВЫВОДЫ.

1. Сравнение параметров характеризующих травматичность операции показало, что симультанные операции с применением эндовидеохирургической технологии отличаются малой травматичностью в сравнении с операциями выполненными традиционным лапаротомным доступом.

2. Использование эндовидеохирургической технологии позволило свести к минимуму число гнойных послеоперационных осложнений и исключить такие осложнения как послеоперационные грыжи, гнойные лигатурные свищи, грубые деформирующие рубцы и спаечную болезнь брюшной полости.

3. Выполнение симультанных операций с использованием эндовидеохирургической технологии позволило сократить сроки лечения больных в стационаре в 2 раза.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Арипов У.А., Наврузов С., Прохорова И.П. и др. Сочетанные одномоментные операции в абдоминальной хирургии // Сочетанные одномоментные операции. Тезисы докладов Республиканской конференции хирургов. Бухара, 1992.- с. 5-10.
2. Магомедов А.З. Сочетанные оперативные вмешательства при заболеваниях печени и желчевыводящих путей // Хирургия.- 1997.- №8.- с. 50 -52.
3. Сабиров Б.У., Шербеков У.А., Курбаниязов З.Б. Обоснование симультанных операций в плановой абдоминальной хирургии // Вестник врача общей практики.- 1998.- №3. с. 79-81.

рата внешней тракции (автор. Свид. № 9900528.1).

Под нашим наблюдением находилось 47 больных с ВДГК в возрасте от 3 до 15 лет. Согласно классификации И.Гижинского больных с деформацией I степени было 17, II - 8 и III степени 22 больных, из них мальчиков было в 2 раза больше, чем девочек.

Всем больным проводились общеклинические, клинико-биохимические и рентгенологические методы исследования. Оценка функции внешнего дыхания проводилась по следующим показателям: жизненная емкость легких (ЖЕЛ), минутный объем дыхания (МОД), частота дыхания (ЧД), дыхательный объем (ДО). Состояние центральной гемодинамики оценивалось с помощью реографии, частота сердечных сокращений (ЧСС), минутный объем кровообращения (МОК), сердечный индекс (СИ).

17 больным с I степенью деформации проводили консервативное лечение. Оперативной коррекции были подвергнуты больные с деформацией грудной клетки II, III степени в суб- и декомпенсированных стадиях.

Разработанная нами методика наружной фиксации с помощью нового аппарата внешней тракции начала применяться в клинике ТашПМИ с 1992 года. К настоящему времени по этой методике было прооперировано 30 больных (табл.).

Таблица

Распределение оперированных больных в зависимости от возраста, степени и формы ВДГК

Возраст, годы	Число	
	II ст.	III ст.
До 3 лет	2	7
4-7	5	9
8-11	-	2
12-15	1	4
Итого:	8	22
	30	

Как видно из таблицы 8 больных имело II степень деформации, а 22 больных III степень, симметричная деформация отмечена у 16 больных, асимметричную деформацию имели 14 детей с ВДГК.

Методика оперативной коррекции заключалась в следующем: Разрез кожи поперечный волнообразный субмаммарный через дно «воронки» (рис 1а). Кожу вместе с подкожно жировой клетчаткой отсепаровывали

индивидуально для каждого больного в зависимости от возраста, степени деформации, величины «воронки» и составляла от 0,5 до 2 см. Резецированные

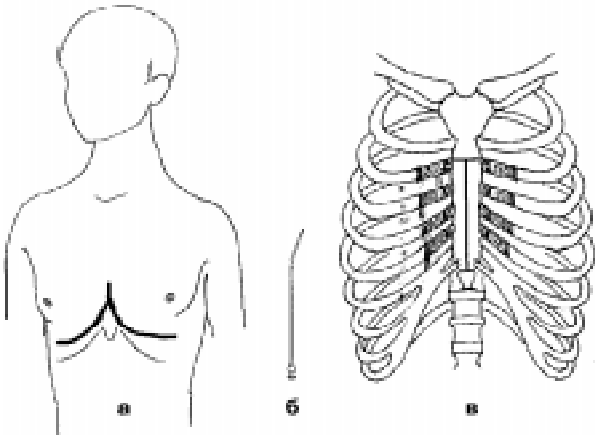


Рис.1 Методика оперативной коррекции
а)поперечный волнообразный разрез кожи
б)модифицированная игла Сельдингера
в)Т-образная стернотомия с двухрядной клиновидной резекцией ребер

вали вверх и вниз до наружного края деформации. Выделяется и резецируется мечевидный отросток, а также пересекается грудино-диафрагмальная связка. От задней поверхности грудины гидравлическим путем при помощи модифицированной иглы Сельдингера (рац. Пред. № 352) (рис 1б) по возможности максимально отслаивается медиастинальная и париетальная плевра.

Резекцию деформированных участков ребер выполняли межмышечным доступом (без рассечения мышечных волокон) над зоной предполагаемой резекции. У 16 детей с симметричной деформацией проводили Т-образную стернотомию с односторонней клиновидной поднадкостничной резекцией ребер. У 14 больных с асимметричной деформацией проводили Т-образную стернотомию с двухрядной клиновидной резекцией ребер (рис. 1в).

Величина резецированных участков определя-

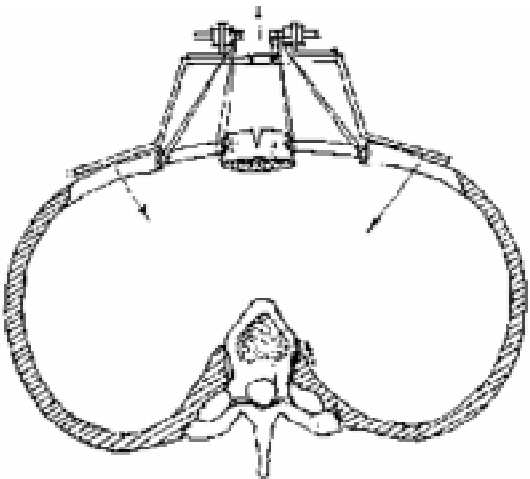


Рис.2 а Аппарат наружной тракции

части ребер и грудины охватывают леской (№ 0,4), которая выводится через все слои мягких тканей наружу. Выведенная леска в положении коррекции грудино-реберного комплекса фиксируется к дистракционным узлам аппарата наружной тракции (рис. 2а).

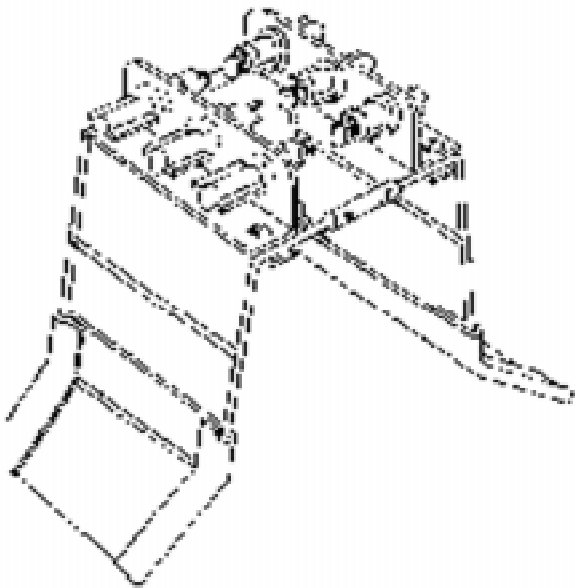


Рис.2 б Аппарат наружной тракции

Аппарат накладывают интраоперационно (рис. 26). С каждой стороны по 3 конца лески, которые прикрепляются к компрессионным узлам устройства, состоящим из винтов, гаек и ручек. Аппарат плотно накладывают на грудную клетку, с помощью регуляторов подгоняют необходимый размер, который должен охватывать передний и частично боковые отделы грудной клетки до средней подмышечной линии. У детей младшей возрастной группы а также у пациентов 8-11 лет с деформацией грудной клетки II степени и не широкой «воронкой» достаточно было проведение тракционной нити во фронтальной плоскости на уровне IV-V ребра.

У больных средней и старших возрастных групп с ВДГК III степени, а также с широким западением передней грудной стенки II степени для фиксации корригированного грудино-реберного комплекса понадобилось проведение двух взаимно перекрещивающихся тракционных нитей в горизонтальной плоскости на том же уровне с целью придания грудной клетке формы, приближенной к нормальной. Затем тракционные нити фиксировались и прикреплялись к компрессионным узлам устройства. Грудино-реберный комплекс удерживался в положении коррекции, отсутствовала флотация грудины.

У больных с компенсированной и субкомпенсированной стадией деформации тракцию проводили одномоментно. Больным с декомпенсированной стадией деформации тракция грудино-реберного осуществлялась постепенно, дозированно в течение 3-х дней.

На 9-10 сутки после операции были сняты швы и 25 больных из 30 были выписаны на амбулаторное наблюдение. Аппарат был снят после контрольного осмотра на 20-28 день после операции.

Отдаленные результаты прослежены у 12 больных в сроки до 3 лет. У детей особых жалоб не было.

Б.С.Турсунов,
Т.М.Мамажонов,
Э.О.Давронов.

ЧУҚУР КУЙИШЛАРНИНГ ЎТКИР ДАВРИДА СКЕЛЕТ ВА ЮМШОҚ ТЎҚИМАЛАР НЕКРОЗИНИНГ РЕНТГЕНОЛОГИК ТАШХИСОТИ ҲАҚИДА

Самарқанд давлат тиббиёт институти

Б.С.Турсунов, Т.М.Мамажанов, Э.О.Давронов.

О рентгенологической диагностике некроза мягких тканей и скелета в остром периоде глубоких ожогов.

Изучены рентгенологические проявления некроза костной и мягких тканей при ожогах IIIБ-IV степени у 102 больных, вызванных пламенем (70,6%), раскаленными металлами и горячими углями (17,7%), кипящими жидкостями-маслами, битумом (11,7%). Установлено, что в острой фазе глубоких ожогов на фоне пятнистого, в более позднем периоде диффузного остеопороза, остеонекроз проявляется в виде участка, уплотнения костного вещества без нарушения структуры с большой очерченностью наружного и неочерченным внутренним контуром. На 5-6 неделе обнаруживается узурация контура на границе живой кости, на 6-7 неделе появляется демаркационная полоса.

Периостальная реакция не обнаруживается. Коагуляционный некроз мягких тканей, обнаруживаемый в первых 2-х группах больных проявляется повышением плотности тени, уменьшением объема, однородностью, с очерченным наружным контуром, без четкой границы с живой тканью. Колликвационный некроз-увеличением объема, нарушением нормальной структуры, однородности тени, в фазе некролиза – появлением пузырьков воздуха на фоне тени. Рентгенологические признаки омертвения тканей выявляются в сроки в 2 раза меньшие, чем клинические признаки демаркации и отторжения некроза.

B.S.Tursunov, T.M.Mamajanov, E.O.Davronov.

X-ray diagnostics of soft tissue and skeletal necrosis in acute period of deep burns.

The X-ray features of osseous and soft tissues necrosis in third-fourth degree burns caused by fire (70,6%), heated metals and hot coal (17,7%), boiling liquids – oils, water, bitumen (11,7%), were studied in 102 patients.

Its established, that in acute phase of deep burns on base of spotted then in latter period of diffusive osteoporosis, a necrosis of osseous tissue is appeared like a localized site of density in bine without its structure destroying, but with large marked external contour, and unmarked internal contour. On 5th – 6th week a clear contour can be found in border with live osseous tissue, on 6th – 7th week there is a demarcated streak. The periosseus reaction was not found. Coagulated (dry) necrosis of soft tissue, which is found in first two groups of the patients, is demonstrated by increasing of shadow density, decreasing of bone's size, similarity of the tissue, with the marked aexternal contour, bet without clear border of live osseous tissue.

Collikvated (moist) necrosis is characterized by increasing of bone's size, destroying of a normal structure of tissue, and in phase of a necrolysis its characterized by the blisters filled in with air on a shadow. The X-ray features of tissue's mortification witgin period, which is less by two time than period of the clinical signs of demarcated rekection of a necrosis, are come up.

Стояние грудины удовлетворительное. Не было ни одного случая рецидива. Объективно функциональные показатели со стороны органов дыхания и кровообращения приближались к возрастной норме. Сопоставление среднестатистических показателей в ранний и поздний периоды послеоперационной реабилитации указывают на то, что применение модифицированной конструкции аппарата позволяет добиться лучших косметических и функциональных результатов оперативной коррекции данной патологии.

Выводы

1 Показанием к хирургической коррекции ВДГК мы считаем деформацию II-III степени в сочетании с изменениями функции кардиореспираторной системы.

2 Предлагаемая модифицированная шина позволяет надежно удерживать грудино-реберный комплекс после торакопластики.

3 Преимущество модифицированной шины является возможность выполнения одноэтапного оперативного вмешательства, а также легкая и безболезненная регуляция силы натяжения тракционных нитей одновременно в нескольких точках.

4 Предложенный комплекс хирургической коррекции способствует ранней активизации больного и уменьшает пребывание в стационаре.

Литература

1. Баиров Г.А. Воронкообразная грудь /Хирургия пороков развития у детей. Ленинград - 1963.
2. Долецкий С.Я., Исаков Ю.Ф. Детская хирургия - М.: Медицина, 1970. - т. 1: Воронкообразная грудь. С. 332-333.
3. Воронкообразная деформация грудной клетки. - Вильнюс: Москалас, 1983. - 115 с.
4. Кондрашин Н.И., Гордеев А.И., Успенский Л.С. "Клинические и функциональные проявления воронкообразной деформации грудной клетки. Хирургия - 1989, № 9, с. 119-123.
5. Yudet I., Valentiu P. - Rw. Chir. Orthop., 1995, V. 50, p. 440-445.
6. Poka I., Ibl. Chir; 1996, Bd. 88, p. 1105.

Куйиш касаллиги ўта ўзоқ тарихга эга бўлишига қарамай унинг патогенези, патоморфологияси чуқур ўрганиш асосан ўтган XX асрга тўғри келади.

Асрнинг иккинчи ярмида юзага келган, тиббиётнинг янги соҳалари-электрофизиология, гистохимия, электрон микроскопия, радиоизотоп методлар ва тақомиллашиб бораётган рентгенологик тадқиқотларнинг куйиш касаллигини ўрганишда комплекс қўлланиши, муаммонинг кўп томонларини ечиш имкониятини яратди. Аммо, куйиш касаллигида, айниқса чуқур куйишларда мушаклар, фасциялар, пайлар, бўғимлар анатомо-морфологик элементларининг ва суякларнинг зарарланиш даражасини, ўлик тўқималар чегарасини ўз вақтида аниқлаш мураккаб вазифалигича қолмоқда.

Баъзи муаллифлар [2, 4, 5] куйганларда некротик массани радионуклидлар ёрдамида, флюоресцент синов, тирик тўқималарнинг бўёқларни қабул қилиши асосида аниқлашга уриндилар, аммо Т.Я.Арьевнинг [1] фикрича хатто гистологик текшириш ҳам баъзан муаммони хал қилиб беролмайди.

Юмшоқ тўқималардаги жараёнларни ўрганишда рентгенологик тадқиқотларнинг имконияти ўта чекланган, шу билан бирга скелет ўзгаришларини ўрганишда бу услуб аниқликда ноёб ҳисобланади. Куйиш касаллигида скелетда кузатиладиган рентгенологик ўзгаришларга бағишланган, бизга маълум бўлган бир неча илмий ишларда [3, 6] ўзгаришлар аксарият умумлаштирилган ҳолда берилган, уларнинг некрознинг чуқурлигига алоқадорлиги етарли даражада ифодаланган. Сўнгги йилларда куйиш касаллигининг ўткир даврида скелетнинг рентгенологик ўзгаришларига бағишланган мақолаларни бизга маълум илмий матбуотда учратмадик.

Биз, мазкур ишда чуқур куйишларда скелет ва атроф тўқималардаги ўзгаришларни ва некрозни ўз вақтида аниқлашда рентгенологик услубнинг имкониятларини ўрганишни ўз олдимизга мақсад қилиб қўйдик.

Материал ва услублар.

Ишнинг материални Самарқанд шаҳар 1-сон клиник шифохонасининг куйганлар бўлимида сўнгги 10 йил давомида ётиб даволанган 102 беморнинг касаллик тарихлари ва рентгенограммалари ташкил қилади. Тахлил учун қўл ва оёқларида куйиш чуқурлиги IIIБ-IV даража бўлган беморлар олинди. Рентгенологик текширишлар икки, ўзаро перпендикуляр вазиятда туширилган рентгенографиядан иборат. Рентгенография куйишдан кейинги 2-8 ҳафталарда амалга оширилган.

Кузатувдаги беморлар уч гуруҳга бўлинди: 1 гуруҳ: ёнғин натижасида юзага келган куйиш — 72 киши (70,68%); 2 гуруҳ: ўтин ва металл чўғидан куйиш — 18 (17,7%); 3-гуруҳ: юқори ҳароратли суюқликлар қайноқ ёғ ва битум таъсирида юзага келган куйишлар — 12 (11,7%).

Хусусий тадқиқотларнинг натижалари.

Биринчи ва иккинчи гуруҳ беморларда некротик ўзгарган тўқималар, қуруқ қора пўстлоқ тарикасида кўришиб турган, кўп ҳолларда клиник белгилар асосида унинг чуқурлик даражасини фараз қилиш мумкин бўлган, аммо унинг ҳақиқий чуқурлиги ва ҳажми некротик пўстлоқ кўча бошлагандан кейин маълум бўлган.

Учинчи гуруҳ беморларда тўқималар “пишган” ҳолда (колликвацион некроз) бўлиб некрознинг чуқурлигини клиник белгилар асосида аниқлаб бўлмаган.

Рентген тасвирларда куйган қўл ва оёқ суякларини дастлабки ҳафталарда доғсимон, кейинчалик диффуз остеопороз кузатилади. Остеопороз фонида 53 кузатувда остеонекроз аломатлари аниқланди. Бу белгилар маълум соҳада суяк структурасининг зичланиши-остеонекроз аломатлари, суяк сояси контурининг аниқ чекланганлиги, 5-6 ҳафталардан унинг четида ўйилиш (узурация) пайдо бўлиши сифатида акс этган. Остеонекроз дастлабки 3-4 ҳафта суякнинг тирик қисмидан аниқ чекланган ва периостал реакция кузатилмади. Рентгенологик демаркация чизиги 6-7 ҳафталарда тафовутланади. Айни вақтда 1- ва 2- гуруҳ беморларда суяк атрофида “коагуляцион некроз” соҳасида юмшоқ тўқималар сояси зичлигининг ортиши, қалинлигининг камайиши ташқи томони аниқ чеклангани кузатилади. Тирик тўқима билан некротик тўқима чегараси аниқ тафовутланмайди.

3-гуруҳ беморларда дастлабки ҳафталарда юмшоқ тўқималар ҳажмининг ортиши (шиш), тўқима элементлари структурасининг аниқлигини йўқолиши, некротик тўқималарнинг ириши бошланганда улар сояси контурининг нотекислиги, ноаниқлиги, соя гомогенлигининг йўқолиши, унда газ пуфакчалари ҳосил бўлиши кузатилади. Газ пуфакчалари сони, катталиги, шакли ва чекланиши турлича. Бу белгилар тўқималардаги ириш жараёнларининг рентгенологик акс этиши бўлиб, некрознинг шу чуқурликка тарқалганидан далолатдир.

Бўғимларнинг бирламчи зарарланиши ва унинг натижасида деструктив артритларнинг ривожланиши, баъзан бўғимдан йиринг оқмагунча куйишнинг бошқа клиник белгилари фонида билинмаслиги мумкин. Рентгенологик текширишлар 2-3 ҳафталарданок, йиринг ташқарига ёрилмасдан бўғимларнинг зарарланганлик аломатларини кўрсатади: бўғим халтасининг катталашуви, субхондрал пластинкаларнинг емирилиши, боғламлар суякка бирикадиган соҳада деструкция ўчоғи пайдо бўлиши, сўнггра уни эпифиз компакт моддасининг қолган қисмига ва ғовак моддасига тарқалиши кузатилади. Бўғимдаги йирингли жараён ташқарига ёрилгач рентген тасвирларда бўғим бўшлиғи ва параартикуляр тўқималарда газ пуфаклари кузатилади, бўғим оралиғи торая бошлайди.

Хотима.

Шундай қилиб чуқур куйишларда остеонекроз аломатлари дастлабки ҳафталарда доғсимон ёки диффуз остеопороз фонида ўлган суяк соясининг структураси ўзгармаган ҳолда, зичлигининг ортиши сифатида акс этади. 5-6 ҳафталарда унинг тирик тўқима билан чегарасида уйилиш, “узурация”, ҳосил бўлади. Демаркация чизиги кеч юзага келади ва ноаниқ тасвир беради (6-7 ҳафта), периостал реакция остеонекроз устида тафовутланмайди. Юмшоқ тўқималарнинг коагуляцион некрозида соя зичлигининг ортиши, ҳажмининг камайиши, колликвацион некрозда тўқима ҳажмининг ортиши кузатилади, тирик тўқималардан чекланиш аниқ эмас. Тўқималар соясининг гомогенлиги ва структурасини йўқолиши, унда газ пуфаклари ҳосил бўлиши унинг некрозидан далолат беради. Остеонекрознинг рентгенологик белгилари, ўлган суяк

тўқимасининг клиник демаркацияси ва ажралишдан 2 марта эрта рўй беради.

ХУЛОСАЛАР:

1. Чуқур қуйишларда остеонекроз белгилари ва бўғимларнинг ўзгариши рентгенологик тасвирда клиник аломатларга нисбатан эртароқ пайдо бўлади. Бу белгилар ишонарли. Клиник аломатларни ҳисобга олган ҳолда, рентгенологик маълумотлар ўз вақтида актив хирургик муолажаланинг характери ва ҳажмини белгилашга ёрдам бериши мумкин.

2. Рентгенологик маълумотлар, колликвацион некрозларнинг ўлган юмшоқ тўқималар ҳажми ва чуқурлигини белгилашда объектив асос бўлиши мумкин.

Убайдуллаев М.Б.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ СПОСОБЫ УСТРАНЕНИЯ ДЕФОРМАЦИИ НАРУЖНОГО НОСА ПОСЛЕ ПЕРВИЧНОЙ ХЕЙЛОРИНОПЛАСТИКИ

Второй Ташкентский государственный медицинский институт

Одной из сложных проблем пластической хирургии челюстно-лицевой области является разработка наиболее оптимальных способов восстановления деформаций наружного носа, возникающих после первичной хейлоринопластики у больных с врожденной расщелиной верхней губы.

Анатомические и косметические недостатки, присущие деформациям наружного носа, не только обуславливают нарушение такой жизненно важной функции носа как дыхание, но и отрицательно влияют на внешний облик лица, что приводит к угнетению больных и серьезным изменениям их эмоционально-психического состояния.

Поэтому анатомические и эстетические результаты корригирующих операций должны рассматриваться не только в качестве предпосылки к правильному развитию лица и восстановлению функций органов челюстно-лицевой области, но и как средство социальной реабилитации больных с деформациями наружного носа после первичной хейлоринопластики.

Из большого числа операций, предложенных для устранения деформаций наружного носа после первичной хейлоринопластики испытание временем выдержали лишь несколько методов, разработанных Козиным И.А. (1980), Виссарионовым В.А. (1986), Corverse (1964), Burian (1967).

Однако, данные литературы свидетельствуют о том, что у больных с деформациями наружного носа даже лучшие современные способы ринопластики не позволяют полностью восстановить естественную форму и функции носа.

Чаше всего больные остаются недовольны результатами хирургического лечения из-за асимметричности ноздрей, опущения свода носового отверстия и кончика носа, уплощения крыльев носа, расширения основания ноздри за счет латерального смещения крыльев носа на деформированной стороне.

Неудовлетворенность оперирующих хирургов, многих пациентов и их родственников исходами лечения послужила поводом для поиска более эффективного способа хирургического лечения больных с деформациями наружного носа после первичной хейлоринопластики.

АДАБИЁТЛАР

1. *Арьев Т.Я. Термические поражения. Л. 1966*
2. *Калиберз В.К. и др. Наша тактика лечения термических ожогов. //II-съезд травматологов-ортопедов республики Прибалтики. Рига. 1972. С.416-418*
3. *Миразимов Б.М., Шаматов Н.М. Восстановительная хирургия ожоговых деформаций конечностей. Ташкент. 1978. С.199.*
4. *Понамарьева Н.А. Методика и функциональные результаты лечения глубоких ожогов области плечевого сустава. Автореф. дисс.канд.мед.наук.Ярославль. 1968. С.17.*
5. *Соколов Л.Н. Люменсцентная диагностика границ глубоко-го ожога в ранние сроки в эксперименте. //Профилактика лечения ожогов. Горький. 1968.*
6. *Турсунов Б.С., Приев И.Г. Частота послеожоговых изменений костей у детей. //Мед.жур.узбекистана. 1985. №10. С.40-42.*

Разработка нового способа ринопластики базировалась на данных результатов антропометрического исследования гипсовых моделей средней зоны лица (наружного носа и губы), а также хирургических приемах, позволяющих рационально использовать ткани наружного носа, создавая этим оптимальные условия для устранения имеющихся анатомических и функциональных нарушений.

Новый способ ринопластики позволяет устранить одно и двухстороннее уплощения кончика носа у больных с деформациями наружного носа после первичной хейлоринопластики.

При разработке рационального способа устранения деформации наружного носа кроме факторов, способствующих развитию деформации необходимо учитывать и изменения антропометрических данных наружного носа.

При сравнении средних величин размеров различных частей наружного носа, мы выявили существенные различия в размерах между здоровой и пораженной сторонами. Так, у больных с деформациями наружного носа после первичной хейлоринопластики на пораженной стороне уровень свода носового отверстия и кончика носа значительно опущен по сравнению со здоровой стороной. Выраженность деформаций наружного носа зависит от степени опущения кончика носа. Одновременно с опущением кончика и свода носового отверстия на пораженной стороне наблюдается укорочение кожной части перегородки носа. Изменения положения отдельных частей наружного носа в свою очередь приводит к изменениям положения других частей носа т.е. уплощению крыльев и расширению основания ноздри.

С целью улучшения результатов хирургического лечения больных с деформациями наружного носа после первичной хейлоринопластики, нами разработаны два варианта хирургического устранения деформации наружного носа с одно и двухсторонним уплощениями кончика и свода носового отверстия.

Для определения линий предстоящих разрезов на деформированной стороне носа, у больных после первичной хейлоринопластики, следует ориентироваться на степень опущения кончика и вершины свода но-

сового отверстия, т.е. разницу между пораженной и здоровой сторонами кончика и вершины свода носа.

Сначала определяют уровень расстояния свода и кончика носа на пораженной стороне. Для этого проводится горизонтальная линия от вершины свода ноздри здоровой стороны, а так же горизонтальная линия проводится на пораженной стороне. Разницы между этими линиями должны быть равны основанию треугольника, выкраиваемого на кончике деформированной стороны носа.

Первым этапом разрез проводится на верхней половине ноздри по краю свода носового отверстия на пораженной стороне. Затем выкраивается треугольный лоскут на деформированной половине носа, основанием верхнего отдела кожной части перегородки носа и медиальной стороны кончика носа. При этом 1/3 или 1/4 части основания треугольного лоскута должна составить медиальная сторона кончика носа, остальные 2/3 или 3/4 части должен составлять верхний отдел кожной части перегородки носа.

Следующим этапом отсепаируют крыльчатый хрящ на деформированной половине снаружи и со стороны носовой поверхности.

Далее, при подготовке ложа для выкраивания треугольного лоскута, делается разрез на медиальной стороне свода носового отверстия. Последний производится по внутренней поверхности носовой полости в направлении спереди вверх вдоль носовой перегородки, размером соответствующим длине выкраиваемого треугольного лоскута. Отсепарированный крыльчатый хрящ на деформированной половине мобилизуется медиально вверх и фиксируется нерассасывающимися нитями к своду противоположной здоровой стороны. Треугольный лоскут укладывается в создан-

ное ложе и ушивается марилоном. В носовое отверстие вводится трубка.

Если деформация двухсторонняя, то аналогичные этапы операции производятся с двух сторон.

Разработанный способ ринопластики мы использовали у 42 больных с деформациями наружного носа после первичной хейлоринопластики в возрасте от 16 до 30 лет. Из них 25 больных были с односторонней деформацией наружного носа, а у 17 больных была двухсторонняя деформация наружного носа. Отдаленные результаты хирургического лечения сроком до 3 лет свидетельствуют о высокой эффективности данного способа. Сохраняется симметричность свода носового отверстия и кончика носа у больных с различной степенью деформации. Предлагаемый способ реконструктивной ринопластики мы рекомендуем проводить больным достигшим 16-18 летнего возраста, когда в основном заканчивается рост организма и имеется возможность с большой гарантией добиться стойкой симметрии концевой части носа. Этот способ также можно использовать в сочетании с другими способами, когда имеются деформации на других отделах наружного носа.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Виссарионов В.А. Использование "скользящего" лоскута при устранении деформации концевой части носа, сопутствующих односторонним врожденным расщелинам верхней губы. *Стоматология*, 1986-№4.
2. Козин И.А. Способ хейлоринопластики при односторонней расщелине верхней губы -А. с 799735 СССР. - *Открытия*, -№4 -1981.
3. F. Burian *Atlas plastic surgery. Phragu.* 1967.
4. Converse J.M. *Recon tructive Plastic Surgery - Philadelphia.* 1964 - vol. 1-3 P. 1344-1354.

М.Х. Ходжибеков,
А.И. Икрамов,
Д.А. Исмаилов,
Н.М. Джуроева,
Д.Н. Акилова.

ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ

Научный Центр Хирургии им. академика В.Вахидова МЗ РУз

М.Х. Ходжибеков, А.И. Икрамов, Д.А. Исмаилов, Н.М. Джуроева, Д.Н. Акилова.

"Ўпка эхинококкози ташхисотида компютер томографиянинг имкониятлари"

Мазкур мақолада ўпка эхинококкози ва уларнинг асоратларини ташхисот қилишнинг рентгенологик ва компютер томография текширувларининг қиёсий таҳлили ёритилган. Ўпка эхинококкози билан хасталанган 145 нафар беморнинг комплекс нур ташхисот натижалари келтирилган. Шулар ичида 33 нафар ҳолатда асоратланган киста (бронха ёрилиши, йиринглаши) қузатилди.

Ўпка эхинококкозининг турли формаларида, уларнинг жойлашувига ва ўлчамига қараб, услубларнинг сезгирлик ва спецификлик даражалари таҳлил қилинди. Ўпка эхинококкози шубҳа қилинганида, кистанинг қийин жойларда жойлашган ҳолатларида, ўпканинг бошқа ўчоқли ҳосилалари билан қиёсий ташхисот ўтказишда компютер томографиянинг имкониятлари аниқланди ва бундай ҳолатларда компютер томографиянинг имкониятлари аниқланди ва бундай ҳолатларда компютер томография текширувига аниқ қўрсатма борлиги исботланди.

M.H.Khodjibekov, A.I.Ikramov, D.A.Ismailov, N.V.Djouraeva, D.N.Akilova.

"The possibilities of the CT in diagnosing of the lung hydatidosis."

In the article was done comparatively analyze of the X-ray and CT investigations in diagnosing of the lung hydatidosis and complication of this pathology. The results of the complex radiation diagnosing of 145 patients with hydatidos of the lung. Among them 33 patients with the complicated cysts (break in the lung, suppuration). It was analyzed sensitiveness of the methods when the various forms of the lung hydatidosis had place, in relationship of the localization and size of the cysts. It was find the evident to CT examination when suspicion to the lung hydatidosis had place, the possibilities of the CT in cases with difficult-finding cysts, in differential diagnosing with the other pathology of the lung.

Ключевые слова: Эхинококкоз легких, компьютерная томография, лучевая диагностика.

Технологические достижения в области оборудования и программного обеспечения для компьютерной томографии (КТ), достигнутые за последние годы, огромны. С момента появления в 1972 г. первого скан-

нера эти достижения привели к кардинальному расширению сферы применения КТ и улучшению качества изображений [2,4,5]. Несмотря на конкуренцию со стороны ультразвукового исследования (УЗИ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ), во многих случаях КТ по-прежнему остается методом выбора.

Особенно это касается очаговых заболеваний грудной клетки, где возможности МРТ и УЗИ ограничены физическими особенностями этих методов [2,7]. Постоянное совершенствование диагностики и методов хирургического лечения эхинококкоза, поиск медикаментозных путей профилактики не приводят к снижению заболеваемости данной патологией, в связи с чем проблема продолжает привлекать внимание многих исследователей.

При всех несомненных преимуществах компьютерной томографии, как у любого другого диагностического метода должны быть, во первых, определенные показания к проведению данного исследования, а также адекватное соответствие вопросов, которые можно при этом решить. Необходимо учитывать и достаточно высокую стоимость томографического обследования относительно других лучевых методов. Это и послужило причиной проведенного сравнительного анализа диагностических возможностей компьютерной томографии, традиционного рентгенологического обследования и ультрасонографии на этапах лечения больных эхинококкозом легких.

Рентгенологический метод в настоящее время является основным в первичной диагностике эхинококкоза легких [1,3,7]. При этом трудно переоценить роль послойного рентгенологического исследования - продольной томографии. Однако, не всегда представляется возможным диагностировать эхинококковые кисты (ЭК) расположенные в зонах, малодоступных контролю обычными методами рентгенологического исследования (диафрагмальный и паракардиальные сегменты, паравerteбральная область). Также необходимо отметить, что рентгенологическая диагностика эхинококковых кист возможна в том случае, если размер кисты превышает 1,0 см.

КТ картина эхинококковых кист достаточно специфична, дает возможность произвести измерение денситометрических показателей ЭК, установить точную топографию, связь эхинококковой кисты с анатомическими образованиями грудной клетки. Однако необходимо отметить, что при КТ, как и при других визуальных методах исследования, сомнительная информация неизбежна. В данном случае это касается осложненных эхинококковых кист, которые необходимо дифференцировать с такими объемными образованиями, как кавернозный туберкулез, рак легкого с распадом, абсцесс легкого [3].

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ.

Для проведения анализа КТ диагностики эхинококкоза легких нами обследовано 145 больных. Мужчин было 82 (56,5%), женщин - 63 (43,5%). Возраст больных от 12 до 67 лет, при этом большинство больных составили пациенты от 20 до 50 лет.

Неосложненные кисты в легких наблюдались в 112 (77,2%) случаях, осложненные кисты - в 33 (22,8%). При этом прорыв в бронх (по данным жалоб, анамнеза и инструментальных исследований) определялся у 23 пациентов (15,9%), а нагноение полости кисты - в 10 (6,9%) случаях. Солитарные кисты в легких выявлены у 107 (73,8%) пациентов, множественные кисты - у 38 (26,2%) пациентов.

КТ исследование выполнялось на томографе тре-

тьего поколения фирмы Siemens Somatom ARTX в условиях нативной контрастности. Толщина томографического среза составляла 10 мм при томографическом шаге 10 и 20 мм. Для более четкого изображения патологического очага толщина среза и "шаг стола" уменьшались до 5 мм, а также использовалась программа "OVERVIEW" - прицельная съемка патологического очага для улучшения визуализации его структуры. Анализированы аксиальные томограммы, на которых оценивалось состояние эхинококковой кисты, ее локализация, проводилось измерение денситометрических показателей. Для определения топографо-анатомического взаимоотношения с прилежащими структурами применялся метод продольной реконструкции изображения (multiplanar reconstruction) во фронтальной и сагиттальной плоскостях.

Стандартной укладкой для компьютерной томографии органов грудной клетки было положение пациента на спине, головой в сторону Гентри (станина с размещенными на ней трубкой и детекторами), с заведенными за голову руками.

Всем больным с клинически предполагаемым эхинококкозом легких в качестве первого диагностического метода проведено рентгенологическое исследование, при котором эхинококкоз легких был подтвержден в 135 случаях, таким образом специфичность общего рентгенологического метода в нашем наблюдении составила 93,1 %.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ.

КТ исследование легких при эхинококкозе позволило качественно визуализировать патологический очаг у всех пациентов.

КТ картина неосложненных эхинококковых кист достаточно специфична: округлое или продолговатое образование, зачастую имеющее неровные контуры в результате разной упругости стенок, с однородным по структуре содержимым с коэффициентом абсорбции (КА), близким к значению КА жидкости. Как правило, хитиновая оболочка и фиброзная ткань вокруг кисты представлялись единой стенкой. При этом следует отметить, что ни в одном случае нами не наблюдалось наличие характерных для эхинококковых кист обызвествлений в проекции оболочки кисты, что возможно связано с особенностями кровоснабжения легких. У 98 больных (67,6%) довольно четко визуализировались как хитиновая так и фиброзная оболочки. При этом перифокальной инфильтрации легочной ткани при неосложненных кистах не наблюдалось. Однако при развитии таких осложнений как прорыв кисты (частичный или полный) в бронх или в плевральную полость, нагноение эхинококковой кисты КТ картина эхинококкоза легких изменяется, следовательно возникали некоторые трудности в дифференциальной диагностике с такими очаговыми образованиями как туберкулезная каверна, абсцессы, опухоли легких и др. Так, при анализе специфичности компьютерной томографии при осложненном эхинококкозе, по нашим наблюдениям, она составила 86,6 %.

Несмотря на изложенные выше преимущества рентгенологического метода при данном исследова-

нии, у 38 больных с множественным эхинококкозом легких не удалось выявить мелкие кисты до 1,0 см в 4 случаях (10,5%), и эхинококковые кисты, расположенные в малодоступных рентгенологическому методу исследования местах в 2 (5,2%) случаях.

Компьютерная томография позволила диагностировать данные образования у 36 пациентов (94,7%), что впоследствии было подтверждено при оперативном вмешательстве.

Таким образом, сравнительный анализ обоих методов при диагностике множественных эхинококковых кист легких показал достаточно высокую чувствительность компьютерной томографии относительно общерентгенологического метода.

При расположении эхинококковых кист на границе грудной и брюшной полостей была установлена точная топическая диагностика патологического очага с помощью использования программы мультипланарной реконструкции аксиальных томограмм.

Кроме того, при КТ исследовании в подавляющем большинстве случаев устанавливалось точное топографоанатомическое расположение патологического очага по отношению к корню легкого и органам средостения, что значительно облегчило работу хирургов в определении операционного доступа и объема оперативного вмешательства.

Как показал анализ наших данных при диагностике эхинококкоза легких рентгенологический метод исследования по-прежнему остается основным. При этом показаниями для КТ исследования, по нашему мнению, являются:

1. Множественный эхинококкоз легких (при необходимости определения точного количества и топографоанатомической диагностики кист, для планирования оперативного вмешательства).

2. Все случаи рецидивного эхинококкоза легких (учитывая, что зачастую после предыдущей операции значительно изменяется анатомическое расположение элементов корня и самого легкого).

3. Расположение эхинококковых кист в малодоступных рентгенологическому контролю местах (диафрагмальный и паракардиальные сегменты, паравертебральная область).

4. При осложнениях эхинококкоза прорывом в бронх либо нагноением (для проведения дифференциальной диагностики с другими очаговыми заболеваниями).

Причиной такого определения показаний к выполнению компьютерной томографии при подозрении на эхинококкоз легких послужило то, что не всегда общерентгенологические методы исследований позволяют достоверно определить характер, локализацию и размеры кист в легких. Выполнение же во всех без исключения случаях компьютерной томографии при типичной рентгенологической картине эхинококкоза легкого считаем нецелесообразным из-за относительно высокой стоимости обследования и дополнительной дозы рентгеновского облучения.

В среднем чувствительность КТ исследования при

эхинококкозе легких составила 97,7%, специфичность несколько ниже -94,8%. Однако в случаях осложненного эхинококкоза легких при сохранении средних высоких показателей чувствительности очага, специфичность исследования несколько снижается.

ВЫВОДЫ.

Таким образом, результаты проведенных исследований позволяют высказать следующие мнения:

1. Рентгенологический метод исследования, будучи относительно простым и доступным методом, является незаменимым для скринингового выявления эхинококкоза легких, а также для получения первичной диагностической информации с рекомендациями по дальнейшей тактике лучевой диагностики.

2. Компьютерная томография, обладая преимуществами аксиальной визуализации органов грудной клетки и возможностью проведения денситометрии, является высокоинформативным методом, позволяющим определить топографоанатомическое положение кист, их количество, анатомические особенности структурных образований корня легкого и средостения, что способствует выработке тактики оперативного вмешательства.

3. Показаниями к КТ обследованию на дооперационном этапе должны быть подозрение на осложнение эхинококкоза, множественность поражения, рецидивы заболевания. В этих случаях совокупное использование компьютерной томографии и общерентгенологического исследования позволяет значительно увеличить специфичность исследований и выставить точный дооперационный диагноз.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Аскарлова Р.Х., Ходжибеков М.Х., Исламбеков Э.С., Исмаилов Д.А., Худайбергенов А.М. Лучевая диагностика эхинококкоза легких. // Вестник рентгенологии и радиологии. - 1991- № 6 - С. 5-9.
2. Габуния Р.И., Колесникова Е.К. Компьютерная томография в клинической диагностике. // М.: Медицина, 1995. - 352с.
3. Кармазановский Г.Г., Толкачев Г.С. Лучевая дифференциальная диагностика хирургических заболеваний легких: диагностические ошибки и их причины. // Вестник рентгенологии и радиологии. - 1997- № 2- С. 16-20.
4. Позмогов А.И., Терновой С.К., Бабий Я.С., Лепихин Н.М. Томография грудной клетки. Томография грудной клетки. - Киев: Здоровья, 1991. - 285с.
5. Розенштраух Л.С., Виннер М.Г. Дифференциальная рентгенодиагностика заболеваний органов дыхания и средостения. // М. 1991.
6. Шехтер А.И., Романьчев Ю.А., Кодолова И.М., Коган Е.А., Попова Н.Р. Обработка рентгеновского изображения малых шаровидных образований легких с использованием линейной фильтрации. // Вестник рентгенологии и радиологии. - 1986 - № 1- С. 21-28.
7. Wegener O.H., Koepe P., Oeser H. Measurement of lung density by computed tomography // J. Comput. Tomogra. - 1978. - №2/- P. 263-273.
8. Zerhouni E.A., Spivey J.F., Morgan R.H. et al. Factors influencing quantitative CT measurements of solitary pulmonary nodules // J. Comput. Assist. Tomogr. - 1982. - №6. - P. 1075-1087.

А.М.Шамсиев,
Д.О.Атакулов,
А.Ф.Коваленко,
Ш.А.Юсупов,
А.К.Шахриев,
Д.А.Шамсиев,
У.Т. Суванкулов.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ АБСЦЕССОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ.

Самаркандский Научный Центр детской хирургии

А.М.Шамсиев, Д.О.Атакулов, А.Ф.Коваленко, Ш.А.Юсупов, А.К.Шахриев, Д.А.Шамсиев, У.Т. Суванкулов.

Болаларда қорин бўшлиғидаги операциядан кейинги абсцессларни эрта ташхиси.

Қорин бўшлиғи операциядан кейинги абсцессларнинг пайдо бўлишини тахминлаш ва эрта диагноз қилишда, перитониал ажралманинг цитологияси, интоксикациянинг лейкоцитар индексини аниқлаш (ИЛИ), парамеций культурасида бемор қон зардобини захарлилиги ва ультратовушли текшириш (УТТ) каби кўп қамровли текшириш усулидан фойдаланилади. 138 та беморни текшириш натижасида 12 та беморда юқоридаги кўрсаткичлар, операциядан кейинги даврда ижобий томонга ўзгармади ва уларда бу даврда қорин бўшлиғи абсцесси ривожланди. Қўлланилган кўп қамровли текшириш усули, операциядан кейинги дастлабки 3-5 кунларда организмнинг интоксикация даражаси ва қорин бўшлиғида абсцессларни ташхислашда юқори ахборот берувчи аҳамиятга эга бўлиб, 66,6% ҳолатларда аниқ ташхис қўйиб, ўз вақтида оператив даволаш имкониятини беради.

A.M.Shamsiev, D.O.Atakulov, A.F.Kovalenko, Sh.A.Yusupov, A.K.Shakhriev, D.A.Shamsiev, U.T. Suvankulov.

Early diagnosis of postoperative abscesses of abdominal cavity in children

With the purpose of prognosis and early diagnosis of postoperative abscesses in abdominal cavity used complex methods of investigation, consisting of cytology of peritoneal exudate, definition of leukocytic index of intoxication, toxicity of serum in culture of Paramecium Caudatum and clinical ultrasound. In consequence of investigation of 138 patients in 12 (8,7%) didn't observe positive dynamics of indexes, indicating above, after operation. In this patients postoperative period complicated with abscess of abdominal cavity. Used complex of methods of investigation is sufficiently informative in diagnostics of postoperative intraabdominal abscesses and definition of degree of intoxication of organism. This is allow in 66,6% cases to establish the diagnosis and to make timely operative treatment in 3-5 days already.

Key words: intraabdominal abscesses, complex of methods, informative diagnostics.

В абдоминальной хирургии детского возраста вопросы своевременной диагностики послеоперационных осложнений, в частности, абсцессов брюшной полости остаются актуальными. [5]

Частота этих осложнений после оперативных вмешательств колеблется от 0,8 до 5,4%, летальность - от 3,6 до 62% и не имеет тенденции к снижению [4,6]. Ранняя диагностика абсцессов брюшной полости будет способствовать эффективности лечения, снижению летальных исходов, а также профилактике послеоперационного перитонита и других осложнений, обусловленных гнойно-септическим процессом [2].

Учитывая актуальность проблемы, задачей нашего исследования явилось использование комплекса методов обследования, включающего в себя цитологию перитониального выпота, лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) [3], токсичность сыворотки крови в культуре парамеций [1], которые проводились на 1,3 и 5 сутки после операции и ультразвуковое обследование (УЗИ), с целью ранней диагностики послеоперационных абсцессов брюшной полости и определения степени интоксикации организма.

Материалы и методы исследования.

За период 1994-1999гг. под нашим наблюдением находилось 138 больных с диффузными (63) и разлитыми (75) перитонитами аппендикулярного генеза в возрасте от 1 до 14 лет.

Во время лапаротомии по поводу острого аппендицита, осложненного распространенным перитонитом, в брюшной полости через отдельный прокол передней брюшной стенки оставлялся микроирригатор, через который в послеоперационном периоде в брюшную полость вводилась озонкислородная смесь аппаратом «ОТРИ - 01» (производство России) в концентрации 4-5 мг/л. Выпот из брюшной полости, аспирированный через микроирригатор, исследовали цитологически в динамике. Мазки экссудата фикси-

ровали, окрашивали по Романовскому-Гимзе и производили подсчет нейтрофилов, макрофагов и лимфоцитов в процентном отношении на 200 клеток.

Нормальные величины показателей ЛИИ и токсичности сыворотки определены у контрольной группы 45 практически здоровых детей аналогичного возраста. У них показатель токсичности сыворотки колеблется в пределах - 24-32 ед, в среднем $28,0 \pm 0,5$ ед, а ЛИИ - 0,6 - 1,2.

Всем больным каждые 2-3 дня проводились анализы крови для динамического наблюдения за лейкоформулой, производилось ультразвуковое исследование послеоперационной раны и брюшной полости.

Наряду с вышеуказанными исследованиями в ранней диагностике послеоперационных внутрибрюшных гнойных осложнений немаловажное значение имеет динамика температурной реакции организма. По нашим наблюдениям у больных с формирующимся абсцессом брюшной полости, начиная с 3-х суток после операции, температура тела поднималась до субфебрильных цифр ($37,5-37,8^\circ\text{C}$), а с 4-5-х суток - имела тенденцию к дальнейшему повышению до фебрилитета ($38,1-38,5^\circ\text{C}$). Предварительно исключив нагноение послеоперационной раны, при дальнейшем повышении температуры тела, нами целенаправленно проводился поиск внутрибрюшного гнойного очага.

Параллельно изучалась динамика показателей ЛИИ и парамециального теста, которые представлены в таблице №1.

Как видно из таблицы №1 у больных, у которых не наблюдалось положительной динамики этих показателей, течение послеоперационного периода осложнялось абсцессами брюшной полости.

При благоприятном течении послеоперационного периода, наряду с положительной динамикой клинических данных, отмечалась тенденция к снижению

Таблица 1

Динамика токсемии у детей с благоприятным и осложненным течением послеоперационного периода, М±m

Тесты	неосложненный (п	
	1 сутки	3 сутки
ЛИИ	3,34±0,08	2,5±0,07
Токсичность сыворотки (парамецийный тест), ед.	57,9±1,9	48,2±1,72

показателей ЛИИ и парамецийного теста.

Результаты исследований показывают, что динамику показателей ЛИИ и парамецийного теста, можно использовать в качестве объективного критерия напряженности токсемии и течения воспалительного процесса в брюшной полости. В таблице №1 представлены результаты исследований степени интоксикации сыворотки крови на 1,3 и 5 сутки после операции.

В крови у 82% больных, у которых имелись признаки абсцессов брюшной полости или послеоперационного продолжающегося перитонита, были выявлены характерные изменения: лейкоцитоз - 12-24х 10⁹ /л со сдвигом лейкоформулы «влево» и соотношением «нейтрофилы/ лимфоциты» от 5 до 12 , ускорение СОЭ (30-50 мм/ч), у половины детей отмечалась токсическая зернистость нейтрофилов (30% и более). Однако у каждого пятого больного реакция крови на воспаление была снижена или отсутствовала, что вероятно, связано с угнетением гемопоэза, под воздействием интоксикации.

Ультразвуковое исследование в послеоперационном периоде позволило установить диагноз у 11 из 12 больных и определить топическое расположение абсцесса (91,6%). В одном случае внутрибрюшной абсцесс не был распознан из-за малых размеров (2,5х2,0 см).

Абсцессы брюшной полости диагностируются ультразвуковым методом на 3-10-й дни после первого оперативного вмешательства [5].

Ультразвуковая картина внутрибрюшного абсцесса характеризовалась наличием эконегативного полостного жидкостного образования с четкими контурами различной формы, без признаков перистальтики и пульсации, с наличием плотного перифокального инфильтрата вокруг гнойника, экоструктура гнойного очага была пестрой и варьировала в зависимости от степени расплавления и деструкции ткани.

Клиническое значение УЗИ заключается в том, что оно позволяет установить динамическое наблюдение за больными, дает возможность определения фазы воспалительного процесса, перехода инфильт-

рата в абсцесс, а также обеспечивает контроль за эффективностью проводимого лечения.

Результаты цитологического исследования экссудата из брюшной полости приведены в таблице №2.

Из таблицы №2 видно, что у больных с благоприятным течением послеоперационного периода наблюдается заметное снижение удельного веса нейтрофилов и увеличение количества макрофагов и лимфоцитов в 5 и 6 раз соответственно уже на 3-и сутки после операции. У больных, послеоперационный период которых осложнился образованием внутрибрюшного абсцесса, существенной динамики цитограммы перитонеального экссудата не отмечается.

На основании полученных результатов можно считать, что прогрессивное снижение числа нейтрофилов и резкое увеличение макрофагов и лимфоцитов в первые 3-ое суток, свидетельствуют о благоприятном течении перитонита, а отсутствие достоверного снижения нейтрофилов и положительной динамики содержания макрофагов и лимфоцитов, говорит об обострении воспалительного процесса и о возможности образования абсцесса брюшной полости в послеоперационном периоде.

Исследование цитологии перитонеального экссудата в первые трое суток после операции повышает возможности достоверного прогноза внутрибрюшинных осложнений при перитоните.

Из 138 больных с разлитыми и диффузными перитонитами аппендикулярной этиологии у 12 (8,7%) диагностированы внутрибрюшные абсцессы в послеоперационном периоде, у 5 (3,63%) они были множественными. Причем приблизительно одинаково часто осложнялись внутрибрюшными абсцессами как диффузные (9,52 %), так и разлитые перитониты (8%).

С помощью комплекса методов обследования в 66,6% удалось диагностировать послеоперационные абсцессы брюшной полости уже на 3-5 сутки после операции. В 8 случаях внутрибрюшинные абсцессы дренированы или произведена релапаротомия на 3-5 сутки, в 3-х на- 6 - 7 сутки и в 1 - на 10 сутки в связи с необычным расположением и малыми размерами абсцесса.

Таблица 2

Динамика цитологии перитониального экссудата у детей с благоприятным и осложненным течением послеоперационного периода, М ±m

Сутки после операции	неосложненный (п	
	Нейтр %	Макроф%
1	93,5±2,85	4±0,03
2	84±2,73	9,5±0,04
3	63±2,36	21±0,08

Выводы:

1. Используемый нами комплекс методов обследования (ЛИИ, парамецийный тест, цитология перитонеального экссудата и УЗИ) является достаточно информативным в диагностике послеоперационных абсцессов брюшной полости и в определении степени интоксикации организма.

2. Применение комплекса методов обследования в 66,6% случаев позволило диагностировать внутрибрюшные абсцессы уже на 3-5 сутки после операции и произвести своевременное оперативное вмешательство, что является одним из важнейших условий эффективности лечения.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Гариб Ф.Ю. с соавт. Метод определения токсемии в культуре парамеций //Метод. рекомендации.-1972.
2. Головацкий Б.В. Лапароскопическая диагностика абсцессов брюшной полости //Хирургия.-1991.-№5.-с.30-32.
3. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Красовская Т.В. Абдоминальная хирургия у детей. //М.Медицина.-1988.
4. Кузин М.И., Шкроб О.С., Лопата Ю.М., Григорьян А.Х. Послеоперационные поддиафрагмальные абсцессы //Хирургия.-1976.-№3.-с.115-221
5. Рогачев А.А., Сторожилов С.А., Тарасов С.Б., Чернова О.Ф. Ультразвуковое исследование в диагностике и лечении послеоперационных абсцессов брюшной полости. //Визуализация в клинике.-1997.-№10.-с.38-41.
6. Шапкин В.С., Грипенко Ш.А. Поддиафрагмальный абсцесс //Хирургия.-1981.-№9.-с.92-94.

Б.Ф. Шамшиметов,
В.Е. Аваков,
А.М. Цой.

СОСТОЯНИЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯХ У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ В УСЛОВИЯХ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ КОМБИНИРОВАННОЙ РЕМИФЕНТАНИЛОВОЙ АНЕСТЕЗИИ.

Второй Ташкентский Государственный медицинский институт.

Б.Ф. Шамшиметов, В.Е. Аваков, А.М. Цой.

Турли вариантларда комбинацияланган ремифентанил анестезия шароитида лапароскопик холецистэктомия қилинган беморлардаги қон айланиш ҳолати.

Лапароскопик операцияларда оғриқсизлантиришни таъминлаш замонавий анестезиологиянинг муҳим муаммоларидан бири ҳисобланади. Турли вариантларда комбинацияланган ремифентанил анестезия шароитида лапароскопик холецистэктомия қилинган 88та 19 ёшдан 65 ёшгача бўлган беморларда марказий гемодинамиканинг ўзгариши ўрганилди.

Олинган маълумотлар шуни кўрсатдики операция ва анестезия вақтида юрак чап қоринчасининг уриш ҳажми ва бир минутдаги қон айланишининг пасайиши тананинг ноқулай ҳолати, қорин бўшлиғидаги юқори босимнинг салбий таъсири ҳамда ремифентанил ва калипсолнинг кардиодепрессив эффекти ва кўпчилик беморлардаги гиповолемиа мавжудлиги натижасидадир.

Шундай қилиб марказий гемодинамиканинг текширилиши аниқланган ўзгаришларни ўз вақтида диагностика ва бартараф қилиш имконини беради.

B.F.Shamshimetov, V.E.Avakov, A.M.Coi.

Station of circulation of the blood laparoscopic cholecystomy patients operationed in different variants of remifentanyl (ultiva) anaesthesia.

Anaesthesiological aspect of endoscopic procedures is one of the important problems of up-to-date anaesthesiology. We studied the changes of central hemodynamics in 88 patients aged 19-65 years during laparoscopic cholecystectomy using different variants of Remifentanyl anesthesia. Our data indicate that there is marked decrease of cardiac output produced by negative effect of high intraabdominal pressure, body position is noncomfortable for cardiovascular and respiratory systems, and probably cardiodepression effect of Remifentanyl and Kalypsol, and also moderate hypovolemia in all patients before surgery.

Thus central hemodynamics monitoring enables detection and correction of the produced changes.

В связи с быстрым развитием лапароскопической хирургии, все большее значение приобретает решение вопросов анестезиологического обеспечения эндоскопических операций. Особое внимание уделяется разработке новых комбинаций препаратов с заранее программируемыми свойствами. [1, 2, 3]

Более глубокое понимание существа обезболивающего эффекта анагетиков разных групп необходимо для их дифференцированного применения при хирургических манипуляциях, лечения болевого синдрома, а также в связи с потребностью их сочетания с другими нейротропными средствами в схемах многокомпонентной общей анестезии.

Целью нашего исследования явилось изучение показателей центральной гемодинамики при лапароскопических холецистэктомиях у больных, оперированных в условиях различных вариантов комбинированной общей анестезии с использованием ремифентанила гидрохлорида в качестве анальгезии.

Ремифентанил гидрохлорид (препарат Ультива)

опиоид нового третьего поколения, самое последнее достижение современной фармакологии в области анестезии, разработанное компанией Glaxo Wellcome. Ремифентанил гидрохлорид является мощным селективным агонистом мю опиоидных рецепторов, который отличается от существующих опиоидов тем, что он метаболизируется неспецифическими эстеразами крови и тканей, что позволяет быстро изменять глубину анестезии и, в отличие от существующих доступных препаратов, он не аккумулируется даже после длительной инфузии. [4,5]

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Наша клиника располагает опытом свыше 500 эндоскопических операций. Исследования проведены у 88 больных в возрасте от 19 до 65 лет (в среднем 48,4±1,3 года) с массой тела от 45 до 112 кг. (в среднем 72,4±3,2 кг), из них мужчин- 9, женщин-79. У всех больных имел место хронический калькулезный холецистит без признаков холестаза. Всем им выполнена холецистэктомия лапароскопическим путем.

Таблица 1.

Состояние центральной гемодинамики у больных первой группы (n-29)

ПОКАЗАТЕЛЬ	Исход	Премедикация	Интубация
Ударный объем левого жел. QS (мл)	70,5±1,4	70,0±1,3	69,3±1,2
Ударный индекс УИ (мл-м ²)	51,3±0,23	51,0±0,01	60,9±1,2
Коэф. дыхательных изменений (КДИ)	1,42±0,06	1,22±0,4	1,71±0,04
Частота дыхания (в 1 мин.)	20,2±1,61	20,0±1,7	20,7±1,3
Пульс (в 1 мин)	87,4±4,4	95,0±4,2	80,8±4,5
Фактический минутный объем кровообращения QФ (л/мин)	6,37±-0,33	6,67±-0,44	5,59±0,36
Сердечный индекс СИ (л-м: 1-1, м-2)	3,84±0,71	3,83±0,31	3,21±0,46
Коэф. интегральной тоничности (КИТ)	79,2±1,2	75,1±1,4	78±1,1
Показатель стабилизации тонуса (ПСТ)	1,06±0,03	1,04±0,03	1,09±1,05
Объем внеклеточной жидкости (V3/Л)	10,6±1,02	10,8±1,11	10,7±1,05
Показатель баланса ПБ (V3/VD)	1,10±1,1	1,04±1,5	1,05±1,1
Балансное сопротивление R (ОМ)	283±2,1	267,0±1,8	286,7±1,2
Показатель напряженности дыхания (ПНД)	28,5±1,4	24,3±1,7	35,4±1,3

Примечание. Здесь в табл. *-P<0,05

Достоверность приведена относительно исходных данных.

Все больные были разделены на 3 группы в зависимости от препарата, который использовался для индукции в наркоз и поддержания анестезии.

В первой группе (29 больных) с целью выключения сознания использовался раствор дипривана, во второй группе (31 больных) — закись азота, в третьей (28 больных)-калипсол.

Аналгезия достигалась во всех группах препаратом Ультива. Методика общей анестезии заключалась в следующем: за 30-40 минут до её начала осуществлялась премедикация раствором морфина, атропина и димедрола в общепринятых дозировках внутримышечно. Затем в операционной до начала вводного наркоза вводился ремифентанил из расчета 1 мкг/кг массы тела во всех группах.

Индукцию в первой группе больных осуществляли введением дипривана из расчета 2,0-2,75 мг/кг массы тела в течение 35-40 сек. После кураризации осуществляли интубацию трахеи с последующей ИВЛ. Режим вентиляции подбирался по номограмме Редфорда и корректировался по газовому составу крови.

Поддержание анестезии осуществляли капельной инфузией дипривана в дозах 4-6 мг/кг массы тела в час.

Подобная методика введения ремифентанила, индукция в наркоз и поддержание анестезии были использованы во 2-й и 3-й группах, лишь с изменением препарата, составляющего первый компонент общей анестезии. Так во 2-й группе для вводной анестезии был применен раствор тиопентала натрия- 1%, из расчета 8-10 мг/кг массы тела, с последующей базисной анестезией путем инсuffляции закисно-кислородной смеси в соотношении 2:1. В 3-й группе индукцию в наркоз осуществляли раствором калипсола в дозе 1,5 мг/кг массы тела. Поддержание анестезии производили путем непрерывной капельной инфузии раствора калипсола в дозах, сниженной на 20%, от обычно применяемой. Инфузию прекращали за 30-40 минут до окончания операции. Анальгезирующий эффект во всех группах осуществляли введением раствора Ультива капельным путем в дозе 0,3-0,4 мкг/кг массы тела в минуту.

Таблица 2.

Состояние центральной гемодинамики у больных второй группы (n-31)

ПОКАЗАТЕЛЬ	Исход	Премеди- кация	Интубация
Ударный объем левого жел. QS (мл)	67,1±1,8	74,75±1,8	56,47±1,6
Ударный индекс УИ (мл-м2)	39,3±5,1	44,8±4,0	32,8±4,2
Козф. дыхательных изменений (КДИ)	1,33±0,06	1,21±0,08	1,83±0,093
Частота дыхания (в 1мин.)	15,3±1,6	24±1,7	20,6±1,8
Пульс (в 1 мин)	82±4,3	78±4,1	91±3,1
Фактический минутный объем кровообращения QФ (л/мин)	5,5±0,36	5,8±0,38	5,1±0,39
Сердечный индекс СИ (л-м: 1-1, м-2)	3,26±0,35	3,36±0,29	2,98±0,34
Козф. интегральной тоничности (КИТ)	79,6±1,4	79,2±1,7	77,4±1,12
Показатель стабилизации тонуса (ПСТ)	1,07±0,05	1,06±0,05	1,08±0,03
Объем внеклеточной жидкости (V3/Л)	10,9±1,02	10,5±1,01	10,9±1,02
Показатель баланса ПБ (V3/VД)	1,0±1,5	1,03-±1,8	1,01±1,6
Балансное сопротивление R (ОМ)	287±2,0	288±1,8	289±1,8
Показатель напряженности дыхания (ПНД)	20,1±1,4	29,5±1,5	38,4±1,5

Примечание. Здесь в табл. *-P<0,05
Достоверность приведена относительно исходных данных.

Во время операции и анестезии исследовались состояние центральной гемодинамики методом интегральной реографии тела (Тищенко М.И., 1973), артериальное давление, ЧСС, сатурацию крови путем оксиметрии. Результаты исследования были обработаны методом вариационной статистики с использованием критерия Стьюдента.

Этапы исследования: исходное состояние (за сутки до операции), после премедикации, после интубации, после пневмоперитонеума, после холецистэктомии, после диссуфляции, после экстубации.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты исследования центральной гемодинамики после премедикации, которая во всех группах была идентичной, не выявили особых изменений функции внешнего дыхания. Анестезирующий эффект был достаточным, ЧСС, АД, оставались в пределах исходных значений.

Введение ремифентанила в операционной до начала вводного наркоза из расчета 1 мкг/кг масса тела во всех группах выявило явные изменения в показателях

центральной гемодинамики . Отмечено снижение пропульсивной работы сердца со снижением ударного индекса на 22,9%, в сравнении с исходными данными, с возникновением компенсаторной тахикардии и увеличением ЧСС на 19,7%.

Не выявлено особых изменений в показателях и параметрах внешнего дыхания.

Результаты исследования системного артериального тонуса выявили лишь склонность к снижению показателя КИТ.

Исследование центральной гемодинамики после индукции и интубации больных во всех группах выявило явную тенденцию к снижению пропульсивной и минутной работы сердца, что в большей степени проявилось у больных 2-й и 3-й групп. Отмечено снижение ударного объема левого желудочка во 2 и 3 группах на 15,8% и 20,8%, соответственно, в сравнении с исходными данными (табл. 2, 3). Сократился ударный индекс работы левого желудочка на 16,4% и 21,0%, несмотря на увеличение ЧСС 10,9% во 2-й группе и сохранившиеся показатели сердечного ин-

ПОКАЗАТЕЛЬ	Исход	Премедикация	Интубация
Ударный объем левого жел. QS (мл)	70,1±1,43*	69,7±1,41	55,5±1,3
Ударный индекс УИ (мл-м ²)	44,7±4,2	44,3±4,0	35,3±4,0
Коэф. дыхательных изменений (КДИ)	1,25±0,06	1,18±0,08*	1,28±0,93
Частота дыхания (в 1 мин.)	19,7±1,6	15,0±1,3	21,0±1,7
Пульс (в 1 мин)	82,1±4,3	95±4,4	105,4±4,2
Фактический минутный объем кровообращения QФ (л/мин)	5,76±0,36	6,62±0,33	5,85±0,11*
Сердечный индекс СИ (л-м: 1-1, м-2)	3,67±0,35	4,22±0,33	3,72±0,13
Коэф. интегральной тоничности (КИТ)	79,		
Показатель стабилизации тонуса (ПСТ)	1,08±0,05	1,06±0,05	1,09±0,44
Объем внеклеточной жидкости (V3/Л)	9,37±1,01	9,18±1,04	9,66±1,01
Показатель баланса ПБ (V3/VД)	1,00±1,5	1,09±1,2	1,07±1,1
Балансное сопротивление R (ОМ)	302,3±2,0	298,0±2,1	295,1±2,5
Показатель напряженности дыхания (ПНД)	24,6±1,5*	17,9±1,1	30,5±1,3

Примечание: *Р-фактор статистической значимости

декса, в 3-й группе за счет увеличения ЧСС на 29,5%, что нами расценено как компенсаторная реакция на уменьшение ударного объема. В ответ на снижение пропульсивной и минутной работы сердца, несмотря на компенсаторную тахикардию, в этих 2-х группах отмечено снижение интегральной тоничности сосудов распределения (во второй группе 2,8%, в 3-й 5,5%), что свидетельствовало об умеренной исходной гиповолемии у данной категории больных. В сравнении с этими же показателями в первой группе, после интубации не отмечено особого снижения ударного объема левого желудочка, ударный индекс работы левого желудочка сохранился на прежних цифрах (табл. 1) КИТ остался без изменений и отмечена стабильность данного показателя до конца операции именно в этой группе.

После наложения карбоксиперитонеума и поднятия головного конца стола наблюдалось снижение как разовой, так и минутной производительности сердца во всех группах, но в большей степени это проявилось во второй группе, где для индукции в наркоз

был использован раствор тиопентала натрия. [2]. Отмечено снижение ударного индекса на 16,3%, а сердечного индекса на 18,1%, в сравнении с исходными данными. Снижение ударного индекса в первой группе и в третьей группе произошло лишь на 4,7% и 10,3% сердечного индекса на 8,1% в первой группе, а в третьей группе СИ остался без изменений за счет компенсаторной тахикардии.

Этапы исследования центральной гемодинамики во время холецистэктомии, диссуфляции, во всех группах были практически одинаковы, за исключением момента диссуфляции в 3-й группе, где выявлено резкое снижение пропульсивной и минутной работы сердца. На эвакуацию газа из брюшной полости отмечено снижение индекса ударной работы левого желудочка на 42,7% и СИ на 21,3% несмотря на увеличение ЧСС на 37,6%.

Анализируя столь неожиданный эффект диссуфляции в 3-й группе, мы пришли к мнению, что снижение пропульсивной и минутной работы сердца объясняется не только резким увеличением сосудистой емкости за счет снижения внутрибрюшного дав-

ления, что подтверждается уменьшением интегральной тоничности сосудов распределения (КИТ) на 4,7%, но и своеобразным действием кетамина на кровообращение, носящим симпатотонический характер, проявляющийся увеличением АД, ЦВД, ЧСС, работы левого желудочка, коронарного и периферического кровообращения, легочного сосудистого сопротивления, потребления миокардом кислорода при одновременном снижении УИ и общего периферического сопротивления (Гологорский. В.А. и др., 1979.).

Пробуждение больных в первой группе происходило на 5-10 минуты по окончании введения ремифентанила. Во 2-й и в 3-й группах, где для индукции в наркоз использовался раствор тиопентала натрия и калипсола, пробуждение больных было на 20-30 минут продолжительнее, что требовало проведения более продленной ИВЛ на этапе выхода из наркоза.

По окончании операции во всех группах отмечено снижение разовой и минутной производительности сердца в сравнении с исходными данными, что еще раз подтверждает наличие у всех больных исходной гиповолемии. Особого внимания требует снижение интегральной тоничности сосудов у больных во всех группах к концу операции, что на наш взгляд, может быть признаком надпочечниковой недостаточности в ответ на хроническую интоксикацию, обусловленную калькулезным процессом в желчевыводящей системе.

Наши исследования позволяют предложить в клиническую практику приведенные выше схемы общей анестезии с применением ремифентанила гидрохлорида в качестве анагетического компонента, и лучшим вариантом его сочетания является диприван у больных с хроническим калькулезным холециститом.

ВЫВОДЫ

1. Ремифентанил гидрохлорид (Ультива) является хорошей альтернативой наркотическим анагетикам

кам в современной многокомпонентной общей анестезии.

2. Значительное снижение сердечного выброса у всех больных, практически на всех этапах хирургического вмешательства несет в себе потенциальный риск осложнения, что диктует необходимость дифференцированного подхода к отбору и адекватной предоперационной волеической, гормональной подготовки больных, особенно с ограниченной сердечной функцией.

3. Комбинация ремифентанила гидрохлорида с производными барбитуровой кислоты (гексенал, тиопентал натрия) является менее управляемой и нецелесообразной моделью анестезии для хирургии одного дня.

4. Диприван в комбинации с ремифентанилом является лучшим вариантом комбинированной анестезии у больных с хроническим калькулезным холециститом, проявляя протекторный эффект воздействия на кардиоваскулярную систему.

ЛИТЕРАТУРА

1. И. П. Семенюта. *Изменения гемодинамики на этапах лапароскопической холецистэктомии. Анестезиология и реаниматология* 1998; 3: 25-27
2. В. Е. Аваков, Х. Т. Нишанов, С. Н. Абдусаламов *Мониторинг гемодинамики при эндоскопических холецистэктомиях в процессе различных вариантов мидазаламовой анестезии. Эндоскопическая хирургия* 1997; 1: 13-14.
3. Е. М. Лэвитз, В. В. Феденко и др. *Анестезиологическое обеспечение в лапароскопической хирургии — современное состояние проблемы. Эндоскопическая хирургия* 1995; 2/3: 48-53.
4. S. Albrecht, W. Hering, I. Schuttler, H. Schwilden. *New intravenous anesthetics. Remifentanyl, S(+)- ketamine, etanolone and target controlled infusion. Anaesthesist* 1996 Dec: 45(12): 1129-41
5. I. Scholz, M. Steinfath. *Is remifentanyl an ideal opioid for anaesthesiologic management in the 21st century? Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 1996 Dec: 31(10): 592-607

О.Ш. Эшонов

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПЛАЗМОЛИМФОСОРБЦИИ В КОМПЛЕКСЕ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ЭНДОТОКСИКОЗОВ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА.

Бухарский медицинский институт им. Абу Али Ибн-Сино.

В последнее время, не только доказана роль и участие лимфатической системы в патогенезе эндотоксикоза, но и был разработан ряд эффективных методов детоксикации лимфы и лимфостимуляции при различных патологических состояниях организма (Ю.М. Левин 1984; Р.Т. Панченков и др., 1986; В.М. Буянов, А.А. Алексеев 1990; С.У. Джумабаев 1991, 1993).

Несмотря на то, что экстракорпоральные методы детоксикации при эндотоксикозах в педиатрической практике получают все большее распространение, способов детоксикации лимфы практически нет.

Это объясняется тем, что у детей операция дренирования грудного лимфопотока для наружного отведения лимфы и проведения лимфосорбции чревато в первую очередь серьезными трудностями и осложнениями. По этой причине этот метод в педиатрической практике, тем более у детей грудного возраста распространения не получил.

Материалы и методы.

С целью изучения токсичности крови после лим-

фостимуляции у детей грудного возраста мы исследовали уровень средних молекул (СМ) сыворотки крови из правой и левой подключичных вен. Для определения уровня СМ сыворотку крови обработали по скрининг методу Н. И. Габриелян и др., (1983). Полученный супернатант, разведенный в дистиллированной воде в соотношении 1:10, с кюветой помещали в спектрофотометр. Спектры поглощения данных растворов были получены на спектрофотометре СФ-46 при длинах волн 254-280 нм, в котором были внесены изменения в механизм вращения дифракционной решетки, а именно установлен шаговый двигатель с реверсивным блоком питания, позволяющий проводить снятие непрерывных спектров пропускания с разными скоростями сканирования. Выходной сигнал был зарегистрирован потенциометром КСП-4 со схемой согласования регулирующей выходной сигнал по напряжению. Полученные спектры пропускания были обработаны по выражению $\text{Log}(I_0/I) = \text{ECL} = \text{D}$

где I_0 - интенсивность падающего света; I - интенсивность прошедшего света; C - концентрация СМ (усл.ед); L - толщина слоя раствора; E - молярный коэффициент поглощения; D - оптическая плотность раствора.

створа.

На специальной программе TABL. были построены зависимости оптической плотности (D) растворов от длины волны L поглощаемого света, для наглядной достоверности исследования, рис.1

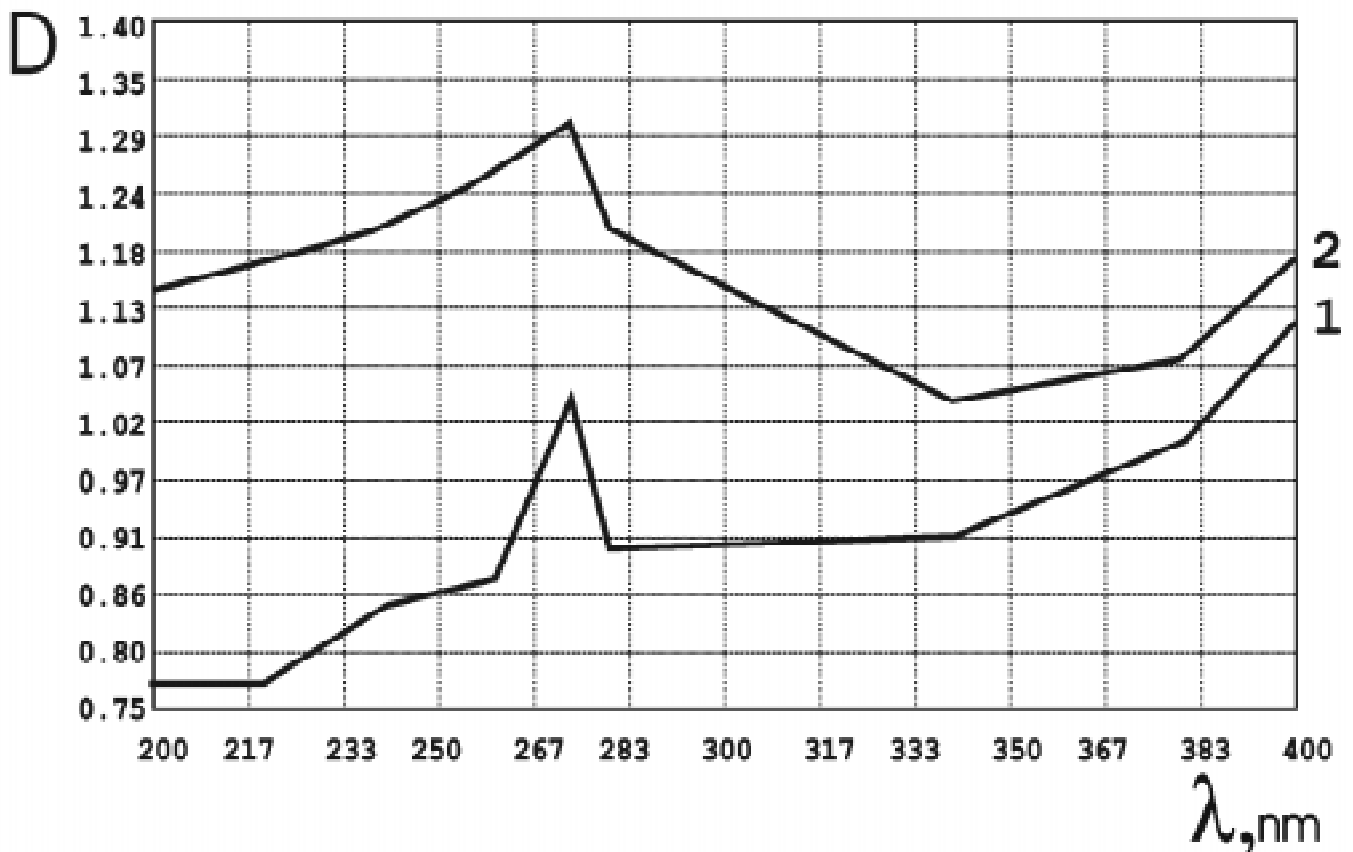


Рис. 1. Спектры поглощения сыворотки крови из правой «1» и левой «2» подключичных вен, детей грудного возраста с эндотоксикозом через 2 часа после лимфостимуляции.

Забор крови и лимфы из расчета 10 мл/кг производили в медицинском шприце 20 мл. из левого венозного угла, куда впадает грудной лимфопровод, через 1.5-2 часа после лимфостимуляции, т. е. на высоте лимфостимуляции. После забора крови и лимфы со шприца снимается толкатель поршня, и шприц устанавливается вертикально в лабораторной центрифуге. Затем в течение 7-10 мин. проводят центрифугирование при 1500-2000 об/мин. После разделения плазмы и лимфы в шприц устанавливается толкатель поршня и в вертикальном положении его соединяют через переходник со шприц-колонкой, содержащей гемосорбент. После чего при толкании поршня снизу вверх до уровня эритроцитов плазма и лимфа проходят в шприц-колонку и происходит процесс сорбции. При этом плазма и лимфа проходя через сорбент попадают в стерильный флакон, который соединен со шприц-колонкой полиэтиленовым переходником. Флакон содержит гепаринизированный раствор хлорида натрия. При обратном натягивании поршня плазма и лимфа во второй раз проходят через сорбент и попадая в шприц-насос смешиваются с эритроцитами. После чего сорбированная плазма и лимфа с эритроцитами медленно вводится в вену. Двойное очищение плазмы и лимфы позволяет ограничиваться 0.5-1.0 объемом циркулирующей плазмы со скоростью перфузии 2-3 мл/мин.

Результаты и их обсуждения

Полученные спектры показывают, что в сыворотке крови из левой подключичной вены концентрация СМ больше чем в сыворотке крови из правой подключичной вены. Это объясняется тем, что после лимфостимуляции в левый венозный угол выбрасывается большое количество токсичной лимфы через грудной лимфопровод, а именно наличие токсичной лимфы повышает уровень СМ в сыворотке крови из левой подключичной вены. Следовательно, проведение инфузионной терапии с целью дезинтоксикации растворами реополиглюкина, глюкозы 5%, гемодеза, NaCl 0.9%, маннитола, питуитрина и другими медикаментами, которые обладают лимфостимулирующим действием повышает токсичность крови и усугубляет клиническую картину имеющегося эндотоксикоза, что является небезразличным для детского организма и потребует применение экстракорпоральной детоксикации.

На этом основании нами разработан и предложен для клинического применения у детей грудного возраста метод плазмолимфосорбции (ПЛС).

ПЛС в комплексе интенсивной терапии через 2 часа после лимфостимуляции нами применен у 22 детей грудного возраста от 3 до 12 месяцев с тяжелым эндотоксикозом различной этиологии. Всего проведено 36 сеансов ПЛС, из них 14 детям два раза.

Таблица 1

Динамика СМ у детей грудного возраста с эндотоксикозом после лимфостимуляции и плазмолимфосорбции.

Показатели	Исходный уровень	Ч л
Уровень СМ в сыворотке крови из правой подключичной вены	0,423±1,1384	
Уровень СМ в сыворотке крови из левой подключичной вены	0,460±0,037	
Р	>0,05	

Изучение эффективности ПЛС проводили по показателю степени эндотоксикоза СМ и клиническим данным. При этом обнаружено, что после лимфостимуляции и проведенной через 2 часа ПЛС, по предложенному нами методу, снижение токсичности крови (СМ) составило 30-35%, табл.1.

На ряду с этим улучшилось и общее состояние больных детей; уменьшилось вздутие живота, тахипноэ, тахикардия, снизилась гипертермия. После ПЛС на вторые сутки дети стали более активными, отмечено увеличение диуреза. Побочных эффектов и осложнений связанных с применением ПЛС нами не отмечено.

Выводы.

Применение лимфостимуляции детям грудного возраста при эндотоксикозах приводит и повышению токсичности крови и усилению имевшегося эндотоксикоза, что потребует проведении экстракорпоральной детоксикации.

Применение ПЛС является эффективным мето-

дом детоксикации в комплексе интенсивной терапии эндотоксикозов детей грудного возраста. С другой стороны при ПЛС побочных эффектов; тромбирование шприц-колонок и повреждения форменных элементов крови не отмечается, что является преимуществом перед гемосорбцией.

Метод очень прост в применении, особенно в условиях ЦРБ, что очень важно для практического здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Буянов В. М., Алексеев А.А. Лимфология эндотоксикоза. М; Медицина. -1992. -с.272.
2. Габриэлян Р.Л. , Левицкий Э.Р., Шэрбанева О. И. , Тер. архив.-1983. - N 6 0.76-78.
3. Джумабаев С. У. Лимфатическая терапия в хирургии. Ташкент. изд. Ибн-Сино. -1991. - с. 238
4. Джумабаев С. У. Водные бассейны организма и роль лимфатической системы в их очищении. Лимфология. - 1993.- с.3-5
5. Панченков Р. Т. ,Ярема Я. В. ,Сильманович Н. Н. Лимфостимуляция. М;Медицина. - 1986.- с.240.

Экспериментальные исследования

Назыров Ф.Г.,

Акилов Х.А.,

Асабаев А.Ш,

Девятков А.В.,

Ибадов Р.А.

Артыков Ж.Б.

**ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ
ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ.***Научный центр хирургии им.акад.В.Вахидова МЗ РУз.*

Назыров Ф.Г., Окилов Х.А., Асабаев О.Ш., Девятков А.В., Ибадов Р.А., Ортыков Ж.Б.

ТАЖРИБАДА ЖИГАР ТРАНСПЛАНТАЦИЯСИНИ ТАЪМИНЛАШНИНГ ЁРДАМЧИ УСЛУБЛАРИ.

Жигар ортотопик трансплантацияси (ЖОТ) жараёнида 22 та хайвонда вено-веноз ёлланма шунтларидан фойдаланиш натижалари ўрганилган. Маълумки, ЖОТ даврида дарвоза ва пастки ковак веналарда қон оқимининг тўсилиши натижасида гомеостазнинг кучли бузилиши келиб чиқади. Бу ўз навбатида гемодинамиканинг бузилишига, тўқималарда метаболит ўзгаришларга, қорин бўшлиғи аъзоларининг ишемиясига олиб келади; аъзоларнинг веноз тўлақонлиги эса сезиларли даражада қон йўқотилишига сабаб бўлади. Бу негатив омилларни камайтириш мақсадига вено-веноз шунтлаш услубининг жигар ва умумий қон айланиш суръатига, қон йўқотиш ҳажмига таъсири ўрганилган. Тажрибада by-pass қўлланилганда организм гомеостазнинг ҳолати, ВВШ-нинг негатив томонлари ва асорат турлари ўрганилган.

F.G. Nazirov, H.A. Akilov, A.S. Asabaev, A.V. Devyatov, R.A. Ibadov, J.B. Artyikov.

Auxiliary methods of liver transplantation promotion by experiment.

It is studied results of using the venovenous roundabout shunting (VVS) from 22 animals by orthotopic liver transplantation (OLT). It is known, that by OLT is appear rough disturbances of homeostasis, which connected with bloodflow block by portal and Cava inferior veins. It carrying out to the significant disturbances of hemodynamics, metabolic changes in the tissues, ischemia of abdominal organs, but venous fullblood condition of organs carry to significant bleeding.

For decreasing negative influence these factors is studied influence of VVS to the particularities of systemic and portal hemodynamics, volume of bleeding, the state of homeostasis, by using by-pass, is determined negative sides of VVS, frequency and character of complications of this conditions.

Актуальность проблемы:

Позиция различных трансплантационных центров по вопросу использования порто-кава-кавального шунтирования при ортотопической трансплантации печени (ОТП) неоднозначна, поскольку явные преимущества вено-венозного обхода в беспеченочном периоде не исключают ряда неудобств и возможных осложнений. [1,3,8,]. Одним из ведущих факторов, вызывающим патофизиологические сдвиги в организме при пересадке печени является блок кровотока по воротной и нижней полой венам. Это приводит к значительным расстройствам гемодинамики [5,6], нарушению метаболических процессов в тканях и органах, ишемии органов брюшной полости, а венозное полнокровие органов приводит к несравненно значительной кровопотере в сравнительно короткий промежуток времени [2].

Для снижения негативного влияния этих факторов во время операции ОТП применяется ВВШ (by-pass) [4, 7, 9].

Материалы и методы:

В связи с этим для формирования полного представления и приобретения собственного опыта в план экспериментов также был включен блок исследований по ВВШ.

By-pass применен при операциях ОТП на 22 крупных собаках и свиньях. При этом изучены следующие аспекты:

1.- Влияние ВВШ на особенности системной и воротной гемодинамики на этапах ОТП; определение параметров функционирования by-pass.

2- Состояние гомеостаза (в частности КЩС, газового состава крови) при применении ВВШ и без такового;

3- Определение параметров сердечной деятельности как основной жизненно важной функции организма при использовании венозного by-pass;

4- Влияние ВВШ на объем кровопотери на трав-

матичных этапах операции ОТП (мобилизация печени, гепатэктомия и др.);

5- Определение соотношения необходимости ВВШ при ОТП и негативных сторон обходного шунтирования: - временные затраты, травматизация сосудов нижней конечности и шеи, создание дополнительных технических проблем и т.д.

6- Изучение частоты и характера осложнений, непосредственно связанных с функционированием ВВШ. - неадекватность и сбои в непрерывной работе by-pass, эмболические осложнения, тромбирование частей контура ВВО.

ВВШ (by-pass) осуществляется, как было указано выше, за счет шунтирования через бедренные и воротную вены в яремную вену посредством роликового насоса с объемной скоростью 100-500 мл/мин в зависимости от веса животного, а также от показателей флеломанометрии, производимой обязательно после начала ВВО в бассейнах воротной, задней и передней полых вен.

Наша методика наложения ВВШ заключалась в следующем: подготовка венозных сосудов (v.femoralis sinistra и v.jugularis sinistra) начиналась еще до лапаротомии, вены брались на турникеты, периферические приводящие концы дотировались. После лапаротомии за 30-35 мин до беспеченочного периода перед мобилизацией печени выделялась v.lienalis или v.portae и отмечался уровень пересечения вены.

Перед началом ВВШ бедренная вена катетеризировалась, катетер фиксировался как к стенке вены, так и сквозным швом через кожу для надежной фиксации. Затем катетер (d=1,5-2,5 мм) соединяли с отводящей магистралью через Y-коннектор (d=3-5 mm)

Параллельно также катетер (d=2,5-3,5 mm) в левую яремную вену, который соединялся с отводящей магистралью через силиконовую трубку, диаметр

которой выбирался на 30-40% больше чем отводящие магистрали от w.femoralis и portae.

После сборки систему заполняли физиологическим раствором с гепарином в разведении 1:1000. Объем заполнения системы составлял 100-150 мл перфузата. Последующим этапом было устранение воздуха из контура и подсоединение системы к роликовому насосу.

В первой серии экспериментов в отводящей магистрали еще не применялась "ловушка" для неизбежно возникающих пузырьков воздуха, что привело к воздушной эмболии у 2 животных. При последующих операциях использование этого устройства считалось нами обязательным. После соединения системы блокировали отводящую магистраль, калибровали датчики потока и давления. После завершения всех подготовительных манипуляций снимали зажимы с отводящей части контура и начинали кавакавальное ВВШ. Затем канюлировали (d=1,5-3,5mm) воротную или селезеночную вену аналогичным образом и начинался портокавальный венозный обход при одновременном межкавальном шунтировании.

Результаты и их обсуждение: Ретроспективный анализ осложнений после ОТП показал, что именно кровопотеря и депрессия сердечной деятельности вследствие снижения венозного возврата были главными причинами смерти у большинства животных. В тех случаях когда ВВШ начиналось раньше серьезных манипуляций на печени и течение его было технически безукоризненным, нам удалось значительно снизить тяжесть и частоту этих явлений.

Критерии оценки работы ВВШ были следующими:

1. нормальная окраска петель кишечника и отсутствие признаков венозного полнокровия;
2. наличие видимого движения крови по магистрали шунта, отсутствие тромбов;
3. стабильность показателей гемодинамики.

Резкие нарушения системной и воротной гемодинамики, грубые сдвиги кислотно-основного состояния и другие расстройства гомеостаза, которые наблюдались нами у 45% животных, в большей степени объяснялись неадекватным функционированием системы by-pass. Поэтому своевременное устранение ошибок и сбоев сопровождалось нормализацией этих показателей.

Одним из ответственных моментов, требовавшим особого внимания хирургической и анестезиологической бригад, являлось прекращение портокавального шунтирования, так как при этом возможны указанные расстройства. При этом временное прекращение воротного кровотока на фоне перенесенного основного объема операции (гепатэктомия, реимплантация и др.) кровопотери, электролитных нарушений может быть очень опасным и непредсказуемым.

В ряде случаев проведение ВВШ было осложнено, что естественно, сказывалось на всех показателях, начиная от гемодинамических (артериальное и центральное венозное давление, частота сердечных сокращений, кровоток по шунту, давление в задней полости и воротной венах и др.) до метаболических.

Наиболее частыми причинами сбоев являются перегибание или чрезмерная длина венозных контур-

ных линий, неправильное расположение канюлей (особенно металлических) в просвете сосуда,

неправильный выбор параметров работы, тромбирование катетеров. Последнее чаще происходит, когда применяются катетеры не из гепаринизированного материала.

В ходе проведенных исследований было сделано следующее заключение:

- веновенозное шунтирование и система быстрой инфузии позволили избежать резкого снижения сердечного выброса в результате уменьшения преднагрузки во время гепатэктомии и беспеченочного периода ОТП, что имеет большое значение при операции особенно у собак.

- возрастание венозного давления в бассейнах воротной и задней полых вен в 2 раза и выше физиологического свидетельствует об неадекватности ВВШ или технических нарушениях работы.

- адекватное функционирование системы by-pass также снижает объем кровопотери и предупреждает грубые расстройства гомеостаза

ВЫВОДЫ:

Несмотря на обширный зарубежный опыт ОТП в эксперименте, во многом предусматривавший наблюдавшиеся нами ситуации, приобретение и анализ собственного опыта являются весьма важным и требует необходимости детализации отдельных этапов операции ОТП, в том числе и обходного венозного шунтирования.

Проведение полнообъемных экспериментальных ОТП с полным моделированием пересадки печени, включая все ее этапы, является обязательным условием и неоценимым опытом в познании всех сложных аспектов сложной проблемы - ОТП.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Готье С.В., Цирульников О.М. // *Ортопическая трансплантация печени: семилетний опыт, перспективы* / *Анналы РАМН*, -1998,-выпуск 7- С.47-52.
2. Локишин Л.С., Лантний А.В.// *Веновенозное шунтирование при ортопическом трансплантации печени* / *Патология кровообращения и кардиохирургия*, - 1999г- №1-С.49-53.
3. Chari R.S., Gan T.J. et.al. // *Venovenous Bypass in Adult Orthotopic Liver Transplantation: Routine or Selective?* / *J.Amer.Coll. Surgery* -1998-V.186- № 6,- P.683-690.
4. Mayoral V.,Sabate A., Benito C. et al.// *Percutaneous Femoro - Porto -Jugular Venovenous Shunts in Orthotopic Liver Transplantation* / *J.Rev.Anesthesiol.Reanimatolog.* -1996 -Y.43-№8.- P.294-296
5. Morris C., M.F. Levy, D.C. Mulligan et al. *Cardiovascular events following liver transplantation*//14th Annual Meeting, Chicago, 1995, p.148.
6. Ozaki C.F., Bynow J.W.// *A percutaneous Method for Venovenous Bypass in Liver Transplantation/Transplantation.* - 1994-V. 57- №4- P.472
7. Ringe B., A. Bomscheuer, G. Blumhardt et al// *Experience with veno- venous bypass in human liver transplantation* / *Transpl. Proc.*, 1987, v. 19, n.1,p.2416.
8. Rossi G., Langer M., Maggi U. et al.// *Venovenous Bypass Versus noBypass in Orthotopic Liver Transplantation: Hemodynamic, Metabolic, and Renal Data/Transplant.Proceedings* - 1998.-Y.30.- № 5- P.1871- 1873
9. Smith M.F., Klinck J.R.,Hayman G.A.//*Percutaneous Cannulation for Veno-venous Bypass in liver Transplantation* / *Abstr.Liver Group Intensive Care .Rome* ,1992 .P.41

Обзоры

Ф.Н. Нишанов,
Ш.А. Таджибаев,
Б.Ж. Рахманов.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДИК ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТОЛИТИАЗА

(Обзор литературы)

Анддижанский Государственный медицинский институт.

Прогрессивное развитие промышленного производства, передовых медицинских технологий позволило по-новому взглянуть на проблемы диагностики и лечения заболеваний человеческого организма в целом и определило создание новых методов лечения, основанных, прежде всего на принципе “малоинвазивности”, т. е. минимальной травматизации органов и тканей в результате лечения. Наибольшее распространение малоинвазивные методики лечения получили у больных с хроническим холецистолитиазом [1, 3, 8, 27].

Хронический калькулезный холецистит занимает видное место в структуре хирургических заболеваний органов брюшной полости. В связи с широкой распространенностью, проблема его лечения является одной из самых актуальных в хирургической практике [2, 5, 13, 15].

Частота холецистолитиаза у населения развитых стран высока и составляет, по данным различных авторов, от 10 до 25%, повышаясь с возрастом до 30-40% [5, 16, 32]. Так, в Англии этим заболеванием страдает 10% людей старше 40 лет, в США ежегодно диагностируют 800 000 новых случаев холелитиаза, а 515000 пациентов подвергаются оперативному вмешательству [29]. Частота обнаружения желчных камней при аутопсии в Скандинавских странах составляет 11,3%, в США - 10,8%, ФРГ - 9,4%, в Японии - до 9% [6]. Самая низкая заболеваемость отмечается в Ирландии - 5%, самая высокая - в Швеции - 38% [12].

Известно, что желчнокаменная болезнь чаще всего наблюдается у людей трудоспособного возраста - от 30 до 60 лет [16, 21], вместе с тем, в последние десятилетия многие авторы отмечают расширение возрастного диапазона в сторону “омоложения” желчнокаменной болезни [5, 21]. Кроме этого, необходимо отметить, что происходит увеличение числа больных осложненными формами желчнокаменной болезни: острым холециститом, водянкой и эмпиемой желчного пузыря, холедохолитиазом с явлениями механической желтухи и другими [13, 27]. Немаловажным является и тот факт, что подавляющее большинство хирургических вмешательств производится при возникновении осложнений, а половина всех операций выполняется экстренно или срочно, что приводит к большому числу интра- и послеоперационных осложнений [3, 13, 16]. Все эти факторы заставляют рассматривать проблему лечения хронического калькулезного холецистита не только в хирургическом, но и в социальном аспекте.

На протяжении более чем 100 лет “золотым стандартом” в лечении хронического калькулезного холецистита была холецистэктомия посредством широкой лапаротомии. При этом главным и несомненным достоинством открытой холецистэктомии считалась

её радикальность, которая гарантировала от возникновения рецидива болезни [13, 16, 21]. К другим, не менее важным достоинствам, следует отнести техническую простоту операции, возможность выполнения вмешательства без специальной дорогостоящей аппаратуры и инструментов. Тем не менее, традиционная холецистэктомия является для больного достаточно тяжелым хирургическим вмешательством, сопровождается травматичным операционным доступом, выраженным болевым синдромом после операции в течение продолжительного периода времени, длительным периодом полной реабилитации [26, 27, 31, 38].

К важным критериям оценки открытой холецистэктомии относятся время пребывания в стационаре и срок восстановления полной трудоспособности. По данным большинства современных авторов [4, 27, 35], средняя продолжительность пребывания в стационаре больных неосложненным хроническим калькулезным холециститом, оперированных в плановом порядке, составляет от 5-7 дней до 12-18 дней. Временная утрата трудоспособности у этой категории больных составляет 30-45 дней, стойкая потеря трудоспособности встречается в 0,6-2,0% случаев.

Оценивая непосредственные и особенно отдалённые результаты холецистэктомии, большинство хирургов считают, что правильно выполненная и произведенная по строгим показаниям операция приводит к полному выздоровлению и не должна сопровождаться какими-либо патологическими остаточными явлениями [2, 8, 13, 29].

Вместе с тем, по данным литературы, после холецистэктомии, выполненной традиционным доступом, частота отличных отдалённых результатов составляет около 4%, хороших - 60-90 %, удовлетворительных - 12-26%, неудовлетворительных - 2-11,4% [13, 14, 23, 37].

Отмеченные обстоятельства, а именно неудовлетворенность результатами традиционной холецистэктомии наряду с развитием медицинских технологий, создали платформу для бурного развития малоинвазивных технологий в хирургии желчных путей.

Первую лапароскопическую холецистэктомию в клинике выполнил Ph.Mouret в 1987 году в Лионе [33]. В течение нескольких лет эта операция завоевала широкую популярность во всех странах мира и стала операцией выбора при желчнокаменной болезни. Уже в 1997 году на международном конгрессе по эндоскопической хирургии, прошедшем в Москве, было представлено более 200 работ по проблемам малоинвазивной хирургии из 54 городов России, стран СНГ и зарубежья. Определены показания и противопоказания к проведению операции, уточнены особенности ведения больных, возможности профилактики и диагнос-

тики осложнений [20, 22, 23, 25].

Многочисленные публикации, как в отечественной, так и в зарубежной литературе свидетельствуют о том, что малоинвазивные вмешательства больные переносят легче, быстрее восстанавливают свою работоспособность и приступают к прежнему, дооперационному образу жизни намного раньше, чем после вмешательств, выполненных традиционно [1, 8, 9, 10, 15, 17, 24, 28].

Публикуемые материалы о новых методах оперирования, как правило, освещают технику их выполнения и демонстрируют анализ лишь непосредственных результатов, в основном, лапароскопических вмешательств. Недостаточное внимание уделяется холецистэктомии из минилапаротомного доступа, анализу отдалённых результатов малоинвазивных операций, их сравнительной оценке, реабилитации больных. Так отдалённым результатам лапароскопической холецистэктомии посвящены лишь отдельные работы [11, 18, 20, 23, 30].

Термин “отдалённый результат” включает в себя комплексную оценку состояния больных, перенесших различные вмешательства, проводимую через некоторое время после выполнения операции. Большинство авторов проводят исследования спустя год - пять лет после вмешательства. При этом в литературе нет единого мнения о критериях оценки отдалённых результатов. Так, Д. Ралл (1958) делит отдалённые результаты лапаротомной холецистэктомии на три группы - “хорошие”, “удовлетворительные” и “плохие”. Больные с хорошими результатами практически не предъявляют никаких жалоб. К удовлетворительным результатам автор относит случаи, когда у больных остаются легкие приступы болей в правом подреберье, иногда тошнота и рвота, причинами, которых он считает вовлечение в патологический процесс паренхимы печени и поджелудочной железы. К плохим результатам отнесены случаи, когда после операции боли не прекращаются и характер их не изменяется. Подобного деления отдалённых результатов придерживается большинство хирургов, вплоть до настоящего времени [7, 23, 32].

В некоторых современных публикациях, касающихся в основном эндоскопических вмешательств, появилось деление отдалённых результатов на “отличные”, “хорошие” и “удовлетворительные” [20]. При этом характеристика результатов практически не отличается от выше приведенной. Другие авторы вообще не придерживаются балльной оценки результатов лечения больных, а все данные приводят в сравнении с данными других методов лечения [11, 18].

Первые сообщения об отдалённых результатах после лапароскопической холецистэктомии были опубликованы Е. Muhe в 1991 г. [18]. Автором анализированы 94 лапароскопических и 136 обычных вмешательств через один год после их выполнения. Учитывались “ранние” и “поздние” осложнения, сроки амбулаторного лечения. Результаты даны в сравнении и их балльная оценка не применялась. В целом, основываясь на опыте 15000 лапароскопических холецистэктомий, автор ратует за проведение операций в плановом порядке, до развития осложнений в течение заболевания. Е. Muhe приходит к заключению, что отдалённые результаты лапароскопической холецистэктомии почти

такие же как и после традиционной холецистэктомии, однако косметический эффект в отдалённом периоде после лапароскопической операции лучше.

В 1992 году появилась работа М.Е. Khalite, который анализировал 450 лапароскопических холецистэктомий. Автор отметил, что в отдалённом периоде в 1,1% случаев наблюдались послеоперационные грыжи в параумбиликальной точке введения троакара, что требовало пластики грыжевых ворот [36].

R. Wilson, I. Macintyre [40] провели сравнительную оценку отдалённых результатов после лапароскопической холецистэктомии (115 больных) и холецистэктомии традиционным способом (200 больных) через 1 год методом анкетирования. Хорошие результаты были получены у 100 (87,0%) больных первой группы и 167 (83,5%) больных второй, в остальных случаях имел место удовлетворительный результат. Неудовлетворительных результатов не было. Авторы приходят к заключению, что большой разницы в отдалённых результатах после лапароскопической и традиционной холецистэктомии нет. Некоторое преимущество в косметическом эффекте и в отсутствии расстройств кожной чувствительности в правом подреберье у лиц, перенесших холецистэктомию лапароскопическим доступом.

Отдалённые результаты после лапароскопической холецистэктомии изучены В.И. Гирля и Н.В. Бойко [11]. Авторы приводят небольшое число наблюдений (менее 50) в сроки от 10 до 15 месяцев после операции. В большинстве случаев отмечено полное выздоровление пациентов. У двух человек в послеоперационном периоде отмечена механическая желтуха.

К.В. Пучков с соавторами [20] через 2 года после операции отметили 20% отличных, 73% хороших и 7% удовлетворительных результатов. Авторами проведён сравнительный анализ отдалённых результатов в сроки 2 месяца, 1 и 2 года после лапароскопической и традиционной холецистэктомии. Изучены сроки временной нетрудоспособности больных.

В.П. Стрекаловский, В.А. Кубышкин [23] хорошие результаты получили у 65%, удовлетворительные - у 30% и плохие - у 5% больных через 1-3 года после операции. Среди причин удовлетворительных результатов авторы выявили рефлюкс-гастрит, хронический панкреатит, дискинезии сфинктерного аппарата желчных протоков и 12-перстной кишки. Среди отмеченных неудовлетворительных результатов не было ни одного, связанного с не диагностированным, не скорректированным поражением желчных путей или с другими осложнениями желчнокаменной болезни и самой лапароскопической холецистэктомией.

Наряду с очевидными преимуществами лапароскопической холецистэктомии имеет ряд недостатков. Например, с увеличением числа лапароскопических холецистэктомий увеличивается число больных с постхолецистэктомическим синдромом (ятрогенное повреждение желчных протоков, резидуальные камни и т.д.). Кроме этого, дороговизна оборудования, лишние затраты средств и времени на подготовку специалистов, трудность применения метода при деструктивных и осложнённых формах желчнокаменной болезни, сложность выявления и устранения возможных интраоперационных осложнений ограничивают возможности лапароскопической операции. [3, 19, 28, 34, 39].

В связи с чем, в последнее время появились сообщения о минилапаротомных операциях на желчном пузыре и желчных протоках устраняющих вышеуказанные недостатки лапароскопических операций [5, 19, 27, 31, 38].

В 1985 году из минилапаротомного доступа длиной 3 см М.И. Прудковым была выполнена первая холецистэктомия. В начале 90-х годов началась разработка, а затем производство инструментов, составляющих современную основу метода. Комплект инструментов для выполнения холецистэктомии из минилапаротомного доступа был разработан М.И. Прудковым и соавт. в 1992 г. В настоящее время этот набор производит медицинская компания "SAN", г. Екатеринбург [19, 26].

Применяемые инструменты позволяют значительно расширить операционное поле. Объём и степень травматизации тканей при данном способе оперирования сравнительно невелики. "Открытая лапароскопия" не требует герметизации брюшной полости и напряжённого пневмоперитонеума и сохраняет условия для прямого осмотра зоны операции [3, 19, 27].

Минилапаротомия, будучи значительно дешевле, представляет возможность в случае необходимости срочно перейти на традиционный метод и обеспечивает хирургам трехмерный (объёмный) обзор, а также делает возможным вмешательство на холедохе при обнаружении в нем патологии. Кроме этого, при минилапаротомии можно произвести большой арсенал интраоперационных методов диагностики. Минилапаротомия, уменьшая травматичность вмешательства, снижает число послеоперационных осложнений и позволяет получить хороший косметический эффект [3, 5, 19, 31, 38].

Вместе с тем, сообщений об отдалённых результатах холецистэктомии из минилапаротомного доступа мы не встретили. По-видимому, это связано с небольшим периодом, прошедшим после первых операций на желчном пузыре из минилапаротомного доступа.

Таким образом, изложенные выше данные показывают, что на качественную характеристику отдалённых результатов оказывают влияние множество факторов (общее состояние больного на момент операции, длительность заболевания, полнота проведённых обследований и т. д.). Их отрицательное влияние можно в значительной степени нивелировать, правильно определяя показания к операции, обследуя больного с использованием всех необходимых дооперационных и интраоперационных методов исследований, применяя современные малоинвазивные методики оперирования.

Данные литературных источников свидетельствуют о неоднозначной оценке роли различных способов хирургического лечения желчнокаменной болезни и ее осложнений. В период бурного развития эндоскопической хирургии у нас в стране и зарубежом, вопрос об отдалённых результатах лапароскопической холецистэктомии в сравнении с результатами традиционной и минилапаротомной холецистэктомии весьма актуален и практически важен.

Список литературы:

1. Апсаров Э.А., Муканов М.У., Мухамедгаиева Б.М., Эльхинли М.Э. Лапароскопическая холецистэктомия у лиц старческого возраста// В кн.: "Актуальные вопросы современной хирургии" "Хирургия 2000". -Москва, 2000. -С. 36-37.
2. Арипов У.А., Алиджанов Ф.Б., Арипова Н., Назиров Ф.Н.

Внедрение современной технологии - залог прогресса в гепатопанкреатобилиарной хирургии// Медицинский журнал Узбекистана. -1999. -№ 2. -С. 45-47.

3. Арипов У.А., Назиров Ф.Н., Алиджанов Ф.Б., Ибадуллаев М.И. Сравнительная оценка видеолaparоскопической и минилапаротомной холецистэктомии// Хирургия Узбекистана. -1999. -№ 3. -С. 68-69.

4. Багмалян Ш.В., Падерин А.А. Операции из минидоступа у больных острым калькулезным холециститом// В кн.: "Методы малоинвазивной хирургии в лечении заболеваний органов грудной и брюшной полости". -Москва, 1995. -С. 4-5.

5. Быков А.В. Современные подходы к диагностике и хирургическому лечению желчнокаменной болезни// Автореф. дисс. д-ра мед. наук. -Нижний Новгород, 1992. -34с.

6. Васильев Р.Х. Бескровные методы удаления желчных камней// М.: "Высшая школа", 1989. -264с.

7. Виноградов В.В., Нифантьев О.Е., Вишневский В.А. Послеоперационные заболевания желчных путей// Красноярск, 1989. -174с.

8. Винокуров М.М., Бушков П.Н., Петров В.С., Павлов И.А. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите// В кн.: "Актуальные вопросы неотложной эндоскопической хирургии". -Санкт-Петербург, 2000. -С. 52-55.

9. Галлингер Ю.И., Карпенкова В.И., Осложнения лапароскопической холецистэктомии// Эндоскопическая хирургия. -1996. -№1. -С. 3-6.

10. Галлингер Ю.И., Карпенкова В.И. Эндоскопическая хирургия калькулезного холецистита у больных с ожирением 3-4 степени// В кн.: "Хирургия органов гепатопанкреатобилиарной зоны". -Москва, 2000. -С. 137-138.

11. Гирия В. И., Бойко Н. В. Лапароскопическая холецистэктомия в свете отдалённых результатов// Хирургия. -1995. -№ 5. -С. 31-32.

12. Дедерер Ю.М., Крылова Н.П., Устинов Г.Г. Желчнокаменная болезнь// М.: Медицина, 1983.

13. Ибишов Ш.Ф.О. Комплексная диагностика и методы хирургического лечения острого калькулезного холецистита и его осложнённых форм (экспериментально-клиническое исследование)// Дисс. д-ра мед. наук. -Харьков, 1992. -377с.

14. Королев Б.А., Пиковский Д.Л. Экстренная хирургия желчных путей// -М., 1990. -178с.

15. Кротов Н.Ф., Ганиев Ш.А., Косимов Д.А., Арустамова М.Н. Сравнительная оценка традиционной и лапароскопической холецистэктомии при остром обтурационном калькулезном холецистите// Хирургия Узбекистана. -1999. -№3. -С. 83-86.

16. Кузин Н.М., Кузнецов Н.А. К проблеме хирургии калькулезного холецистита// Хирургия. -1995. -№ 1. -С. 18-22.

17. Луцевич Э.В., Белов И.Н. Эндоскопическая хирургия; истоки и настоящее// Хирургия. -1996. -№1. -С. 39-41.

18. Мюге Е. Лапароскопическая холецистэктомия. Отдалённые результаты// Клиническая хирургия. -1991. -№ 11. -С. 10-13.

19. Прудков М.И. Минилапаротомия и "открытая" лапароскопия в лечении больных желчнокаменной болезнью// Автореф. дисс. д-ра мед. наук. -Москва, 1993. -54с.

20. Пучков К.В., Гаусман Б.Я. Возможность лапароскопической коррекции пузырно-дуоденальной фистулы// В кн.: "Тезисы докладов II-го международного конгресса по эндоскопической хирургии". -Москва, 1997. -С. 91-93.

21. Рудин Э.П., Юрченко С.В., Казанцев С.В. Хирургическое лечение больных желчнокаменной болезнью// Хирургия. -1990. -№ 10. -С. 23-25.

22. Сейсенбаев М.А., Адылханов С.А., Наржанов Б.А. и др. Анализ осложнений после лапароскопической холецистэктомии// В кн.: "Тезисы докладов II-го международного конгресса по эндоскопической хирургии". -Москва, 1997. -С. 107-108.

23. Стрекаловский В.П., Кубышкин В.А., Старков Ю.Г. и др. Отдалённые результаты лапароскопической холецистэктомии// В кн.: "Тезисы докладов II-го международного конгресса по эндоскопической хирургии". -Москва, 1997. -С. 108-110.

24. Худайбергенов А.М., Атаджанов Ш.К., Саидизимов Э.М., Каримов М.Э. Лапароскопическая холецистэктомия: анализ осложнений и пути их профилактики// Хирургия Узбекистана.

на. -1999. -№3. -С. 101-102.

25. Шилов А.Б., Петренко Т.Ф., Троханов М.Ю., Михонов А.И. Малоинвазивная хирургия в лечении желчнокаменной болезни// В кн.: "Тезисы докладов II-го международного конгресса по эндоскопической хирургии". -Москва, 1997. -С. 122-123.
26. Шулуто А.М., Насиров Ф.Н., Данилов А.И. Хирургия малых доступов в лечении калькулезного холецистита// В кн.: "Тезисы докладов I-го международного конгресса по эндоскопической хирургии". -Москва, 1996. -С. 133-135.
27. Шулуто А.М., Прудков М.И., Бебуришвили А.Г. Минилапаротомия с элементами открытой лапароскопии в хирургическом лечении желчнокаменной болезни// Анналы хирургической гепатологии. -1996. -Т. I. -С. 132-135.
28. 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.
29. Azzario G. Role of preoperative cholangiography in laparoscopic cholecystectomy// Minerva Chir. -1996. -Vol. 51. -№ 10. -P. 785-790.
30. Fligeistone L., Wanendeya N., Palmer B. Value of routine intraoperative cholangiography in detecting aberrant bile ducts and bile duct injury during laparoscopic cholecystectomy// Br. J. Surg. -1996. -Vol. 83. -№ 7. -P. 1014.
31. Gaetini A., Camandona M., De-Simone M. et al. Cholecystectomy by minilaparotomy// Minerva. Chir. -1997. -Vol. 52. -№ 1-2. -P. 13-16.
32. Gilliland T., Traverso W. Modern standards for comparison of

- cholecystectomy with alternative Treatmens for symptomatic cholelithiasis with emphasis on long-tern relief of symptoms// Surg. Gynecol. Obstet. -1990. -Vol. 21. -№. 170. -P. 329-344.
33. Hansen O.H., Hakansson T.U., Jensen L.P. Komplikationer til laparoskopisk kolecystektomi// Ugeskr.Laeger. -1991. -V.153, №46. -P. 3235-3236.
34. Hawasli A. Cholangiography for evaluation of the proximal biliary ducts in laparoscopic cholecystectomy// J. Laparoendosc. Surg. -1996. -Vol. 6. -№ 4. -P. 245 -248.
35. Kern K.A. Malpractice litigation involving laparoscopic cholecystectomy. Cost, cause, and consequences// Arch. Surg. -1997. -Vol. 132. -№ 4. -P. 392 - 397.
36. Khalite M.E. Laparoscopia cholecystectomy. Apropoj of 450 eases// Chirurgie. -1992. -V. 118(9). -P. 533-537.
37. Ladocsi L.T., Benitez L.D., Filippone D.R., Nance F.C. Intraoperative cholangiography in laparoscopic cholecystectomy: a review of 734 consecutive cases// Am. Surg. -1997. -Vol. 63. -№ 2. -P. 150-156.
38. Rozsos I. Micro- and modem minilaparotomy in biliary tract surgery. (Remembering Janos Balassa)// Orv. Hetil. -1996. -Vol. 137. -№ 41. -P. 2243-2248.
39. Santambrogio R., Montorsi M., Bianchi P. et al. Common bile duct exploration and laparoscopic cholecystectomy: Role of intraoperative ultrasonography// Journal of the American College of Surgeons. -1997. -Vol. 185. -№ 1. -P. 40-48.
40. Wilson R.G., Macintyre J.M. Symptomatic outcome after Laparoscopia cholecystectomy// Br. J. Surg. -1993. -V. 80(4). -P. 439-441.

Р.А.Садыков,

Л.В.Достмухамедова.

ЛАЗЕРЫ В ЛЕЧЕНИИ ГЕАНГИОМ

(Обзор литературы)

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

Гемангиома - весьма распространенное и давно известное сосудистое заболевание с присущей ему симптоматикой, клиникой, патогенезом и течением. Среди онкологических заболеваний детского возраста она составляет до 80% [11]. В связи с большой распространенностью гемангиом исследования в этой области являются актуальной проблемой как в теоретическом, так и в практическом отношении.

Расположенные поверхностно под кожей или слизистой оболочкой, гемангиомы легко диагностируются, а небольшие их размеры позволяют лечить таких больных бескровными методами в условиях поликлиники. Однако обширные кавернозные, глубоко расположенные и занимающие большое пространство, иногда прорастающие в жизненно важные органы, представляют тяжелое заболевание, трудно поддающееся лечению. С доброкачественными опухолями гемангиомы сближает их относительно спокойное развитие, отсутствие метастазов или кахексии, со злокачественными - склонность к рецидивам, особенно после не радикальных операций, тяжесть послеоперационного периода, поражение тканей вокруг нервных стволов, сопровождающееся болями.

К настоящему времени известно большое количество работ отечественных и зарубежных авторов, посвященных этиологии, патогенезу, классификации, диагностике и лечению гемангиом [17,13,12,19,35,33]. Трудность исчерпывающей классификации объясняется многообразием форм, локализаций и обширностью поражений, которыми обладает сосудистая опухоль. Наиболее часто встречаются поверхностные гемангиомы - 99,01% [18]. Подавляющее большинство больных с гемангиомами составляют дети раннего возраста. Общепринятым является мнение о роли трав-

мы в возникновении гемангиом у плода в период внутриутробной жизни или в период родов.

Диагноз поверхностно расположенных гемангиом не представляет затруднений. Гемангиомы кожных покровов лица, волосистой части головы и конечностей и слизистых оболочек легко можно выявить в раннем детском возрасте. Однако значительный процент операций с ампутациями, выполняемых хирургами по жизненно важным показаниям, свидетельствует о еще не преодоленных трудностях в выявлении ранних форм гемангиом.

В диагностике гемангиом широко используют современные методы исследования: измерение кожной температуры, капилляроскопия и капиллярография, осциллография, реовазография, измерение давления крови в гемангиоме и др. Ценным методом диагностики гемангиом является рентгенография при поражении костных и мягких тканей, ангиография (гемангиография, артериография, венография)

В литературе описаны случаи спонтанного регресса (самопроизвольного излечения) гемангиом (до 5,7% всех леченных детей). Достоверные сообщения о такой возможности относятся главным образом к простым гемангиомам, локализованным на закрытых участках тела, размером не более 10 см², возрасте старше 1 года [21,22,30]. Остальные разновидности требуют своевременного и правильного лечения.

Радикальное хирургическое лечение занимает ведущее место в лечении сосудистых новообразований [22,7]. Однако хирургическое вмешательство в ряде случаев сопряжено с техническими трудностями в связи с распространенностью опухоли и сложностью остановки диффузного кровотечения из мягких тканей, требующих экстраординарных мер (перевязка ма-

гистральных артерий, тампонада ложа удаленной опухоли, использование жгутов и др.). Из арсенала известных консервативных методов лечения сохраняют свое значение криотерапия [10,26], гормонотерапия [8,13,25], лучевая терапия [10], склерозирующая терапия [6], электрокоагуляция с использованием СВЧ электромагнитных полей [5,34,37]. Основной целью лечения является достижение хороших отдаленных косметических и функциональных результатов.

Применяющееся комбинированное лечение гемангиом, заключающееся в использовании первоначально одной из методик, а затем при отсутствии эффекта, дополнении его другой, является довольно продолжительным и часто не дает положительных результатов, приводя к повреждению здоровых тканей (некроз, рубцы). С целью сокращения сроков лечения и улучшения его результатов предложено при лечении гемангиом осуществлять, используя при каждом сеансе 2-3 метода, выбранного из группы: криотерапевтический, склерозирующий, электрокоагуляционный, оперативный, лучевой. Каждый метод воздействует целенаправленно на определенные участки гемангиом соответственно диапазону оптимального терапевтического воздействия [3]. Метод позволяет сократить сроки лечения, исключить некротических осложнений и образование рубцовых деформаций.

За последние три десятилетия наиболее перспективным методом в хирургической лечебной практике признано лазерное воздействие. Широкое использование лазеров в медицинских целях, в том числе в онкологии и дерматологии обусловили такие свойства лазерного излучения, как монохроматичность, энергетическая плотность, пространственная и временная когерентность, строгая направленность, позволяющие селективно воздействовать на патологический очаг [4,14,2].

Биологическое действие лазерного излучения зависит от длины волны, мощности излучения, общей энергии воздействия, оптических свойств облучаемой ткани.

Высокоэнергетическое воздействие мощностью до десятков и сотен Вт (CO_2 , аргонные, на парах меди, неодимовые - АИГ-лазеры) поглощаясь и рассеиваясь в тканях, оказывают тепловое воздействие на биоструктуры. При температуре 100°C происходит коагуляция белков, при 80°C - денатурация коллагеновых волокон, сморщивание ткани, при 100°C и выше - быстрое закипание внутриклеточной жидкости и выпаривание ткани. Глубина проникновения в ткани зависит от длины волны. Так, ИК-излучение углекислотного лазера (10.6 мкм) проникают в ткани на глубину $500\text{--}1000\text{ мк}$. Сфокусированное CO_2 -лазерное излучение, приводящее к закипанию внутриклеточной жидкости и испарению ткани, позволяет в условиях стерильности рассекать оперируемые ткани. Асептичность, минимальная травматичность окружающих тканей обеспечивает лазерному скальпелю значительные преимущества. Излучение аргонного лазера ($480\text{--}520\text{ нм}$), проникающее на глубину 1 мм , интенсивно поглощается гемоглобином и оказывает хороший коагулирующий эффект на поверхностно расположенные сосуды. Излучение неодимовых-АИГ-лазеров ($1,06\text{ мкм}$) проникает на глубину $3\text{--}5\text{ мм}$, служит в

качестве фотокоагулирующего светового скальпеля, вызывает фотодеструкцию и выпаривание патологической ткани с образованием стерильной раневой поверхности. В импульсном режиме может быть использовано для разрушения и удаления доброкачественных новообразований, опухолей, полипов; оно также оказывает выраженный гемостатический эффект, вызывая тромбоз сосудов.

Низкоинтенсивное He-Ne, He-Cd, полупроводниковое лазерное (от $400\text{--}890\text{ нм}$) излучение, мощностью в несколько десятков мВт оказывает биостимулирующее действие, причем эффективность стимуляции зависит от параметров излучения и функционального состояния биологического объекта. Низкоинтенсивное лазерное излучение индуцирует структурную перестройку биополимеров, мембран клетки, приводит к увеличению содержания АТФ, активизации ферментов, внутриклеточного метаболизма, ускоряет биосинтетические процессы, стимулирует деление клеток, изменяет процессы репарации. Результаты исследований действия излучения He-Ne лазеров показали, что оно усиливает энергообразующие процессы в патологически измененных тканях, улучшает кровоснабжение, активизирует регенерацию, повышает иммунный статус организма, нормализует гуморально-гормональную регуляцию, оказывает анальгезирующее, сосудорасширяющее и противовоспалительное действие.

Методом первого выбора в онкологии и дерматологии является CO_2 -лазер с непрерывной волной. Этот тип лазера рассматривается как разносторонний хирургический инструмент, позволяющий осуществить режущее, испарительное и облучающее воздействие в отношении поверхностных очагов поражения. Преимуществом CO_2 -лазера перед хирургическим способом лечения доброкачественных поражений кожи и сосудов, в том числе гемангиом, является щадящее точное удаление очага, отсутствие кровотока в период воздействия, уменьшение болевых ощущений в послеоперационном периоде. Заживление проходит без осложнений и не требует наложения повязок. Способ обеспечивает получение хороших косметических результатов при локализации гемангиом на лице и конечностях [15,16,19,23,27, 36,31].

Аргонный лазер используют для лечения различных сосудистых и несосудистых поражений кожи: поверхностных гемангиом и других диспластических эктазий. Зелено-голубой свет лазера поглощается оксигемоглобином и затем трансформируется в тепло, вызывающее термическую коагуляцию сосудов в верхних слоях дермы. После действия аргонного лазера происходит облитерация сосудов, полное разрушение опухолевой их структуры на глубине 1 мм в дерме при относительном щажении окружающих тканей, причем без применения анестезии [14,31,38,24]. По данным отдельных авторов [29], все лазеры, кроме Ar, вызывают термические повреждения кожи. Высказано однако мнение [32], что аргонный лазер недостаточно специфичен, и поэтому при его применении не удастся предупредить риск рубцевания. Однако при наличии лечебного опыта и обеспечения надлежащих мер безопасности с ним удастся добиться излечения большинства кожных и сосудистых заболеваний.

Для коагуляции плоских и кавернозных ангиом применяют АИГ-неодимовые лазеры, которые безопасны в силу глубокого и малоспецифичного воздействия их на ткани. В последние годы предлагаются лазеры с возможностью изменения длины волны и длительности импульсов, которые в лучшей степени отвечают целям селективного фототермолиза и фотокоагуляции. Данные лазерные комплексы позволяют сделать выбор режимов в индивидуальной терапевтической ситуации.

Приведенный краткий обзор свидетельствует о преимуществе лазерной техники при лечении гемангиом перед менее эффективными хирургическими и консервативными методами. Однако не проводились сравнительные исследования эффективности воздействия различных видов излучения в зависимости от локализации пораженного участка кожи и сосудов, свойств облучаемой ткани, характера, времени развития опухоли, возраста больного. Не проводились работы по оценке ближайших и отдаленных последствий хирургического и лазерного лечения гемангиом у детей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абдуразаков М.Ш. Экспериментально-клиническое обоснование применения в онкологии лазеров непрерывного действия на основе углекислого газа. Автореф. дисс....докт.мед.наук. Л., 1981.-26 с.
2. Байбеков И.М. Морфологические основы использования лазера в дерматологии // III съезд дерматовенерологов Узбекистана. Сб*науч.тр. Ташкент, 1997.- С. 105-107.
3. Быкова М.Ф. Способ лечения гемангиом //Изобретения и рационализаторские предложения в медицине. М., 1985.- С. 49-50.
4. Калиш Ю.И., Макаров К.И., Садыков Р.А., Хамраев А.Ж. Применение лазеров в амбулаторной хирургии. Ташкент, 1997.- 96 с.
5. Константинов К.В. Применение транскатетерной внутрисосудистой коагуляции с помощью сверхвысокочастотного электромагнитного поля в детской хирургии. Дисс.... канд.мед.наук.- РГМУ, М., 1992.- 91 с.
6. Криштопенко Л.С., Шанько Г.Г., Беляев Л.М. Отдаленные результаты применения водно-новокаиновой смеси для лечения гемангиом у детей раннего возраста // Здравоохр. Белоруссии.- 1985._ N 1.- С., 59-61.
7. Мирзоева Г.М. Прогрессирующие сосудистые поражения позвоночника (клиника, диагностика и нейрохирургическое лечение). Дисс.канд. мед.наук.- Киев. НИИН, 1991.- 146 с.
8. Панасюк А.А., Мирошниченко Е.В., Зайченко Л.А., Шеститко И.И. Лечение гемангиом у детей кортикостероидами // Стоматология.- Киев, 1989.- Вып. 24.- С. 102-103.
9. Подгорный В.К. Отдаленные результаты лечения гемангиом у детей лазерным излучением // Применение методов и средств лазерной техники в биологии и медицине. Тр. Всес. конф. Киев, 1981.- С. 42-43.
10. Подляцук Е.Л. Лучевая терапия изъязвленных гемангиом // Мед.радиол.- 1983.- Т. 28, N 12,- С. 26-30.
11. Прутовых Н.Н., Львов А.А., Жаркова Г.М. Лечение гемангиом у детей // Всесоюзный симпозиум детских хирургов. Материалы. М., 1987.- С. 15-17.
12. Рызванов А.А., Рызванов Л.А. Критерии активации кожных гемангиом // Актуальные вопросы диагностики и лечения :Тез.докл., Казань.- 1997.- Вып.1.- С. 75.
13. Свешников Г.Г. Результаты комплексного лечения детей с гемангиомами челюстно-лицевой области в условиях диспансерного наблюдения.Дисс.. канд.мед.наук.ММСИ, М.,1990.-187 с.
14. Скобелкин О.К., Титова Т.М., Богданов С.Е. Первый опыт применения аргонного лазера в лечении пигментных образований кожи // Хирургия.- 1987.- N 4.- С. 102-104.
15. Слепцов В.П., Дядюра А.М. Применение CO₂-лазера для лечения капиллярных гемангиом у детей // Злокачественные новообразования у детей. II конф. по детской онкологии. Душанбе, 1988.- С. 233-234.
16. Слепцов В.П., Дядюра А.М. Применение CO₂-лазера в лечении гемангиом кожи у детей // Хирургия.-1990.- N 8.-С. 77-80.
17. Солдатский Ю.Л., Онуфриева Е.К. Подскладочная гемангиома как причина стеноза гортани у детей раннего возраста // Вopr. оториноларингологии.- 1997.- N 6.- С. 19-21.
18. Соловко А.Ю., Воронцов И.М. Гемангиомы. Киев, Здоров'я, 1980.- 91 с.
19. Циems В.А. Результаты дифференцированного лечения гемангиом у детей. Автореф. дисс.. канд.мед.наук.- Рига, 1974.- 17 с.
20. Чернышук В.И., Кишланский В.И., Алымов В.А. и др. Применение криогенного метода лечения при кавернозной гемангиоме наружного уха // Журн. ушных, носовых и горловых болезней.- 1983.- N 2.- С. 80-81.
21. Шафранов В., Буторин А. Спонтанный регресс гемангиом у детей // Врач.- 1997.- N 4.- С. 16-18.
22. Шафранов В.В., Тен В.В., Куров Н.П. и др. Комбинированное лечение кавернозных гемангиом у детей //Хирургия.- 1987.- N 8.- С. 8-11.
23. Adler M., Garbe C. Erlahrungen mit den CO₂-Laser in der Dermatochirurgie // Aktuel.Dermatol.- 1989.- Bd. 15, N 1-27-S. 9-16.
24. Furnsinn G., Kokoschka E.M. Laser therapie des Lippenanangioms Eine kosmetisch orientierte Alternative // Arztl.Kosmetol.- 1987.- Bd. 17, N 3.- S. 223-224.
25. Hayadhi J., Kato H., Kohno T., Hamada T. et al. A case of malignant hemangioendothelioma // Skin. Res.- 1987.- V. 29, N 2.- P. 234-239.
26. Kalteich W.E., Filary C. Temperaturmessungen bei der Kryotherapie von kavernose Hamangiomen // Kinderarztl.Prax.- 1981.- Bd. 49, N 10.- S. 527-534.
27. Lanigam S.W., Cartwright P., Cotterill J.A. Continious wave dye laser therapy of port wine strains // Brit.J.Dermatol.- 1989.- V. 121, N 3.- P. 345-352.
28. Lanigam S.W., Cotterill J.A. The treatment of port strains with the carbon dioxide laser // Brit.J.Dermatol.- 1990.- V. 123, N 2.- P. 229-235.
29. Loe E., Biltz H., Koort J. et al. Possible advantages of Eximer laser in dermatology: An in vitro comparison of ArF and XeCl Eximer, Ar+ and Nd:YAG lasers // Z.Hauttr.- 1990.- V. 65, N 6.- P. 556-561.
30. Meffert H., Bartels M., Sonnichsen N., Dalluge K.-H. Blastomatoze Hamangione. Spontanremission und Ruckbildung nach Rontgenweichstrahltherapie // Dermatol.Mon.Schr.- 1986.- Bd. 172, N 11.- S. 633-640.
31. Newton J.A., McGibbon D.L. The treatment of multiple angioheratome with argon laser // Clin.exp.Dermatol.- 1987.- V. 12, N 1.- P. 23-25.
32. Polla L.L. Which Laser for What? // Derfmatologica.- 1986.- V. 173, N 1.- P. 1-4.
33. Powell N.C., West C.R., Pharoach P.O.D., Cooke P.W. Epidemiology of strawberry haemangiome in low birth weight infants // Brit.J.Dermatol.- 1987.- V. 116, N 5.- P. 635-641.
34. Rappersberger K., Samec P., Diem E. Die Embolisations Therapie Kavernoser Hamangiom // Hauterzt.- 1989.- Bd. 40, N 8.- S. 514-517.
35. Rossi A., Bozzi M., Barra E. Verruconshemangioma and angiokeratoma circumstriptum. Clinical and histologic differential characteristics // J.Dermatol.Surg.Oncol.- 1989.- V. 15, N 1.- P. 88-91.
36. Stoner M.F., Hobbs E.P. Treatment of multiple dermal cylindromae with the carbom dioxide laser //J.dermatol.Surg.Oncol.- 1988.- V. 14, N 11.- P. 1262-1267.
37. Tasnadi G., Koszo P. Ergebnisse der Embolisation von Hamangiomen (1874-1983) // Zbl.Chirurg.- 1985.- Bd. 110, N 23.- S. 1462-1467.
38. Wheeland R.G., Walker N.P.J. Laser - 25 years later // Int.J.Dermatol.- 1986.-V. 25, N 4.- P. 209-221.

Обмен опытом

Ш.Д. Ачилов,
И.В. Мельник,
Б.Ч. Курбанов,
А.М. Усмонов.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА.

Центральный Военный клинический госпиталь МО РУз

Вопрос лечения больных с инородными телами желудочно-кишечного тракта представляет особый интерес для военно-полевой хирургии. Чаще всего инородные тела проглатывают, однако возможно введение их и через задний проход или постепенное образование в желудке и кишечнике (безоары, копролиты). Нередко инородные тела проглатываются с суицидальной целью в состоянии психического аффекта.

У нас на лечении находилось 155 больных в возрасте от 18 до 30 лет, в основном мужчины (контингент - военнослужащие). В желудке инородные тела локализовались - у 44 больных, в двенадцатиперстной кишке - у 32, в тонком кишечнике - у 49, в толстом кишечнике - у 20 и одновременно в желудке и кишечнике - у 10. Инородные тела были единичные у 98, несколько (до 5) у 51, множественные у 6; по форме: острые у 124, тупые у 10, круглые у 6, зазубренные у 2, продолговатые у 3 и различные сочетания у 10 больных. Острые инородные тела (гвозди и иглы различной величины, обломки лезвий, куски проволоки и стекла, вилки, кнопки, деревянные щепки, кости) выявлены у 113, тупые (камни, скобы и пружины от кроватей, ложки и их черенки, винты, скрепки, пуговицы, болты, шайбы) у 42.

Для более детальной диагностики локализации инородных тел в желудочно-кишечном тракте широко применяли динамическую рентгенографию брюшной полости, части больных при этом давали выпить водорастворимый контраст, что давало возможность уточнить место локализации, характер движения инородных тел и определить показания к оперативному или консервативному лечению.

Таблица 1.

Длительность задержки инородных тел в желудочно-кишечном тракте.

Время, сутки	Абсолютные	%
до 2	101	65,1
3 - 4	20	12,9
5 - 7	15	9,7
8 - 9	4	2,6
10 - 15	6	3,9
Свыше 15	9	5,8
Всего	155	100,0

Длительность задержки инородных тел в пищеварительном канале представлены в таблице.

Лечение больных с инородными телами желудочно-кишечного тракта довольно разноречиво освещено в литературе. До настоящего времени не выработана единая лечебная тактика и не обоснованы ее принципы.

С появлением в клинической практике эндофиброскопов с рабочим каналом для манипуляций представилась возможность удаления инородных тел из полых органов без оперативного вмешательства до развития тяжелых осложнений. Эндоскопическое вмешательство оказалось эффективным при удалении только небольших инородных тел из пищевода и желудка. Вместе с тем описаны осложнения во время и после эндоскопического удаления инородных тел - кровотечения, перфорации стенок органов и другие.

В лечении больных с инородными телами в желудочно-кишечном тракте мы придерживались различной тактики. При наличии перитонеальных симптомов производили экстренные операции. Выжидательную тактику мы применяли в том случае, если в пищеварительном канале находились небольшого размера тупые предметы.

Самостоятельно отошли инородные тела у 106 (68,4 %) больных. Продвижение их по пищеварительному каналу продолжалось от 2 до 15 суток. В двух наблюдениях игла находилась в кишечнике 30 суток и в одном случае 38 суток и самостоятельно вышла. Только у 11 (7,1%) инородные тела из верхнего отдела желудочно-кишечного тракта удалось удалить эндоскопическим способом.

Оперативное вмешательство в сроки от 3 часов до 21 суток с момента поступления выполнены у 38 больных.

Осложнений и летальных исходов среди оперированных и лечившихся консервативно не было. Все больные были выписаны в удовлетворительном состоянии.

ВЫВОДЫ:

1 Тактика при лечении инородных тел пищеварительного канала зависит от их формы, величины и количества.

2 При наличии тупых, небольших инородных тел желудочно-кишечного тракта показана активно-выжидательная тактика.

Показаниями к срочному оперативному вмешательству являются появления боли в месте нахождения инородного тела и перитонеальных симптомов.

Ш.Д.Ачилов,
Ю.И. Калиш.

ЛАПАРОСТОМИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ
РАСПРОСТРАНЕННОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА

Центральный Военный клинический госпиталь МО РУз

В настоящее время ранняя релапаротомия призна- на как эффективный метод комплексной интенсив- ной терапии разлитых (общих, распространенных) перитонитов и уже не рассматривается как «роковое вмешательство, обязательно ведущее к летальному исходу» (В.К.Гостищев с соавт.,1989).

Это, в свою очередь, привело к внедрению в прак- тiku лапаростомии, показания к которой были обус- ловлены как неудовлетворительными результатами традиционного лечения больных с разлитым перито- нитом, так и ростом удельного веса неклостридиаль- ной микрофлоры. Веским аргументом в пользу лапа- ростомии является совершенствование средств анас- тезиологического обеспечения и реанимации.

По мнению Гостищева В.Г. (1989) показаниями к лапаростомии являются:

- 1. Токсическая и терминальная стадии распрост- раненного перитонита (РП) при полиорганной не- достаточности.
- 2. РП при сниженных реактивных процессах (ане- мия, сахарный диабет в стадии суб- и декомпенсации, раковая интоксикация).
- 3. Запоздалые релапаротомии при послеопераци- онном перитоните как при тенденции к отграниче- нию очага воспаления в различных отделах живота, так и при генерализации процесса.
- 4. Эвентерация при гнойном перитоните через гной- ную рану, а также в качестве профилактического сред- ства при высоком риске эвентерации (нагноение опе- рационной раны с некрозом кожи, мышц, апоневро- за).

В основу работы положен анализ результатов лапа- ростомии, проведенной у 102 раненных и больных с распространенным гнойным перитонитом. Первую группу составили 28 пострадавших с огнестрельными ранениями и повреждениями брюшной полости, во вторую вошло 27 пациентов с послеоперационным перитонитом, развившимся после различных вмеша- тельств на органах брюшной полости. Третья группа была представлена 47 больными с различными по- следствиями гнойно-воспалительной инфекции, ослож- ненной распространенным гнойным перитонитом.

ПОВРЕЖДЕНИЯ ЖИВОТА

По нашим данным показания к наложению лапа-

ростомии у раненных и больных с распространенны- ми формами перитонита, причинами возникновения которого послужили огнестрельные ранения и трав- матические повреждения живота, должны определяться в процессе комплексной оценки характера патологии в брюшной полости и забрюшинного пространства во время операции.

Следует иметь в виду, что даже вовремя выпол- ненная лапаротомия не может гарантировать возник- новение в послеоперационном периоде перитонита, что обусловлено многофакторными особенностями ог- нестрельных ран и повреждений брюшной полости.

В этой связи, в первую очередь необходимо оце- нить состояние кишечника, т.к. характер повреждения и наличие субсерозных кровоизлияний - это суть од- ного процесса - развивающейся деструкции кишки.

Показания к лапаростомии при повреждениях живота могут быть относительными и абсолютными (Таблица 1). В принципе, если имеется малейшее со- мнение в благоприятном течении раннего послеопе- рационного периода, то всегда следует прибегать к лапаростомии.

Большое значение для определения прогноза имеет оценка особенностей самой операции. Технические трудности, встретившиеся по время операции, харак- тер повреждения и патологического процесса в брюш- ной полости, вынуждают прогнозировать возможность развития в послеоперационном периоде грозных ос- ложнений. В тех случаях, когда имеет место генерали- зованный гнойный перитонит с формированием аб- сцессов в брюшной полости, сомнений в необходи- мости наложения лапаростомии быть не должно. В та- кой ситуации она является единственным шансом на спасение раненного и больного.

Послеоперационный перитонит

Больным с послеоперационным распространен- ным перитонитом, как правило, нуждаются в наложе- нии лапаростомии. Среди непосредственных его при- чин ведущими являются несостоятельность швов пол- чин органов и абсцессы брюшной полости.

Показания к лапаростомии при послеоперацион- ном распространенном перитоните приведены в таб- лице 2.

Залогом успешного применения лапаростомии

Таблица 1.

Показания к применению лапаростомии при повреждениях живота.

Выявленная патология	Относите
	Одиноч
Повреждения кишечника	Одиноч
Субсерозные изменения	На значительном
Забрюшинная гематома	Небольших
Перистальтика кишечника	Спонтан
Сочетанные повреждения	Абдомина

Таблица 2.

Причины перитонита	Относите
Несостоятельность швов	Стенки к
Кишечная непроходимость	Вторич
Внутрибрюшные абсцессы	Одиноч
Стадия перитонита	Токсиче
Эвентерация	Через гнойн

ВЫВОДЫ

- 1. При огнестрельных и травматических повреждениях живота наличие субсерозных гематом стенки кишки, кровоизлияний в забрюшинной жировой клетчатке с одиночной раной кишечника является относительным показанием к наложению лапаростомии.
- 2. При множественных ранениях с тотальной суб-

серозной и обширной забрюшинной гематомой показания к наложению лапаростомии абсолютны.

3. Распространенный послеоперационный перитонит на почве несостоятельности швов и формирования абсцессов брюшной полости служит абсолютным показанием к лапаростомии.

В.Г.Гарумов,
Н.Р.Дивеева,
Ш.Н.Каримов,
М.М.Мамадалиев,
Д.А.Атаханов

Опыт лечения изолированного огнестрельного повреждения пищевода.

Андижанского областного онкологический диспансер.

Огнестрельные ранения грудного и шейного отделов пищевода в клинической практике наблюдаются крайне редко, так как одновременное повреждение позвоночника, аорты, крупных венозных стволов и сердца приводит пострадавших к гибели на месте травмы.

В мирное время повреждения пищевода шейного отдела описываются в виде единичных случаев, особенно изолированные ранения его. В Институте скорой помощи им. Н.В.Склифосовского наблюдали 19 больных с ранениями шейного отдела пищевода холодным оружием. Лишь у 1 больного оно было изолированным. Если при ранении пищевода пострадавший не погибает на месте травмы или в ближайшие сроки после нее от повреждения окружающих анатомических образований, то в дальнейшем из-за инфицирования окологлоточной клетчатки обычно бурно развивается нагноительный процесс, имеющий гнилостный характер. [1,3]. В доступной нам современной литературе сообщений об изолированном ранении пищевода найти не удалось. Учитывая редкость подобных сообщений приводим собственное наблюдение.

Больной О., 30 лет, поступил в экстренном порядке и хирургическое отделение Избосканской ЦРБ Андижанской области после получения огнестрельного ранения мелкокалиберной винтовкой ТОЗ-8 в области шеи слева. Дежурный хирург в первые часы после ранения произвел первичную хирургическую обработку области ранения. Однако, спустя сутки состояние больного начало прогрессивно ухудшаться: нарастала одышка, появились боли в области шеи, за грудиной и дисфагия, повышение температуры тела и потрясающие ознобы. В этой связи вызван хирург по сан. авиации (к.м.н.Гарумов В.Г.). При осмотре состояние больного тяжелое. Обращает на себя внимание беспокойное поведение, одышка до 30 в минуту,

гипертермия лица и шеи, невозможность глотания из-за боли и подкожная эмфизема, распространяющаяся на шею и верхнюю половину грудной клетки. В области шеи слева ушитая операционная рана (ПХО). Кожные покровы гиперемированы, температура тела 39,2° С. В легких на фоне везикулярного дыхания единичные сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД 120\70 мм.рт.ст.пульс 120 ударов в минуту. Язык суховат, густо обложен налетом. Заподозрено повреждение трахеи и пищевода. Для уточнения диагноза выполнена обзорная рентгеноскопия шеи и контрастное исследование пищевода барием. При этом отмечено наличие пузырьков воздуха в клетчатке шеи и средостения и фрагменты пули в мягких тканях надключичной области справа, выход бариевой взвеси за пределы пищевода на уровне С6-С7 позвонков. С предварительным диагнозом слепое огнестрельное ранение шеи с повреждением шейного отдела пищевода, осложненное гнойным медиастинитом больному экстренно (10.05.96) под общим эндотрахеальным обезболиванием выполнена операция левосторонней коллотомии. После рассечения кожи отмечена выраженная эмфизема, расслаивающая мягкие ткани по ходу жировой клетчатки. Выделен шейный отдел пищевода на протяжении. При этом на боковой стенке пищевода обнаружено сквозное пулевое отверстие диаметром до 0,5 см, края покрыты фибрином. Вокруг повреждения скопление жидкого гнилостного гноя с остатками бариевой взвеси. Рана промыта растворами фурацилина 1:5000 и хлоргексидина 0,5 %. К зоне повреждения подведены две силиконовые трубки, установленные в заднем средостении для проточного промывания с аспирацией. Ушивания пулевого отверстия пищевода не производилось. Операционная рана ушита наглухо. Затем наложена гастростомия по

Каде-ру-Штампу.

В послеоперационном периоде производилось проточное промывание с аспирацией со скоростью 60 капель в минуту растворами фурацилина 1:5000, при этом ежедневно количество расходуемого фурацилина составило 10 литров. Сразу же после операции назначен пенициллин в суточной дозе 48 000 000 ЕД в/в, комплекс витаминов группы В и С. На фоне парентерального питания с третьих суток после операции начато кормление через гастростому. Состояние больного на 7 сутки расценивается как удовлетворительное, нормализовался пульс и температура тела. Аспирируемая жидкость не содержала примесей фибрина.

Через 14 дней дренажные трубки были удалены. На шее сформировался пищеводный свищ, который через 3 месяца самостоятельно закрылся. Затем удалена гастростомическая трубка, желудочный свищ тоже самостоятельно закрылся. Больной наблюдается в течение 3 лет. Жалоб не предъявляет. Пройодимость пищевода удовлетворительная.

Приведенное наблюдение подтверждает данные литературы [2,4] о чрезвычайной редкости огнестрельного ранения пищевода, тем более в мирное время. Своевременно проведенная операция заключающаяся в широком вскрытии параэзофагеальной клетчатки, и методике дренирования заднего средостения двухпрос-

ветной трубкой с активным промыванием большим количеством фурацилина, массивная антибиотикотерапия и питание больных через гастростомическую трубку позволяет успешно лечить таких больных. Возможно, огнестрельное ранение маломощными мелкокалиберными пулями в области шеи приводят к изолированному повреждению пищевода из-за предполагаемого отклонения пули от сонной артерии.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Валиев Ф.Г. Лечение перфорации и разрывов пищевода. *Вест. хир.* 1973, №1, с. 40-42.
2. Канишин Н.Н., Абакумов М.М., Щербатенко М.К. Профилактика и лечение гнойного медиастинита. *Вест. хир.*, 1973, №3, с. 103-108.
3. Канишин Н.Н., Абакумов М.М. Лечение гнойников методом проточно-фракционного промывания с длительной аспирацией. *Вест. хир.* 1974, №11, с. 25-31.
4. Розачева В.С., Байдала П.Г. К вопросу о повреждении пищевода. В кн.: *Хирургия пищевода и желудка*. Г. Томск, 1969, с.85-91.
5. Розанов Б.С. Инородные тела, травмы пищевода и связанные с ними осложнения — М:МедГуз, 1961, с.161.
6. Berry B.E., Ochgner I.L., *Perforation of the esophagus*. A.30. Year review.//*J. thorac. cardiovasc., Surg.*, 1973, v.65. p.1-7.
7. Shor-Pinsker E. et al. *Gastrostomy with double gastrostomy in the perforation of the esophagus*. *Arch. Surg.*, 1970, v.101, №3, p.433-435.

Ф.Н. Нишонов,
Ш.А. Таджибаев,
Б.Ж. Рахмонов,
Ш.П. Курбанов,
А.У. Номонбеков.

К ВОПРОСУ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У ТУЧНЫХ БОЛЬНЫХ.

Центр Лапароскопической Хирургии Клиник АндГосМИ

Нишонов Ф.Н. Таджибаев Ш.А. Рахмонов Б.Ж. Курбанов Ш.П. Номонбеков А.У.

Тери ости ёғ қабати ўта ривожланган беморларда лапароскопик холецистэктомия бажаришни ўзига хос хусусиятлари

Муаллифлар томонидан тери ости ёғ қатлами ўта ривожланган (семизликнинг турли даражасидаги) беморларда лапароскопик холецистэктомияни ўзига хос хусусиятлари таҳлил қилинган.

Иш юзасидан 82 та сурункали тошли холецистит билан хасталанган беморлар жалб қилинган бўлиб, улардан 49 таси ёки 59,8% ни семизликнинг ҳар хил даражасидаги беморлар ташкил қилади. Барча беморлар ҳар томонлама клиник текширувлардан ўтказилган.

Тадқиқотларга асосланиб муаллифлар шундай хулосага келишадикки семизликнинг ҳар хил даражасидаги беморларда лапароскопик холецистэктомияни бажарилиши бу беморларда тери ости ёғ қатлами ўта ривожланганлиги сабабли, ташриҳ давомида бир қатор техник қийинчиликлар ва муаммоларга олиб келиши мумкин.

Шунинг учун бундай беморларда ташриҳ пайтида ва ташриҳдан сўнги асоратларни олдини олиш учун ташриҳгача тўла ва чуқур клиник текширувлардан ўтказилиши зарур.

F.N. Nishonov, Sh.A. Tadjiboev, B.J. Rakhmonov, Sh.P. Kurbanov, A.U. Nomonbekov.

To the question about features of laparoscopic cholecystectomy at fat patients

Authors analyse results of application of the technique of laparoscopic cholecystectomy at fat patients. On the basis of material are fixed 82 patients with chronic calculous cholecystitis, from which at 49 was ascertained fatness of various degree, that has made 59,8%. All patients were subjected to comprehensive clinical investigation.

Authors conclude, that laparoscopic cholecystectomy at fat patients, doubtless, is more difficult operative interference, as the availability of expressed fat tissue considerably hinders technical aspects of operation. Thus a number of features allocated, the account of which is necessary in the plan of preventive maintenance of probable complications. In this connection, patients with fatness require careful preoperative investigation, enabling to notify development, as common complications, as complications in a time and after operation.

Актуальность проблемы.

Лапароскопические операции получают все более широкое распространение в лечении заболеваний органов брюшной полости. Среди этих вмешательств ведущее место в настоящее время занимает холецистэктомия. Привлекательной стороной этого метода является малая травматичность, снижение послеоперационного койко-дня и сроков утраты трудоспособности, косметичность операции и низкий процент осложнений [1, 5].

Достижения эндоскопических технологий в хирургии желчнокаменной болезни привели к тому, что эндоскопический метод лечения стал альтернативой “открытому” хирургическому методу и радикальным образом изменил принципы ее лечения. Сегодня уже можно говорить о том, что лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) выдержала процесс сравнительной оценки с традиционной. Показатели осложнений и летальности при ней сопоставимы с таковыми при традиционных операциях, а травматичность, безусловно, меньше [4, 7].

Технические принципы операции ЛХЭ довольно подробно описываются в современной литературе [3, 9], при этом, вопросы тактики и технические аспекты “традиционной” ЛХЭ общепризнаны. Вместе с тем на первых этапах ее внедрения, в так называемый период освоения новой методики, хирурги воздерживались от ее применения у тучных больных [6, 8]. По мере освоения и повышения квалификации, у хирурга возникает стремление применить этот метод и у тучных больных, чтобы распространить на них благоприятные эффекты малоинвазивного вмешательства. Однако такие вопросы, как показания и противопоказания к ЛХЭ у тучных больных, особенности обследования, технические аспекты операции, возможные осложнения и их профилактика до сих пор не уточнены.

Материал и методы.

В центре лапароскопической хирургии клиник АндГосМИ с 1997 по 2000 гг. лапароскопическому вмешательству по поводу хронического калькулезного холецистита подвергнуты 82 пациента. Преобладающее большинство составили больные женского пола — 68 (82,9%), а мужского — 14 (17,1%) больных. Средний возраст составил 43 года. Среди больных подвергнутых лапароскопическому вмешательству у 49 нами констатировалось ожирение различной степени, что составило 59,8%. Степень ожирения различали согласно Щурьгину Д.Я. [2], при этом выделяли: I степень — фактическая масса тела превышает “идеальную” не более чем на 29%, II — избыток массы тела составляет 30-49%, III — 50-99,9%, IV — превосходит 100%. Так, в нашем исследовании 16 (32,7%) пациентов было с I степенью ожирения, 27 (55,0%) — со II степенью и 6 (12,3%) больных — с III степенью ожирения. Больные с IV степенью ожирения нами на ЛХЭ не брались.

Следует отметить, что все больные подвергались всестороннему клиническому обследованию, которое по своему объему было не меньше, чем при выполнении традиционного хирургического вмешательства. Следует подчеркнуть, что тщательное дооперационное обследование у тучных больных облегчает выбор метода и объема вмешательства, являясь залогом достижения хороших результатов оперативного лечения.

Результаты и их обсуждение.

ЛХЭ у тучных больных, несомненно, является более сложным оперативным вмешательством, так как наличие выраженной жировой клетчатки значительно затрудняет технические аспекты операции. Вместе с тем, операция выполняется в условиях достаточно напряженного пневмоперитонеума, приподнимающего диафрагму и нарушающего ее подвижность, что в

свою очередь отрицательно сказывается на функции сердечной и дыхательной систем, несмотря на проведение искусственной вентиляции легких. Если учесть, что состояние указанных систем у тучных больных в большинстве своем исходно нарушены их дооперационная диагностика и своевременная коррекция является необходимым условием проведения ЛХЭ.

В плане дооперационного обследования трудно переоценить роль ультразвукового исследования, позволяющего получить полноценное представление о состоянии желчного пузыря, внутрипеченочных желчных протоков и поджелудочной железы. Данное исследование выполнено у всех 82 больных, при этом у тучных больных отмечали топографические изменения отделов желчного пузыря связанные с наличием выраженной жировой клетчатки, у 19 из них отмечались признаки инфильтрации околопузырной клетчатки, у 24 определялся увеличенный напряженный желчный пузырь. Однако ультразвуковое исследование у больных страдающих ожирением мало информативно в отношении гепатикохоледох и пузырного протока, поэтому, как правило, оправдано выполнение сочетанной холецистохолангиографии, необходимость в которой возникла у 11 больных. Трудность дооперационного распознавания поражения шеечно-протокового отдела желчного пузыря у тучных больных связана с тем, что выраженная жировая клетчатка создает определенные неудобства в дифференцировании элементов гепатодуоденальной связки. Поэтому, для уточнения диагноза и определения возможных топографических изменений структур шеечно-протокового отдела выполняли визуальную ревизию, являющуюся одним из первых этапов выполнения ЛХЭ.

При выполнении ЛХЭ у тучных больных мы столкнулись с рядом особенностей, учет которых необходим в плане профилактики возможных осложнений. Введение иглы Вереса для пневмоперитонеума и инфуляции газа в брюшную полость является ответственным моментом начального этапа лапароскопической операции. Так, из-за выраженного слоя подкожно-жировой клетчатки, иглу для наложения пневмоперитонеума следует вводить после выполнения разреза кожи и подкожной клетчатки в области пупка. Ошибки и осложнения на этой стадии могут существенно осложнить последующее выполнение холецистэктомии и/или стать причиной отказа от проведения вмешательства с использованием видеоэндоскопической техники и переход к лапаротомии. При этом для уменьшения опасности повреждения органов брюшной полости при введении иглы Вереса, переднюю брюшную стенку необходимо приподнять в верх, чтобы апоневроз и париетальная брюшина были в натянутом состоянии, что усиливает мануальные ощущения прохождения кончика иглы через эти образования. Передняя брюшная стенка может быть приподнята в верх с помощью двух зажимов — цапок, наложенных на зону пупочного кольца. При выраженной подкожно-жировой клетчатки целесообразнее дополнительный захват передней брюшной стенки над лоном (т.е. с трех точек), этим создается дополнительный подъем брюшной стенки, что облегчает введение иглы. При большой глубине раны за счет подкожно-жировой клетчатки, можно несколько уве-

личить разрез кожи с последующим подшиванием краев кожи к апоневрозу, или произвести захват апоневроза жесткими зажимами, или наложить на апоневроз швы-держалки и с помощью этих методик произвести подъем брюшной стенки. Наиболее достоверным доказательством правильности проведенной пункции является свободное “убегание” в брюшную полость капель раствора наносимых на канюлю иглы при приподнятой брюшной стенке.

При проведении обзорного осмотра и визуальной ревизии органов брюшной полости у тучных больных оправдано введение манипулятора в одной из стандартных точек, благодаря чему мы получали возможность перемещать сальник и повышали качество осмотра. У тучных больных обычно желчный пузырь плохо доступен осмотру, поэтому мы приподнимаем головной конец стола на 20-25° и наклоняем его влево.

Если на стадии осмотра не были выявлены противопоказания к лапароскопической холецистэктомии, то приступали к введению троакаров для инструментов. Последовательность введения троакаров может быть различной. У тучных больных “эпигастральный” троакар, вводимый обычным способом, проникает в брюшную полость справа от круглой связки печени. Если же круглая связка идет значительно правее средней линии и при проведении троакара справа от нее последний будет подходить к области шейки желчного пузыря почти вертикально, то это существенно затруднит манипуляцию на элементах шеечно-пузырного протока. В подобном случае “эпигастральный” троакар оправдано провести в брюшную полость слева от связки и, если она выражена хорошо и глубоко провисает в брюшную полость, тем самым, затрудняя манипуляции, ее необходимо временно подшить к передней брюшной стенке. Вместе с тем, у больных с избытком веса при выполнении разреза над пупком “умбиликальный” и “эпигастральный” троакары оказываются близко друг от друга и между вводимыми через них лапароскопом и инструментами создается острый угол, при котором они, сходясь в области шейки желчного пузыря, могут мешать друг другу. Поэтому у тучных пациентов мы предпочитаем выполнение “умбиликального” разреза ниже пупка.

Методика выделения элементов желчного пузыря у тучных больных отягощается наличием выраженной жировой ткани. В данном случае мы, после мобилизации шейки желчного пузыря, с помощью манипулятора под прикрытием электрокоагуляции, клипирования пузырного протока и ее рассечения, приступаем к выделению пузырной артерии. Выделение пузырной артерии после пересечения пузырного протока может быть оправдано и с точки зрения уменьшения опасности повреждения общего печеночного протока на этом этапе вмешательства, так как после пересечения пузырного протока гепатикохоледох уже не подтягивается в верх вслед за пузырным протоком, а уходит на свое место в печеночно-двенадцатиперстную связку. При выделении желчного пузыря из ткани печени у тучных больных, несмотря на применение электрокоагуляции, могут возникнуть различной интенсивности кровотечения из области ложа, связанные с её жировой инфильтрацией. При этом прибегали к дополнительной электрокоагуляции исполь-

зуя “мягкие” зажимы и “лопаточку”.

Извлечение желчного пузыря из брюшной полости у тучных больных мы осуществляли через “эпигастральный” доступ.

С помощью этой методики оперированы 49 больных с избытком веса, из них у 2 (4,1%) мы столкнулись с достаточно массивным кровотечением из ложа желчного пузыря. Гемостаз восстанавливали, захватывая область кровотечения “мягким” зажимом с дополнительной электрокоагуляцией. Еще одним осложнением характерным для тучных больных оказалось инфицирование раны, через которую проводилось извлечение желчного пузыря из брюшной полости - 7 (14,3%) пациентов. Учитывая, что выраженная подкожно-жировая клетчатка создает благоприятные условия для быстрого распространения воспалительного процесса, мы предпочитаем извлекать желчный пузырь через “эпигастральный” разрез, где эти изменения менее выражены. Из общих осложнений отмечали 1 (2,0%) случай послеоперационной пневмонии, что, по-видимому, было связано с увеличением продолжительности операционного вмешательства (возникла необходимость в интраоперационной холангиографии) и как следствие увеличение длительности наркоза. Серьезных осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы, органов дыхания мы не наблюдали, что было связано с быстрой послеоперационной активизацией больных.

Заключение

Проведенное исследование показало, ЛХЭ у тучных больных имеет ряд технических и тактических особенностей, недооценка которых может привести к дискредитации метода. Больные, страдающие ожирением,

требуют тщательного углубленного дооперационного обследования, позволяющего предупредить развитие, как общих осложнений, так и осложнений во время и после операции. ЛХЭ у тучных больных должны выполнять хирургические бригады, имеющие большой опыт совместной работы в эндоскопической хирургии.

Литература:

1. Арипов У.А., Алиджанов Ф.Б., Арипова Н.У., Низиров Ф.Н. Внедрение современной технологии — залог прогресса в гепатопанкреатобилиарной хирургии// Медицинский журнал Узбекистана. — 1999. - №2. — С. 45-47.
2. Балаболкин М.И. Эндокринология// Учебное пособие. М.: “Медицина”, 1989. — С. 395.
3. Галлингер Ю.И., Тимошин А.Д. Лапароскопическая холецистэктомия: Практическое руководство// М.: 1992. — 210с.
4. Кротов Н.Ф., Ганиев Ш.А., Косимов Д.А., Арустамова М.Н. Сравнительная оценка традиционной и лапароскопической холецистэктомии при остром обтурационном калькулезном холецистите// Хирургия Узбекистана. — 1999. - №3. — С. 83-86.
5. Луцевич Э.В., Белов И.Н. Эндоскопическая хирургия: истоки и настоящее// Хирургия. — 1996. - №1. — С. 39-41.
6. Мадартов К.М., Дустбаев А.Д., Рамазанов Р.Р. Видеолапароскопическая холецистэктомия и дренирование салниковой сумки// Хирургия Узбекистана. — 1999. - №3. — С. 89-91.
7. 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.
8. Katkhouda N. Management of problems in laparoscopic surgery of the biliary tract// Annales Chirurgiae et Gynecologiae. — 1994. - №83. — P. 93-99.
9. Troidl H., Spangenberger W., Langen R., et all. Laparoscopic cholecistectomy: technical performance, safety and patients benefit// Endoscopy. — 1992. - №24. — P. 252-261.

Случаи из практики

В.Я. Девятков,
Ш.С. Далимов,
С.И. Исмаилов.

ИТРАМУРАЛЬНЫЕ ГЕМАТОМЫ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

МЕЪДА-ИЧАК ЙЎЛЛАРИНИНГ ИНТРАМУРАЛ ГЕМАТОМАЛАРИ.

Хаётда кам учрайдиган меъда-ичак йўлларининг интрамурал гематомаларини даволаш тажрибаси 2-та беморда умумлаштирилган ҳолда келтирилган. Рентгенологик, инструментал, ультразвук текшурув усулларини қўлланилишга қарамадан, бу касалликда тўғри ташхис фақатгина операциядан кейин 16-та беморда, релапаротомиядан кейин 2-та, аутопсияда 2-та беморда аниқланди. Муаллифлар интрамурал гематомалар ичакда қуйидаги ўзгаришларни келтириб чиқишини ажратдилар: а) ичакни қисман ёки тўлиқ обтурациясини; б) аъзони ишемияга олиб келишини ва у ўз навбатида уни иккиламчи некрозига ва тешилишига олиб келади; в) гематомани аъзо чарвисига, катта ва кичик чарвиларга, қорин пардаси ортига тарқалишига олиб келади.

20-та меъда-ичак йўлларининг интрамурал гематомалари билан операция қилинган беморлардан 9-таси ўлди: ўн икки бармокли ичакни тутилиши билан 1-та, тарқоқ йирингли перитонитдан 8-та.

INTRAMURAL HAEMORRHAGES OF GASTRO-INTESTINAL TRACT.

The experience of treatment of 20 patients with rare traumatic intramural hemorrhages of gastro-intestinal tract was summarized. Despite the performance of X-ray, instrumental and ultrasound methods of investigation, the correct diagnosis has been made only in 16 patients during the operation. 2 patients were diagnosed after relaparotomy, 2 patients - during autopsy. Authors distinguish following intramural hemorrhages that cause: a) partial or complete intestinal obstruction; b) intestinal ischemia secondary necrosis and perforation; c) spread hemorrhage on to the mesentery of the bowel, major or minor omentum, behind peritoneum. 9 from 20 operated patients with intramural hemorrhages had lethal outcome: 1 of duodenal obstruction and 8 of purulent peritonitis.

Bibliography: 20 name.

Травматические интрамуральные гематомы (ИГ) желудочно-кишечного тракта мало известны врачам, встречаются редко в хирургической практике, отличаются исключительной трудностью диагностики и высокой летальностью [1,2,5,9,10,11,18,19].

Первое сообщение о повреждении двенадцатиперстной кишки по типу интрамуральной гематомы сделал Lauchan в 1832 г и названа им «ложной аневризмой». Н.И.Пирогов в «Началах общей военно-полевой хирургии» (1865) указывал на возможность ушиба кишки с образованием кровяного сгустка в ее стенке без прободения. К 1957 г. Spenser et al. [цит. по Kennedy] (12) собрали в мировой литературе 33 случая подобной травмы и описали одно собственное наблюдение; Moore et Erlandenson [13] за 25 лет (1939-1963 гг) нашли всего 31 случай и 2 своих наблюдения. К 1966 г. Schonk [20] публикует данные о 100 интрамуральных гематомах двенадцатиперстной кишки. В связи с ростом травматизма в 1980 г. Vellacott [17] находит в мировой литературе сообщение о более чем 200 наблюдениях подобной патологии, при этом в 60% заболевание развилось после травмы, в остальных случаях на фоне антикоагулянтной терапии, при гемофилии, остром лейкозе, гипертонии, панкреатите, опухолях и других заболеваниях. К концу нашего столетия нам удалось найти сведения еще о 140 больных с подобной патологией.

За 30 лет (1970-1999 гг) мы наблюдали 20 больных в возрасте от 22 до 94 лет (17 мужчин и 3 женщины) с травматическими интрамуральными гематомами желудочно-кишечного тракта: желудка - у 4 больных, двенадцатиперстной кишки - у 2, тонкой кишки - у 8, правого угла толстой кишки - у 1, поперечно-ободочной кишки - у 1, нисходящего отдела - у 1, сигмовидной кишки - у 3 больных.

Интрамуральные гематомы произошли при автодорожных травмах - у 6 больных, в бытовой обстановке после удара по животу - у 13 и при введении сжатого воздуха в прямую кишку - у 1 больного.

Сроки госпитализации резко варьировали от 1 часа до 24 часов, месяца, нескольких месяцев и даже 4 и 6 лет.

Трудность дооперационной диагностики интрамуральных гематом желудочно-кишечного тракта общеизвестна, что подтверждается нашими данными. Так, несмотря на применение рентгенологических, инструментальных (лапароцентез, лапароскопия, фиброгастроудоденоскопия, колоноскопия), ультразвуковых методов исследования правильный диагноз был установлен только во время операции у 16 больных, у 2 после релапаротомии, а у 2 - на аутопсии. А.В. Ефремов, К.Д. Эристави [3] в своей монографии пишут о более определенной, достаточно четкой симптоматике интрамуральных гематом, в отличие от разрывов кишки, с чем мы не можем согласиться. О крайне редкой дооперационной диагностике интрамуральных гематом кишечника пишут в 1960 году Spenser et al. (цит. по Kennedy), указывая, что интрамуральные гематомы в 24 случаях диагностировались на операционном столе, в 9 случаях - при аутопсии и только в 1 случае - до операции.

В зависимости от механизма травмы и степени распространения интрамуральных гематом желудочно-кишечного тракта мы придерживаемся известной классификации И.А. Криворотова [7], несколько унифицируя ее: а) ушибы стенок кишок с изолированным или массивными кровоизлияниями в толщу стенки (субсерозно, субмукозно, внутримышечно), выступающими в просвет кишки локально или циркулярно и вызывающие частичную или полную ее обтурацию; б) ушибы стенок полого органа с одиночными или множественными гематомами, ведущими к ишемии органа и вторичному некрозу и перфорации; в) ушибы и кровоизлияния стенок желудочно-кишечного тракта в сочетании с распространением гематомы на брыжейку органа, большой или малый сальник, забрюшинно или в их изолированном виде.

По нашим данным характер и выраженность кли-

нических симптомов были различными в зависимости от локализации и размеров интрамуральных гематом, а также степени обструкции просвета кишки или срока ее ишемии и некроза. У первой группы больных вскоре после травмы состояние удовлетворительное, клиническая картина часто неопределенная, симптомы “острого живота” были не выражены, они постепенно исчезали. В ряде случаев больных после осмотра отпускали домой или они не обращались к врачам, забывая о травме. Между травмой и развитием обструктивного синдрома, т.е. клиники кишечной непроходимости, наблюдался светлый промежуток, который продолжался от нескольких часов до 3–70 дней, а иногда до нескольких месяцев и даже лет. И.А. Метивовский (1935 г.) описал случай, когда больной был оперирован по поводу стриктуры тонкой кишки через 5 лет после травмы (цит. по Е.С. Керимовой [6]). При интрамуральных гематомах верхних отделов, в частности двенадцатиперстной кишки, одним из характерных признаков являлось острое расширение желудка, проявляющееся упорной рвотой, вздутием, болями и легкой защитной реакцией мышц, шумом плеска в эпигастральной области. Все эти признаки имелись у одного исследуемого нами больного, однако он был оперирован с диагнозом острый деструктивный панкреатит (больной забыл о предшествующей травме). При интрамуральных гематомах терминального отдела тонкой кишки, а также гематомах толстой кишки рвота отсутствовала; помимо болей присоединился метеоризм, задержка стула и газов, редко удавалось пропальпировать инфильтрат или псевдоопухоль кишечника. Ярким доказательством этого может служить следующее наблюдение.

Больной Г., 36 лет работал в горно-строительном управлении г. Ангрена респиратором. Переведен в хирургическое отделение из физиотерапевтического 01.05.1970 года с жалобами на острые боли в животе, тошноту, рвоту, общую слабость. Болен в течение 1,5 месяцев, когда появились боли в животе, тошнота и редкая рвота. С диагнозом энтероколит первоначально лечился в терапевтическом отделении. За последний месяц похудел на 15 кг. Утром 01.05.1970 г. появились четкие признаки кишечной непроходимости: схваткообразные боли в животе, вздутие, тошнота, рвота, отсутствие стула и отхождения газов. При поступлении в хирургическое отделение установлен диагноз: острая кишечная непроходимость. Комплекс консервативных мероприятий успеха не имел. От предложенной операции больной отказался. Наконец, 02.05.1970 г. утром в 7 часов под эндотрахеальным наркозом произведена средне-срединная лапаротомия, при этом в 80 см. от илеоцекального угла обнаружен конгломерат, состоящий из петель тонкой и поперечно-ободочной кишок, а также рубцовоизмененного большого сальника. После осторожного разделения спаек установлено следующее: рубцовоизмененная брыжейка тонкого кишечника на протяжении 15–17 см. с резким сужением кишки с полной непроходимостью по длине в 5–6 см., представляет из себя плотную воспалительную опухоль. Приводящий отдел кишки раздут в диаметре до 10 см. Произведена резекция кишки в 30 см. с анастомозом “бок в бок”, туалет брюшной полости, введение антибиотиков, послойные швы. Гладкое послеоперационное течение. Из дополнительного анамнеза установлено, что три месяца назад больной был избит.

Несмотря на разнообразие клинической картины интрамуральных гематом кишечника и отсутствие каких-либо специфических симптомов, указывающих на кровоизлияние в стенку кишки без нарушения ее целостности, отдельные исследователи пишут о ценности целенаправленного рентгенологического исследования. При этом определяют длительную задержку контрастного вещества в желудке и проксимальных

отделах тонкой кишки, полную обтурацию, наличие циркулярного или престенозного дефекта наполнения. Характерны рентгенологические признаки интрамуральной подслизистой гематомы — “кольца растянутой пружины” (“coiled-springs”) — утолщение складки слизистой в виде “частокола” или “столбика монет” [4,8,14,18].

У второй группы больных с травматическими интрамуральными гематомами, инфильтрирующими всю толщу кишечной стенки клиническая картина может развиваться по другому типу. Так, после мнимого благополучия, на 3–9 сутки вследствие нарушения питания стенки желудка или кишки наступает некроз и перфорация с последующим перитонитом. Посттравматический парез желудочно-кишечного тракта, как известно, сопровождается нарушением микроциркуляции, способствуя еще большей ишемии в травмированной кишке. Мы наблюдали 10 больных с интрамуральными гематомами желудочно-кишечного тракта, которые осложнились некрозом и перфорацией: желудка — у 2, двенадцатиперстной кишки — у 1, тонкой кишки — у 4, толстой — у 3. Из них у 3 больных с сочетанными повреждениями органов живота во время операции были ушиты разрывы кишечника, но интрамуральным гематомам не придавали особого значения и они в последующие дни стали источником некроза кишки, тяжелого разлитого гнойного перитонита, что потребовало срочной релапаротомии.

Больной С., 25 лет. 03.05.1973 г., в 16 часов был избит неизвестными. В течение 12 часов велось клиническое наблюдение и с появлением перитонеальных явлений 04.05.1973 г. в 4 часа произведена срединная лапаротомия. В брюшной полости значительное количество серозно-гнойно-фибринозного выпота. При ревизии в 50 см. и 75 см. от баугиниевой заслонки 2 дефекта подвздошной кишки 1,5 X 1,5 см., несколько субсерозных интрамуральных гематом. Дефекты кишки ушиты двухрядным швом. Брюшная полость осушена, промыта раствором фурациллина, введены антибиотики и защита послойно. До 09.05.1973 г. обычное послеоперационное течение, а с 20 часов нарастающая клиническая картина послеоперационного разлитого перитонита. 10.05.1973 г. в 01 час релапаротомия путем снятия всех операционных швов. Эвакуировано до 1 литра зловонного гноя. После разделения рыхлых спаек в терминальном отделе подвздошной кишки на месте двух интрамуральных гематом, образовались ишемические некрозы с просачиванием кишечного содержимого, ранее наложенные швы на кишечнике герметичны. При дальнейшей ревизии гнойно-фибринозные наложения в илеоцекальной области, малом тазу и под правым куполом диафрагмы. Брюшная полость осушена, промыта фурациллином, ранее ушитая проксимальная рана использована для илеостомы. Дренажи в малый таз через контрапертуры с введением антибиотиков. В послеоперационном периоде проводилась интенсивная терапия. В последующие дни сформировался тазовый абсцесс, наступила эвентерация, в левой подвздошной области открылся каловый свищ. Через 75 дней, при улучшении общего состояния, больной 18 июля 1973 г. выписан с каловым свищем по собственному настоянию.

Еще одно наблюдение травмы живота интересно тем, что во время лапаротомии диагностировано абдоминальное кровоизлияние и небольшая гематома у брыжеечного края тонкого кишечника. Скрытая гематома стала источником нарастающих перитонеальных признаков через 18 часов. Срочный диагностический лапароцентез 23.04.1990 года, релапаротомия с ушиванием раны кишечника, перитонеальным диализом привели к благоприятному исходу. Вот краткое описание истории болезни.

Больной П., 35 лет, 22.04.90 г., находясь в алкогольном состоянии получил удар в живот и в тот же день оперирован. При

срединной лапаротомии на расстоянии 60 см. от баугиниевой заслонки диагностирована гематома брыжейки подвздошной кишки размерами 5 X 4 см. Другой патологии, кроме забрюшинной гематомы, не обнаружено. Дренаж в малый таз через контраптертуру. 23.04.90 года релапаротомия. В брюшной полости до 500 мл гнояного выпота. В зоне гематомы, у брыжеечного края тонкой кишки имеется дефект 0,3 X 0,3 см., через который выделяется кишечное содержимое. Резекция кишки в 40 см. с анастомозом "конец в конец". Брюшная полость дренирована тремя трубками. Гладкое послеоперационное течение.

Диагностическая и тактическая ошибка допущена нами у больного с забрюшинной и интрамуральной гематомой двенадцатиперстной кишки, когда во время операции не произведена их тщательная ревизия. На аутопсии обнаружен некроз забрюшинного отдела двенадцатиперстной кишки, осложненный забрюшинной флегмоной и разлитым гнойным перитонитом.

Третью группу составили больные с интрамуральными гематомами желудка, осложненными кровоизлиянием в малый сальник (1), большой сальник (2), в свободную брюшную полость (1). Каких-либо патологических симптомов при подобных повреждениях нами не установлено, так как клинические признаки были самыми разнообразными. Достаточно указать, что осумкованные гематомы достигали размеров от 5 X 10 см. до 15 X 20 см. и более. До операции диагностировались самые различные заболевания вплоть до новообразования брюшной полости. Все больные оперированы в различные сроки после травмы и истинный диагноз установлен только во время операции.

Представляют собой интерес два наблюдения интрамуральных гематом желудка.

Больная Х., 31 года, после травмы в течении нескольких дней находилась дома, за медицинской помощью не обращалась, скрывая травму, затем три дня находилась в клинике. Проводилось консервативное лечение ввиду наличия тупых болей в эпигастриальной области. На четвертый день клинического наблюдения состояние больной резко ухудшилось. Диагностирован диффузный перитонит. Срочная операция. При лапаротомии установлена интрамуральная гематома 8 X 4 см. препилорического отдела с диффузным пропотеванием содержимого желудка, формированием подпеченочного абсцесса и прорывом его в свободную брюшную полость. Туалет брюшной полости, дренаж, два тампона. Выздоровление.

Больной С., 38 лет поступил в клинику 24.07.91 г. в 19 часов с острыми болями в эпигастрии. Заболел 24.07.91 г. утром в. В течении 5 лет отмечает изжогу, отрыжку периодические боли в эпигастрии. Объективно: состояние средней тяжести. Пульс 80 уд в мин., артериальное давление 125/80 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный в верхнем отделе, больше в эпигастриальной области; симптомов раздражения брюшины нет. Диагноз: обострение язвенной болезни желудка, прикрытая перфорация? При рентгенологическом исследовании свободного газа в брюшной полости не обнаружено. Лейкоцитоз — 10 000. В дальнейшем, при наблюдении на протяжении трех часов появились признаки раздражения брюшины по всей правой половине живота. С учетом неясной клинической картины решено начать операцию с разреза Мак-Бурнея. Тут же выделился геморрагический экссудат. Заподозрена травма живота с повреждением внутренних органов. Под эндотрахеальным наркозом произведена верхне-срединная лапаротомия. Обнаружена обширная гематома в желудочно-ободочной связке, по большой кривизне, с распространением в пилорoduodenальную зону, в подпеченочную область и далее, забрюшинно. При тщательной ревизии стенки желудка и мобилизации двенадцатиперстной кишки по Кохеру дефекта в их стенке не обнаружено. В малом тазу до 150 мл. геморрагического выпота, другой патологии не найдено. В подпеченочную область и малый таз подведены дренажные трубки через контраптертуры. Тяжелое послеоперационное течение с формированием абсцесса в правом верхнем этаже брюшной полости с обильным желудоч-

ным отделяемым до 800 мл. 06.08.91 года произведено вскрытие гнойника, размерами 6 x 8 см с тампонирующим и дренирующим двух гнойных затеков. Сформировался стойкий желудочный свищ, который постепенно самостоятельно закрылся. При выписке больной сознался, что был избит.

Вопрос о выборе метода лечения интрамуральных гематом желудочно-кишечного тракта до сих пор не решен. Как свидетельствуют данные литературы большинство из них самостоятельно рассасываются и не требуют оперативного лечения. Консервативное лечение оправдано у больных с частичной обструкцией кишки при точно установленном диагнозе и эффективности лечения с обязательным рентгенологическим и эндоскопическим контролем (антибиотикотерапия, назогастральное дренирование, парантеральное питание и т.д.) При наличии клиники кишечной непроходимости и отсутствии положительного эффекта от консервативного лечения, показана операция в течении ближайших 2-3 суток. Операцией выбора считается рассечение серозы на противобрыжеечной стороне кишки, эвакуация гематомы и герметичное ушивание двухрядными швами. При массивных интрамуральных гематомах показана резекция кишки. При наличии забрюшинных гематом в проекции двенадцатиперстной кишки показана мобилизация ее по Кохеру-Клермону с тщательным поиском интрамуральной гематомы или ее полного разрыва. После ее опорожнения и ушивания рекомендуется наложить гастроэнтероанастомоз с целью декомпрессии и профилактики дуоденального свища. Обширные интрамуральные гематомы толстой кишки или ее вторичный некроз требуют операции выведения кишки на переднюю брюшную стенку или ее резекции с выведением и формированием противоестественного ануса по Гартману.

Цифры летальности при данной патологии весьма разноречивы. Так, по сводным данным Jones et al. [16], консервативное лечение применялось у 40,9% больных, из них оно было успешным у 11,3%, умерло 8,6% больных. Около 20% консервативно леченных больных позднее были оперированы по поводу обструктивных синдромов. Оперативному лечению подвергнуто в общей сложности 80% больных, из них у 54,2% выполнено простое удаление гематомы, оказавшееся успешным в 86,5% наблюдений. По данным Izant et al. [15] летальность при оперативном лечении составила 5%, при консервативном — 33 %. Hughes et al. [14] в 1977 г. сообщили, что при операции простого удаления интрамуральной гематомы летальность составила 13%, при резекции кишки — 22%, при консервативном лечении — 17,6%. Из 20 оперированных нами больных с интрамуральными гематомами желудочно-кишечного тракта умерли 9: от дуоденальной непроходимости -1, от разлитого перитонита - 8.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бугаев А.И., Бульба В.П., Русанова А.Б. Организованная гематома двенадцатиперстной кишки. // Вестник хирургии. - 1982, № 8. - С. 143-144.
2. Евдокимов В.Н., Фидрус Е.И. Диагностика травматических интрамуральных гематом кишечника. // Вестник хирургии. - 1970, № 5. - С. 94-98.
3. Ефремов А.В., Эристави К.Д. Заболевания двенадцатиперстной кишки. — М.: Медицина, 1969. - С.331-346.
4. Зедгендзе Г.А., Линденбратен Л.Д. Неотложная рентген-диагностика. — М.: Медицина, 1957.
5. Караванов А.А., Данилов И.В. Ошибки в диагностике и лече-

- нии острых травм живота. — Киев: Медицина, 1975. — С. 281.
6. Керимова Е.С. Закрытые повреждения кишок. - Л.: Медицина, 1963.- С. 34.
7. Криворотов И.А. Опыт Советской медицины в Великой Отечественной Войне 1941-1945 гг. — М.: Медицина - т.12.- С. 474-516.
8. Петров В.И. Кишечная непроходимость. - М.: Медицина, 1967. — С.132.
9. Пономарев А.А. Интрамуральная гематома желудочно-кишечного тракта.// Вестник хирургии.- 1986, № 7.- С. 144-147.
10. Резницкий М.И. Травматическая внутрисстеночная гематома двенадцатиперстной кишки.// Вестник хирургии.- 1976, № 2.- С. 134-135.
11. Davis D.R., Thomas Ch.V.// *Ann. Surg.*, -1961, v.153. P.394.
12. Kennedy R. // *Ann. Surg.*, -1969, v.173, N 4, P.274.
13. Moore S.W., Erlandson M.E. // *Ann. Surg.*, -1963, v.157, N 5, P.394.
14. Hughes C.E., Conn J., Sherman J. // *Ann. Surg.*, -1977, v.133, N 3, P.276-279.
15. Izant R.I., Drucker W.R.// *Ann. Surg.*, -1964, v.157, N 5, P.797-813.
16. Jones N.R., Hardin W.J., Hardy J.D.// *Ann. Surg.*, -1971, v.173, N 4, P.534-544.
17. Vellacott K.D. // *Britt. J. Surg.*, -1980, v.67, N 1, P. 36-38.
18. Webb A.J., Taylor J.J. // *Britt. J. Surg.*, -1967, v.54, N 1, P.50.
19. Salombier V.// *Ann. Chir.*, -1965, v.19, P. 21-22.
20. Schonk J.W.// *Arch. Chir. Neerl.*, - 1974, v. 26, N 1, C.87-90.

Ш.А. Таджибаев,
Б.Ж. Рахманов.

СОЧЕТАНИЕ КИСТОЗНОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ХОЛЕДОХА С БЕРЕМЕННОСТЬЮ

Андижанский Государственный медицинский институт.

Упоминание о кистозном изменении желчного протока впервые встречается в работе Vater в 1723 г., а первым описал эту патологию Douglas в 1852 г. Данное заболевание называется по разному: megalocholedochus, megalohepatocholedochus, холедохопцелла, киста, врожденный дивертикул, идиопатическая дилатация общего желчного протока и т.д. [2].

Причиной заболевания является врожденная аномалия развития стенки общего желчного протока. Происходит недоразвитие слизистой и мышечного слоя, который замещен фиброзной тканью. Стенка протока атонична и предрасположена к растяжению.

Кистозные образования или кистоподобные расширения внутри- и внепеченочных желчных путей являются редко встречающимися заболеваниями. Данная патология встречается в основном в детском возрасте, чаще у женщин и до недавнего времени считалась трудно диагностируемой. По данным Alonso-Lej F. et al. (1959), из 94 больных только у 11,6% правильный диагноз был поставлен до операции. Тем не менее, принципиальной задачей хирургического лечения кистозных трансформаций внепеченочных желчных путей является создание условий для беспрепятственного оттока желчи в кишечник [1, 2].

В литературе мы не нашли описания случая кистозной трансформации внепеченочных желчных путей у женщины 27 лет, впервые проявившееся в III триместре беременности. Приводим наше наблюдение, носящее казуистический характер.

Больная Д., 27 лет, (ИБ №9614/529) 13 апреля 2000 года переведена в 3-хирургическое отделение клиники АндГосМИ из III-родильного комплекса г. Андижана. Диагноз при направлении: Беременность 35-36 недель. Эхинококкоз печени, осложненный механической желтухой. Хроническая полидефицитная анемия.

Жалобы при поступлении: на боли в правом подреберье, тяжесть, тошноту, желтушность склер и кожных покровов, зуд, снижение аппетита, слабость, быструю утомляемость.

Из анамнеза: болеет с 28.12.99 г. когда при беременности 20-21 неделя на УЗИ обнаружен эхинококк печени. Больная осмотрена в женской консультации специалистами, в том числе хирургом, учитывая интрапеченочное расположение эхинококковой кисты и большой срок беременности, оперативное лечение отложено до разрешения. Однако, 9.03.2000 г. у больной возникли боли в правом подреберье, тошнота, рвота, появилась желтушность склер и кожных покровов. Учитывая быстрый рост эхинококковой кисты, осложнившейся механической желтухой, больная переведена в хирургическое отделение для выполнения оперативного вмешательства.

При поступлении: общее состояние средней тяжести, кожные покровы и видимые слизистые желтушной окраски, дыхание свободное, при физической нагрузке появляется отдышка, в легких везикулярное дыхание, со стороны сердца без отклонений от возрастной нормы, пульс 76 ударов в минуту, АД 110/70 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен. Живот увеличен за счет беременности, при пальпации отмечается болезненность в правом подреберье и в эпигастральной области. Стул склонен к запорам, мочится свободно, дизурических явлений не отмечает.

При обследовании:

1. Общий анализ крови: Нб — 71 г/л; Эритроциты — $2,91 \times 10^{12}/л$; ЦП — 0,7; Тромбоциты — $150 \times 10^9/л$; Лейкоциты — $4,7 \times 10^9/л$; Пя 5, Ся 80, Э 1, Л 13, М 1; Вр.св.кр. $4^{20} - 4^{40}$; СОЭ — 38 мм/ч.

2. Биохимия крови: Билирубин общий — 114,8 ммоль/л; прямой 87,0 ммоль/л; не прямой 27,8 ммоль/л; Калий — 4,6;

Общ. белок — 70,0 г/л; Амилаза — 19,4; АСТ — 0,8; АЛТ — 0,88; Фибриноген — 3106 мг/л; ПТИ — 42%.

3. Общий анализ мочи: Цвет — соло/желтый; Прозрачность — полная; Белок — abs; Эпителий — един; Лейкоциты — 5-6-9.

4. ЭКГ: ритм синусовый, правильный; вертикальное положение электрической оси сердца; незначительная гипертрофия левого желудочка, признаки коронарной недостаточности миокарда.

5. УЗИ: Печень увеличена за счет обеих долей, выступает из под края реберной дуги за счёт жидкостного образования, которое проецируется от левой доли к центру печени и от нижнего до верхнего края, контуры четкие, неправильной формы с жидкостным содержимым. Наличие перетяжек делящих кисту на мелкие полости переходящие на правую долю. Размеры образования 127x110 мм. Расширение сосудов внутрипеченочных желчных ходов правой и левой долей. Желчный пузырь не дифференцируется. Селезенка не увеличена. Почки — деформации и расширения чашек, конкрементов нет. Матка — беременность, сердцебиение +, движения слабые, предлежит головка. Вывод: Киста печени, холестаз, пиелонефрит, беременность 35-36 недель.

После соответствующей подготовки 18.04.2000 г. произведена операция (проф. Нишанов Ф.Н.). Под эндотрахеальным наркозом, в правом подреберье кожным разрезом выполнена лапаротомия. Обнаружено: печень увеличена в размере, желчный пузырь 10x12 см, напряжен, между печенью и двенадцатиперстной кишкой имеется образование размерами 15x16 см округлой формы с жидкостным содержимым. Из-за больших размеров кисты произвести полноценную ревизию не удастся. Пункция кисты: получено 1200 мл чистой желчи, без примесей. При дальнейшей ревизии установлено, что объемное образование является холедохом т.е. его кистозной трансформацией. Учитывая общее состояние больной и сопутствующую беременность, принято решение выполнить наименее травматичное оперативное вмешательство. Между двенадцатиперстной кишкой и обнаруженной кистой холедоха наложен цистодуоденоанастомоз на “каркасном” дренаже. Тщательный туалет брюшной полости, оставлен дренаж в подпеченочном пространстве. Послеоперационная рана послойно ушита.

Послеоперационный период протекал без особенностей, больной проводилось соответствующее лечение. В удовлетворительном состоянии 22.04.2000 г. больная переведена в родильное отделение для продолжения лечения под контролем акушер-гинеколога.

Больная осмотрена через 1 месяц, жалоб нет, состояние удовлетворительное, роды прошли без осложнений.

Редкость сообщения заключается в том, что кистозная трансформация холедоха впервые проявилась в III триместре беременности, ранее больную не беспокоила и на догоспитальном этапе обследования была диагностирована как эхинококковая киста печени.

Список литературы:

1. Акилов Х.А., Ваккасов М.Х., Каримов М.Э. Диагностика и лечение кистозных трансформаций внепеченочных желчных протоков// В кн.: “Хирургия органов гепатопанкреатобилиарной зоны” -Москва, 2000. -С. 179-181.
2. Кармазановский Г.Г., Вилявин М.Ю., Никитаев Н.С. Компьютерная томография печени и желчных путей// -М. “ПАНАТЕЛЬ-БУК”, 1997. -358с.

Юбилей

**К 60 - летию
со дня рождения профессора КАЛИША Юрия Ивановича**

Исполняется 60 лет со дня рождения и 40 лет трудовой деятельности доктору медицинских наук, профессору Калишу Юрию Ивановичу.

Юрий Иванович Калиш родился в 1940 году в г.Ташкенте, в семье врачей. Его детство и юность прошли в трудные военные и послевоенные годы. В 1957 году он с отличием окончил школу и без экзаменов поступил в Ташкентский Государственный Медицинский институт. После окончания лечебного факультета с отличием изъявил желание работать в г.Гулистане, в открытой к тому времени Сырдарьинской областной больнице, где работал хирургом с 1963 по 1966 годы. С 1966 года он работает на кафедре общей хирургии под руководством профессора В.В.Вахидова. Здесь, Ю.И.Калиш в 1972 году защитил кандидатскую диссертацию, успешно совмещая преподавательскую деятельность с дежурствами по экстренной хирургии и клинической работой, проводит научные исследования.

В 1975 году Ю.И.Калиш избирается по конкурсу старшим научным сотрудником отделения хирургии желудочно-кишечного тракта бывшего филиала Всесоюзного научно-исследовательского института клинической и экспериментальной хирургии МЗ СССР в г.Ташкенте, ныне НЦХ им.акад. В.Вахидова МЗ РУз и становится ученым секретарем на общественных началах. В этот период он является одним из пионеров становления эндоскопической службы в республике и воспитал достойную школу специалистов в этой области.

В последующие годы работает над докторской диссертацией «Профилактика и хирургическая коррекция заболеваний оперированного желудка», которая была им успешно защищена в 1984 году. Работа обобщала большой клинический материал и явилась вехой в проведении научных исследований по этому направлению в Узбекистане.

С 1984 по 1990 гг. он работает главным хирургом Минздрава. В 1986 году Ю.И.Калиш избирается на должность руководителя отдела лазерной хирургии и посвящает свои исследования развитию лазерных технологий в том числе в реконструктивной хирургии. Возглавляя это направление в медицине, он представляет лазерную хирургию Узбекистана далеко за его пределами. Его труды известны в странах СНГ и дальнем зарубежье. Об этом свидетельствует присвоение ему в 1996 году звания «Академика Лазерной академии наук России». В 1992 году ему присваивается звание профессора. В 1998 году он назначается Главным хирургом Минздрава Республики Узбекистан.

Будучи Главным хирургом, Ю.И.Калиш много сил и энергии отдает делу развития экстренной медицинской помощи, дальнейшему развитию различных профилей хирургической службы в республике.

Он пользуется большим авторитетом среди хирургов и медицинской общественности, всегда готов прийти на помощь, поделиться своим опытом лечения больных хирургического профиля. Обладая большим хирургическим опытом, знанием литературы, прекрасной эрудицией, Ю.И.Калиш много сделал и де-

ляет в плане подготовки хирургов для лечебных учреждений республики, является лидером научной школы реконструктивной абдоминальной хирургии.

Ю.И.Калиш является автором более 400 научных работ, 6 монографий, 13 изобретений, 25 методических рекомендаций. Под его руководством защищено 13 кандидатских и 3 докторских диссертаций.

Трудно переоценить вклад Ю.И.Калиша в развитие специализированных видов хирургической помощи в стране, его усилия по реформированию хирургической службы республики, проводимой под руководством Минздрава РУз.

Ю.И.Калиш является заместителем Председателя редакционной коллегии специализированного журнала «Хирургия Узбекистана», проводит экспертизу научных работ в ГКНТ, работает в Минздраве РУз, в ВАКе, консультирует больных в лечебных учреждениях страны.

В канун своего 60-летия Ю.И.Калиш молод, подтянут, энергичен, всегда нацелен на помощь людям.

Коллектив Научного центра хирургии им. академика В.Вахидова МЗ РУз, отделение лазерной хирургии НЦХ поздравляют профессора Ю.И. Калиша с 60-летием, желают ему крепкого здоровья и успехов в его благородном труде.

ИНФОРМАЦИЯ

о работе ежегодной Республиканской научно-практической конференции “Вахидовские чтения - 2000”
(г.Ташкент 26-28 октября 2000г.)

26-28 октября 2000 года в г. Ташкенте состоялась VIII международная конференция хирургов-гепатологов стран СНГ. в рамках “Вахидовских чтений - 2000”

Ответственными за организацию и проведение конференции были Главное Управление кадров, науки и учебных заведений МЗ РУз, Научный Центр Хирургии им.академика В.Вахидова МЗ РУз и Ассоциация хирургов-гепатологов России.

В работе конференции приняли участие более 360 специалистов, ученых и практических врачей из России, Украины, Белоруссии, Азербайджана, стран Центрально-Азиатского региона и Узбекистана. В их числе ведущие хирурги гепатологи стран СНГ: член корр. РАМН Ермолов А.С. (Москва, Россия), акад. Шалимов А.А. (Киев, Украина), проф. Гальперин Э.И. (Москва, Россия), проф. Гришин И.Н. (Минск, Белоруссия),

проф. Агаев Б.А. (Баку, Азербайджан), проф. Мовчун А.А. (Москва, Россия), проф. Шерцингер А.Г. (Москва, Россия), проф. Майстренко Н.А. (С-Петербург, Россия), член-корр. РАМН, проф. Кубышкин В.А. (Москва, Россия), проф. Борисова А.Е. (С-Петербург, Россия), проф. А.К.Ерамишанцев (Москва, Россия) проф. Ю.И.Патютко(Москва, Россия), проф. А.Д.Тимошин(Москва, Россия)

В программу конференции входили соединяющие актуальные вопросы хирургической гепатологии: « Свежие» повреждения и рубцовые стриктуры желчных протоков; травматические повреждения поджелудочной железы; портальная гипертензия, хирургические заболевания селезенки.

Результатом обсуждения этих вопросов стала резолюция, текст которой приводится ниже.

РЕЗОЛЮЦИЯ

VIII международной конференции хирургов-гепатологов стран СНГ, “Вахидовские чтения — 2000” в г. Ташкенте 26-28 октября 2000 года.

Раздел 1. “Свежие” повреждения и рубцовые стриктуры желчных протоков.

Уровень операционной травмы желчных путей остается в пределах 0,3 - 0,8 %. Особенное увеличение частоты этих осложнений наблюдается в период освоения лапароскопической холецистэктомии. При этой операции наиболее часто встречается электротравма супрадуоденального отдела гепатикохоледох.

При обнаружении повреждения во время оперативного вмешательства или непосредственно после него, целесообразна попытка одноэтапной реконструктивной операции

В случае краевого повреждения желчного протока допустима восстановительная операция с дренированием гепатикохоледох. При полном пересечении или иссечении участка гепатикохоледох выходом из сложившейся ситуации является создание билиодигестивного анастомоза. Эту операцию должен выполнять хирург обладающий необходимым опытом.

При формировании прецизионного билиодигестивного соустья обязательно соблюдение следующих принципов:

- выделение протоков выше стриктуры за счет иссечения участка IV сегмента печени и рубцовых тканей в области портальных ворот, рассечения левого и/или правого долевых протоков;
- “отключение” петли кишки длиной 80 см по Ру;
- использование монофиламентных рассасывающихся (биосин) или не рассасывающихся (пролен) синтетических нитей;
- сопоставление слизистых оболочек протока и кишки — однорядный шов без захвата слизистой кишки.

Использование каркасного дренирования показано в редких случаях при невозможности сопоставле-

ния интактных слизистых оболочек протока и кишки по причине распространения рубцово — воспалительных изменений на субдолевые протоки, цирроз печени с повышенной кровоточивостью.

Если указанные условия соблюсти не возможно, допустимо окончание операции наружным дренированием желчных протоков.

При обнаружении повреждения в послеоперационном периоде, когда развились воспалительные процессы в брюшной полости и механическая желтуха, целесообразно придерживаться двухэтапной тактики лечения.

На первом этапе — лечение перитонита, дренирование желчных затеков и желчного дерева. Допустимо применения малоинвазивных методов: пункция и дренирование под УЗ — контролем, рентгеноэндобилиарное вмешательство, эндоскопическое стентирование.

На втором этапе проводится плановое реконструктивное вмешательство — формируется билиодигестивное соустье согласно указанным принципам.

Раздел 2. Травматические повреждения поджелудочной железы.

Повреждения поджелудочной железы (ПЖ) в большинстве случаев являются одним из компонентов сочетанных закрытых и проникающих травм живота. Наиболее часто повреждения головки ПЖ сопутствуют повреждению двенадцатиперстной кишки и желчных путей, а корпорокаудального отдела - селезенки и желудка. Трудности диагностики связаны с забрюшинным расположением ПЖ, в связи с чем симптомы перитонита и гемоперитонеума часто выявляются только после периода ложного “благополучия”.

Важнейшими способами дооперационной диагностики повреждений ПЖ являются УЗИ, компьютерная томография и лапароскопия.

Выявление симптомов панкреатита, обоснованное подозрение на повреждение смежных внутрибрюшных органов требует выполнения экстренной (срочной) лапаротомии. Тактика лечения подобных повреждений только с помощью малоинвазивных хирургических вмешательств в настоящее время не может быть рекомендована для широкого применения в клинике.

В ходе лапаротомии признаками повреждения ПЖ являются гемоперитонеум, гематома в проекции и окружности железы, а также другие признаки острого панкреатита. На сопутствующие повреждения желчных путей и двенадцатиперстной кишки указывают наличие желчи в брюшной полости, а также пропитывание желчью, ретродуоденальной и ретропанкреатической клетчатки, в которой может определяться газ. Объективная оценка повреждений ПЖ, сопутствующей травмы желчных путей и двенадцатиперстной кишки, возможны только при условии широкого вскрытия сальниковой сумки и, если это необходимо, мобилизации панкреатодуоденального комплекса.

Выбор хирургической тактики и технических деталей операции зависит от степени и локализации повреждения железы и смежных с ней органов. Прежде всего необходимо обеспечение надежного гемостаза, что следует делать с помощью прошивания нерассасывающимися нитями на атравматических иглах. При отсутствии данных о повреждении главного протока железы и значительном повреждении паренхимы, наличии парапанкреатической гематомы, объем операции может быть ограничен дренированием сальниковой сумки, а также ретропанкреатического пространства множественными трубками для последующего промывания. Использование марлевой тампонады при свежей травме ПЖ должно быть ограничено теми случаями, когда добиться гемостаза другими способами оказывается невозможным. Попытки использования метода панкреатооментопексии при повреждениях ПЖ в большинстве случаев приводит к усугублению травматического панкреонекроза.

При поздних оперативных вмешательствах по поводу травм ПЖ, когда уже развился гнойный парапанкреатит, а также при релапаротомиях по поводу инфицированного травматического панкреонекроза целесообразно применение открытых способов хирургического лечения по типу оментобурсостомии.

При повреждениях главного протока ПЖ, вплоть до его полного пересечения, попытки его пластики на дренаже или без него не оправданы, поскольку они в большинстве случаев сопровождаются развитием перитонита, стойких панкреатических свищей и других осложнений. В такой ситуации целесообразно наружное дренирование дистального конца пересеченного протока с формированием свища и последующим созданием панкреатоеюноанастомоза, либо внутрипротоковой окклюзии (пломбировки). При сочетании разрыва протока со значительным повреждением паренхимы дистальных отделов железы, оправдано выполнение резекции тела и хвоста железы на уровне пересечения главного протока.

Характер операции при сочетанных повреждениях головки железы и двенадцатиперстной кишки зависит от локализации и характера повреждения. Могут применяться поперечное ушивание раны вертикаль-

ной ветви кишки, создание бокового дуоденоюноанастомоза с изолированной кишечной петлей; формирование прямого дуоденoduодено- или дуоденоюноанастомоза; дополнительное выключение кишки из транзита пищевых масс путем прошивания антрального отдела желудка и создания гастроэнтероанастомоза; резекция желудка с гастроеюноанастомозом по Ру. При наиболее тяжелых повреждениях всех элементов панкреатодуоденального комплекса допустимо обсуждение показаний к вынужденной панкреатодуоденальной резекции.

В лечении больных с травмой ПЖ важнейшее значение имеет проведение в послеоперационном периоде интенсивной терапии, в том числе антибактериальной и антиферментной, которую следует проводить по принципам лечения панкреонекроза вне зависимости от его этиологии.

Хирургическое лечение последствий травмы поджелудочной железы целесообразно производить в отдаленные сроки.

Раздел 3. Портальная гипертензия: кровотечение из расширенных вен пищевода. Диагностика, профилактика, лечение.

Наиболее частыми проявлениями портальной гипертензии, требующими хирургической коррекции являются пищеводно-желудочные кровотечения из варикозно-расширенных вен.

У больных с внепеченочной формой портальной гипертензии угроза кровотечения из вен пищевода является абсолютным показанием к полномасштабному портосистемному шунтированию (ПСШ) с максимально возможной камерой анастомоза.

Длительный период сдержанного отношения к ПСШ у больных циррозом печени не принес заметного прогресса в хирургии портальной гипертензии. Треть таких больных с варикозным расширением вен пищевода и желудка умирают от гастроэзофагеального кровотечения. При реальной угрозе этого осложнения профилактическое ПСШ остается наиболее эффективным хирургическим вмешательством.

Целесообразно выполнение парциального и селективного типов ПСШ, позволяющих частично сохранить воротный кровоток за счет притока мезентериальной крови, обеспечивающей удовлетворительную функцию печени. Учитывая сложность выполнения portoкавальных анастомозов заданного размера, а также их склонность к расширению в отдаленном периоде, оправдано применение синтетических сосудистых протезов, в том числе, в качестве ограничивающих экстравазальных манжет, позволяющих длительное время осуществлять парциальный тип шунтирования.

При определении показаний к ПСШ у больных циррозом печени следует учитывать степень активности цирроза печени и компенсацию ее функции, наличие латентной энцефалопатии, опорные показатели портосистемной гемодинамики и индивидуальные особенности ангиоархитектоники.

В арсенале вмешательств при развившемся кровотечении из вен пищевода остаются прямые операции на венах пищевода и желудка, эндоскопические и эн-

доваскулярные манипуляции. При продолжающемся кровотечении из вен пищевода и кардии объем операции, направленной исключительно на гемостаз, должен быть минимальным.

Опыт использования гастротомии с прошиванием варикозных вен пищевода позволяет рекомендовать данное вмешательство в экстренной и плановой ситуации, когда имеются противопоказания к ПСШ или анатомические условия делают его невозможным.

Больные после гастротомии с прошиванием вен эзофагокардиальной зоны подлежат динамическому эндоскопическому контролю. По данным контрольной эндоскопии определяется тактика лечения, составляющей которого может быть медикаментозная терапия, либо этапное проведение склерозирования варикозных вен пищевода. Рецидив кровотечения в отдаленном периоде является показанием к проведению повторного хирургического вмешательства или эндоваскулярной эмболизации вен желудка.

Минимальная травматичность эндоскопических методов гемостаза (склерозирование, лигирование и клипирование) делает их перспективными в лечении кровотечений из вен пищевода у больных циррозом печени. Склеротерапия может применяться как способ гемостаза и как метод профилактики кровотечения. Однако, данная методика не является альтернативой хирургическим вмешательствам и должна выполняться у больных с суб- и декомпенсированным циррозом печени.

Критическая цитопения (тромбоцитопения), которую расценивают как “гиперспленизм”, при гигантских и больших размерах селезенки в исключительных случаях может быть относительным показанием к операции.

Раздел 4. Возможности хирургического лечения заболеваний селезенки и системы крови.

До настоящего времени многие хирурги единственно возможным вмешательством на селезенке считают спленэктомию. Это остается актуальным при системных заболеваниях крови и злокачественных опухолях. Однако, последствия удаления селезенки, которые проявляются иммунодефицитными состояниями, нарушениями системы гемостаза, астеническим синдромом, диктуют необходимость поиска путей сохранения селезеночной ткани.

Современные сведения об анатомическом строении этого органа, возможности диагностики, внедрение новых хирургических технологий, шовных и гемостатических материалов позволяют выполнять органосберегающие операции на селезенке при доброкачественных очаговых новообразованиях и травматических повреждениях. Образования отличаются скудностью клинических проявлений при неосложненном течении. Наиболее информативными в диагностике являются ультразвуковое исследование, предпочтительно дополненное цветным дуплексным картированием, компьютерная томография и лапароскопия, которые так же имеют решающее значение при вы-

боре предстоящего варианта вмешательства. Важнейшими задачами диагностики остается выявление признаков злокачественного и паразитарного характера образования.

Для успешного выполнения резекций селезенки необходим постоянный контроль (пережатие) магистральных сосудов с помощью предварительно установленных турникетов вплоть до окончательного гемостаза на культе органа. Целесообразно использование современных технических методик, таких как плазменный и аргоновый скальпель, ультразвуковой диссектор. Дополнительный гемостаз раневой поверхности культи органа проводится с помощью электрокоагуляции в специальных режимах (“спрей”), прошивания рассасывающимися синтетическими нитями на атравматических иглах, аппликации гемостатических материалов (губка, тахокомб, и т.п.), покрытия клеевыми композициями.

При расположении образования в области полюсов, по передней поверхности селезенки вмешательство может быть произведено с использованием лапароскопической технологии.

В условиях специализированных хирургических отделений возможно выполнение органосберегающих вмешательств при паразитарном поражении селезенки. Предпочтение отдается идеальной зхиноккектомии.

При жидкостных образованиях селезенки возможно выполнение чрескожных вмешательств в условиях местной анестезии. Окончательно характер образования оценивается по результатам тонкоигльной пункции под контролем УЗИ и цитологического исследования пунктата. При небольших образованиях (до 3-4 см), предпочтительнее одномоментное пункционное вмешательство с введением склерозирующего медикаментозного препарата. При образованиях большего размера, особенно с наличием ригидной оболочки, гнойным содержимым, целесообразно проведение катетерного дренирования. Чрескожные лечебные пункции и катетерное дренирование являются эффективными малотравматичными органосберегающими вмешательствами.

Гетеротопическая аутоперитрансплантация селезеночной ткани позволяет избежать многих тяжелых последствий удаления органа, и может быть рекомендована к широкому применению.

Пациенты, перенесшие спленэктомию, даже если она была дополнена гетеротопической аутоперитрансплантацией селезеночной ткани, составляют группу повышенного риска развития иммунодефицитных состояний и нарушений системы гемостаза.

Важным этапом спленэктомии у гематологических больных является максимально щадящее отделение ворот селезенки от хвоста поджелудочной железы, выделение и перевязка коротких артерий желудка, а также тщательный гемостаз мелких сосудов ложа селезенки и рассеченных спаек. Особое внимание следует обращать на выявление и удаление дополнительных селезенок для профилактики рецидива заболевания.

Наша информация

ВНИМАНИЮ ПОДПИСЧИКОВ

С октября 2000 года начинается подписка на журнал “Хирургия Узбекистана”

Подписная цена:

для индивидуальных подписчиков 6000 сум.

Для коллективной подписки 8000 сум.

Редакция.

СПИСОК

литературы, рекомендуемой для сосудистых хирургов

1. А.В.Покровский. Клиническая ангиология. М.,1978.
2. А.В.Покровский. Заболевания аорты и ее ветвей. М.,1979.
3. В.С.Гришин, А.Савченко. Ангиология. Рязань. 1981.
- 4.В.С.Савельев, И.И.Затевахин, Н.Степанов. Острая непроходимость магистральных сосудов.М.,1988.
5. А.А.Шалимов, Н.Ф.Дрюк Хирургия аорты и магистральных артерий. Киев.,1979.
6. В.С.Савельев, И.И.Затевахин Хирургия магистральных вен. М.,1980.

Содержание

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

- Алиев М.М., Исамухамедов А.С., Ташходжаев Б.П., Султанов Б.А.
АТИПИЧНЫЕ ПОРТО-КАВАЛЬНЫЕ СОСУДИСТЫЕ АНАСТОМОЗЫ У ДЕТЕЙ С ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ. 11
Амонов В.Р., Гафур-Ахунов М.А., Хамраев Ш.Ш., Исламов У.Ф., Абдикаримов Х.Г.
ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПРИ ОСЛОЖНЕНИИ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА ПО ПОВОДУ ОПУХОЛИ КОСТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЧРЕСКОСТНОГО КОМПРЕССИОННО-ДИСТРАКЦИОННОГО ОСТЕОСИНТЕЗА АППАРАТОМ ИЛИЗАРОВА. 12
Азизов М.Ж., Тияков А.Б.
ТИЗЗА БУГИМ АРТРОПЛАСТИКАСИ ВА ШАРНИРЛИ-ДИСТРАКЦИЯЛИ АППАРАТЛАРНИ ҚЎЛЛАШ-ДАН КЕЙИНГИ БЕМОЛЛАРНИНГ РЕАБИЛИТАЦИЯСИ. 14
Арипов У.А., Махкамова М.Н., Дадамьянц Н.Г.
ЦВЕТНОЕ ДУПЛЕКСНОЕ СКАНИРОВАНИЕ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ КОМПРЕССИОННОГО СТЕНОЗА ЧРЕВНОГО СТВОЛА 16
Атаханов Ш.Э., Матчанов Ф.Р., Ходжиметов А.А., Парпиев А.Г.
ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И КИСЛОТНО-ОСНОВНОГО СОСТОЯНИЯ ВО ВРЕМЯ ВВОДНОГО НАРКОЗА ПРОПОФОЛОМ У ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ. 18
Ахмедов М.А., Наврузов С.Н., Рахманов С.
РЕЗУЛЬТАТЫ ОДНОМОМЕНТНЫХ СОЧЕТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ И ДРУГИХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ. 21
Ахмедов И.В., Дадаев Ш.А., Ашурметов А.М., Усманов А.Н., Алиев А.А.
ПУТИ СНИЖЕНИЯ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ. 24
Ваккасов М.Х., Девятов А.В.
СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ НИЗКОИНТЕНСИВНЫХ ЛАЗЕРОВ ПРИ ДИФFUЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ. 26
Джумабаев Э.С.
ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В СИСТЕМЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ПРИ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЯХ 31
Дрюк Н.Ф., Чемуха Л.М.
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ И ЛИМФОВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В СТАДИИ ТРОФИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ 34
Зайниддин Норман угли, Зафар Синдор угли.
КЛАССИФИКАЦИЯ, ПРИЧИНЫ И ПРОФИЛАКТИКА ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ КРОВЕНОСНЫХ СОСУДОВ. 38
Исламов М.С.
РОЛЬ СУХОЖИЛЬНО-СИНОВИАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ СТОПЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ГАНГРЕНЫ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ. 40
Исмаилов Д.А., Ташбаев А.М.
ОКАЗАНИЕ КВАЛИФИЦИРОВАННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ГРУДИ 43
Исмаилов С.И., Рашитов М.М., Юлдашев А.Ю., Нугманова Л.Б., Норбоев А.А.
АУТОТРАНСПЛАНТАЦИЯ НАДПОЧЕЧНИКОВ В КЛИНИКЕ. 45
- Калиш Ю.И., Хан Г.В., Салахидинов С.З., Худайбергенов Ш.А.
К ВЫБОРУ СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДЕМПИНГ-СИНДРОМА, ВОЗНИКШЕГО ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПО БИЛЬРОТ-I. 48
Каримов Ш.И., Ким В.Л., Кротов Н.Ф., Боровский С.П., Юнусметов Ш.А.
МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ. 52
Каримов Ш.И., Бабаджанов Б.Д., Исламов М.С.
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ГАНГРЕНЫ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ. 55
Н.М.Курбанов, Н.Т. Ботиров, К.Т.Худайбердиев.
ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СТЕНОЗА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНОГО КАНАЛА. 57
К.Д. Миразизов, Б.Б. Полвонов.
ХИКИЛДОК КАСАЛЛИКЛАРИНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИНИ ОШИРИШ. 59
Ф.Н.Назирова, Ф.Б.Алиджанов, М.М.Пулатов, Н.У.Арипова.
ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, КАК ОРГАНИЧЕСКАЯ ЭКСТРАБИЛИАРНАЯ ПРИЧИНА ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА. 61
Б.У.Сабиров, У.А.Шербек, З.Б.Курбаниязов, А.М.Солиев.
МАЛОИНВАЗИВНЫЕ СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ 62
А.С. Сулайманов, У.Х.Тилавов.
ТОРАКОПЛАСТИКА ПРИ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ МОДИФИЦИРОВАННОЙ ШИНЫ 64
Б.С.Турсунов, Т.М.Мамажонов, Э.О.Давронов.
ЧУКУР КУЙИШЛАРНИНГ УТКИР ДАВРИДА СКЕЛЕТ ВА ЮМШОК ТУКИМАЛАР НЕКРОЗИНИНГ РЕНТГЕНОЛОГИК ТАШХИСОТИ ХАКИДА 66
Убайдуллаев М.Б.
ХИРУРГИЧЕСКИЕ СПОСОБЫ УСТРАНЕНИЯ ДЕФОРМАЦИИ НАРУЖНОГО НОСА ПОСЛЕ ПЕРВИЧНОЙ ХЕЙЛОРИНОПЛАСТИКИ 68
М.Х. Ходжибеков, А.И. Икрамов, Д.А. Исмаилов, Н.М. Джуроева, Д.Н. Акилова.
ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ 69
А.М.Шамсиев, Д.О.Атакулов, А.Ф.Коваленко, Ш.А.Юсупов, А.К.Шахриев, Д.А.Шамсиев, У.Т. Суванкулов.
РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ АБСЦЕССОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ. 72
Б.Ф. Шамшиметов, В.Е. Аваков, А.М. Цой.
СОСТОЯНИЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯХ У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ В УСЛОВИЯХ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ КОМБИНИРОВАННОЙ РЕМИФЕНТАНИЛОВОЙ АНЕСТЕЗИИ. 74
О.Ш.Эшонов
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПЛАЗМОЛИМФОСОРБЦИИ В КОМПЛЕКСЕ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ЭНДОТОКСИКОЗОВ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА. 78
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ
Назыров Ф.Г., Акилов Х.А., Асабаев А.Ш., Девятов А.В., Ибадов Р.А., Артыков Ж.Б.
ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ. 81

ОБЗОРЫ

Р.А.Садыков, Л.В.Достмухамедова. ЛАЗЕРЫ В ЛЕЧЕНИИ ГЕАНГИОМ Ф.Н. Нишанов, Ш.А. Таджибаев, Б.Ж. Рахманов. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МАЛОИНВАЗИВ- НЫХ МЕТОДИК ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТОЛИТИАЗА	83 85
--	--------------------------

ОБМЕН ОПЫТОМ

Ш.Д. Ачилов, И.В. Мельник, Б.Ч. Курбанов, А.М. Усмонов. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ИНОРОДНЫМИ ТЕЛАМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА. Ш.Д.Ачилов, Ю.И. Калиш. ЛАПАРОСТОМИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИ- ТА	 89 90
--	--------------------------

В.Г.Гарумов, Н.Р.Дивеева, Ш.Н.Каримов, М.М.Мамадалиев, Д.А.Атаханов. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ИЗОЛИРОВАННОГО ОГНЕ- СТРЕЛЬНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПИЩЕВОДА.	 91
--	------------

Ф.Н. Нишонов, Ш.А. Таджибаев, Б.Ж. Рахманов, Ш.П. Курбанов, А.У. Номонбеков. К ВОПРОСУ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ЛАПАРОСКО- ПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У ТУЧНЫХ БОЛЬНЫХ.	 93
--	----------------

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

В.Я. Девятков, Ш.С. Далимов, С.И. Исмаилов. ИТРАМУРАЛЬНЫЕ ГЕМАТОМЫ ЖЕЛУДОЧНО- КИШЕЧНОГО ТРАКТА. Ш.А. Таджибаев, Б.Ж. Рахманов. СОЧЕТАНИЕ КИСТОЗНОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ХОЛЕДОХА С БЕРЕМЕННОСТЬЮ	 96 100
--	---------------------------

ЮБИЛЕИ

К 60 ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ПРОФЕССОРА КАЛИША Ю.И.	101
--	-----

ИНФОРМАЦИЯ О РАБОТЕ ЕЖЕГОДНОЙ РЕСПУБ- ЛИКАНСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОН- ФЕРЕНЦИИ “ВАХИДОВСКИЕ ЧТЕНИЯ - 2000” (г.ТАШКЕНТ 26-28 ОКТЯБРЯ 2000.)	103
--	-----